

Simen Krogstad Sommer & Jennifer Emilie Sørli

---

# LMX, rutiner og kvalitet ved sykehjem i Oslo

En eksplorerende studie

Masteroppgave i økonomi og administrasjon

Handelshøyskolen ved HiOA

2017

# Sammendrag

I denne masteroppgaven undersøker vi sammenhengen mellom leder-medarbeiderutveksling (LMX) og de ansattes kjennskap til rutiner for tannhelse og infeksjoner ved sykehjem i Oslo kommune. Vi undersøker også om kjennskap til rutiner blant de ansatte har en sammenheng med scoren sykehjemmene får på de objektive kvalitetsindikatorerne for tannhelse og infeksjoner. I tråd med våre forventninger og tidligere forskning på LMX finner vi en positiv sammenheng mellom LMX og indre motivasjon hos de ansatte og vi finner også en negativ sammenheng mellom LMX og turnoverintensjon. Vi finner ingen sammenheng mellom LMX og ekstrarolleatferd hos de ansatte. Videre finner vi en positiv sammenheng mellom LMX og kjennskapen til rutiner om tannhelse og infeksjoner blant de ansatte. Når vi undersøkte om det er en negativ sammenheng mellom kjennskapen til rutiner om tannhelse og infeksjoner blant de ansatte ved sykehjemmene og scoren sykehjemmene har på de objektive kvalitetsindikatorerne (lav score er bra) finner vi ingen sammenheng. Disse funnen kan tyde på at LMX-teori også er gyldig for ansatte ved sykehjem i Oslo og at økt LMX kan gi bedre kjennskap om rutiner ved arbeidsplassen. Hvilke konsekvenser dette har i praksis og for videre forskning blir diskutert.

## Abstract

In this master thesis, we investigate the relationship between leader-member exchange (LMX) and the employees' knowledge of routines regarding dental hygiene and infections at nursing homes in Oslo. We also investigate whether knowledge of routines among employees is correlated with the scores that hospitals receive on the objective quality indicators for dental hygiene and infections. In line with our expectations and previous research of LMX, we find a positive link between LMX and intrinsic motivation among employees. We also find a negative link between LMX and turnover intention among employees. We however do not find any connection between LMX and extra role behaviour among the employees. Furthermore, we find a positive link between LMX and the knowledge of routines regarding dental hygiene and infections among employees. When we investigated whether there is a negative correlation between the knowledge of dental hygiene and infections among the nursing staff and the score the nursing home receive on the objective quality indicators (low scores are good) we find no connection. These findings may indicate that LMX theory is also valid for employees at nursing homes in Oslo and that increased LMX can provide better knowledge of routines at the workplace. What consequences this has in practice and for further research is discussed.

# Forord

Denne avhandlingen er skrevet som avsluttende oppgave for vårt masterstudie i økonomi og administrasjon ved Høyskolen i Oslo og Akershus. Oppgaven er skrevet innen spesialiseringen strategi, organisasjon og ledelse, og strekker seg over ett semester. Arbeidet med denne oppgaven har vært svært lærerikt. Vi har fått ett større bilde på mange av temaene vi har hatt på pensum og fått brukt hva vi har lært de siste årene når vi har arbeidet med denne oppgaven. Vi har fått øynene opp for hvilke utfordringer driften av sykehjem innebærer, og problematikken rundt måling av kvalitet. Prosessen har vært både krevende og interessant, og vi sitter igjen med mye ny kunnskap.

I arbeidet av denne masteren er det mange som fortjener en takk. Vårt samarbeid med NHO Service og Sykehjemsetaten har vært veldig produktivt, og vi vil takke alle våre respondenter som har tatt seg tid til å svare og gjorde denne oppgaven mulig. Vår dyktige veileder Knut Boge som kommer med raske og gode tilbakemeldinger, til alle døgnets tider, og ikke minst er en motor som ringer rundt og presser på der det trengs. Våre sparringspartnere Mari og Sanne for mange interessante diskusjoner og tilbakemeldinger.

Vi vil også takke familie og venner som har stilt opp som korrekturlesere, barnevakter, kokker og sjåførere. Å skrive master i permisjon med en liten baby er ingen spøk, og vi kunne ikke klart det uten dere. Og ikke minst, takk til en liten gutt som alltid er blid og fornøyd til tross for slitne og til tider frustrerte foreldre.

Oslo, 26. mai 2017

Simen Krogstad Sommer

Jennifer Emilie Sørli

# Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	ii
Abstract .....	ii
Forord .....	iii
1 Innledning.....	1
1.1 Oslo kommune.....	1
1.2 Konkurransetsetting.....	3
1.3 Forskningsspørsmål og avgrensninger .....	4
1.4 Oppgavens struktur.....	5
2 Litteratur.....	6
2.1 Tjenestekvalitet.....	6
2.1.1 Kvalitetsmålsystem .....	7
2.1.2 Måleproblemer .....	9
2.2 Leder-medarbeiderutveksling .....	12
2.2.1 Indre og ytre motivasjon .....	13
2.2.2 Ekstrarolleatferd.....	14
2.2.3 Turnoverintensjon .....	14
2.2.4 Forskning sykehjem .....	16
2.3 Rutiner .....	20
2.3.1 Mål og strategi .....	20
2.3.2 Målproblemer.....	24
2.3.3 Revisjonsrapport 2016 .....	25
3 Hypoteser .....	27
3.1 Forskningsspørsmål 1 .....	27
3.2 Forskningsspørsmål 2 .....	29
3.3 Forskningsspørsmål 3 .....	30
4 Metode.....	32
4.1 Litteratursøk.....	32
4.2 Primærdata.....	33
4.2.1 Pre-testing .....	34
4.2.2 Spørreskjemaet.....	35
4.2.3 Populasjon og respondenter .....	37
4.3 Sekundærdata.....	39
4.4 Statistisk analyse.....	39
4.4.1 Deskriptiv statistikk.....	39
4.4.2 Prinspal-komponent analyse .....	40
4.4.3 Korrelasjonsanalyse .....	41
4.4.4 Regresjonsanalyse.....	41
4.5 Etske betraktninger .....	42
4.6 Metodekritikk .....	43
4.6.1 Validitet.....	43
4.6.2 Reliabilitet.....	44
5 Resultater.....	45
5.1 Beskrivelse av utvalget.....	45
5.2 Deskriptiv statistikk.....	46

5.2.1	Objektive kvalitetsindikatorer .....	47
5.2.3	Motivasjonsfaktorer .....	48
5.2.2	Rutiner.....	50
5.3	Prinsipal-komponent analyse.....	51
5.3.1	Motivasjonsfaktorer .....	51
5.3.2	Rutiner.....	53
5.4	Korrelasjonsanalyse.....	55
5.4.1	Forskningsspørsmål 1 .....	56
5.4.2	Forskningsspørsmål 2 .....	56
5.4.3	Forskningsspørsmål 3 .....	57
5.4.4	Oppsummering av korrelasjonsanalyse .....	57
5.5	Regresjonsanalyse .....	57
5.5.1	Forskningsspørsmål 1 .....	58
5.5.2	Forskningsspørsmål 2 .....	59
5.5.3	Forskningsspørsmål 3 .....	60
5.6	Oppsummering av funn .....	62
6	Diskusjon.....	63
6.1	Forskningsspørsmål 1 .....	63
6.2	Forskningsspørsmål 2 .....	65
6.3	Forskningsspørsmål 3 .....	66
6.4	Alternative forklaringer .....	67
7	Oppsummering og konklusjoner .....	69
7.1	Forskningsspørsmål 1 .....	69
7.2	Forskningsspørsmål 2 .....	69
7.3	Forskningsspørsmål 3 .....	70
7.4	Praktiske implikasjoner .....	70
7.5	Kritikk av eget arbeid .....	72
7.6	Begrensninger .....	73
7.7	Fremtidig forskning .....	75
	Referanseliste .....	77

## Oversikt over figurer

Figur 1:	Bestiller-utførermodell (BUM) .....	2
Figur 2:	Utvikling siste fem år ved ulike konkurranseforhold sykehjem.....	17
Figur 3:	Endring i variabler som følge av konkurranseutsetting.....	18
Figur 4:	Hypotese 1 .....	28
Figur 5:	Hypotese 2 .....	29
Figur 6:	Hypotese 3 .....	29
Figur 8:	Hypotese 4 og 5 .....	30
Figur 9:	Hypotese 6 og 7 .....	31

## Oversikt over tabeller

Tabell 1: Oslo kommunes objektive kvalitetsindikatorer for sykehjem.....	8
Tabell 2: NyAnalyses konklusjoner om kvalitetsindikatorer ved sykehjem i Oslo .....	9
Tabell 3: Sykehjemmene er rangert etter «gjennomsnittlig helhetlig vurdering».....	11
Tabell 4: «Gjennomsnittlig helhetlig vurdering» - Score 3 og 4.....	11
Tabell 5: Viktige sammenhenger motivasjonsfaktorer. ....	15
Tabell 6: Oversikt over antall avvik og merknader i 2016.....	26
Tabell 7: Svarprosent for de ulike driverne av sykehjem i Oslo .....	38
Tabell 8: Objektive kvalitetsindikatorer benyttet som avhengige variabler .....	39
Tabell 9: Krysstabeller kjønn mot alder og tilsetningsform.....	45
Tabell 10: Krysstabell kjønn mot utdanningslengde.....	46
Tabell 11: Krysstabell utdannelse - type driver .....	46
Tabell 12: Sentraltendens, SD, skjevhet og kurtose for kvalitetsindikatorer .....	47
Tabell 13: Sykehjemmenes score sammenlignet med gjennomsnitt.....	48
Tabell 14: Manglende data, sentraltendens og standardfeil for motivasjonsfaktorer.....	49
Tabell 15: Manglende data, sentraltendens og standardfeil for rutiner .....	50
Tabell 16: Eksplorerende PCA for spørsmål om LMX, etc. ....	52
Tabell 17: Oppsummering constructs for motivasjonsfaktorer .....	53
Tabell 18: Eksplorerende PCA for spørsmål om rutiner .....	54
Tabell 19: Oppsummering constructs for rutiner. ....	55
Tabell 20: Korrelasjonsmatrise for de objektive kvalitetsindikatorerne og våre constructs .....	56
Tabell 21: Oppsummering av funn i regresjonsanalyse .....	57
Tabell 22: Indre motivasjon som avhengig variabel .....	58
Tabell 23: Ekstrarolleatferd som avhengig variabel .....	58
Tabell 24: Turnoverintensjon som avhengig variabel .....	59
Tabell 25: Kjennskap til rutiner for tannhelse som avhengig variabel .....	59
Tabell 26: Kjennskap til rutiner for infeksjoner som avhengig variabel.....	60
Tabell 27: Andel beboere med dårlig munnhygiene som avhengig variabel .....	61
Tabell 28: Andel beboere med dårlig munnhygiene som avhengig variabel .....	61
Tabell 29: Oppsummering av funn i korrelasjons- og regresjonsanalyse .....	62

## Oversikt over vedlegg

Vedlegg 1: Informasjonsbrev og spørreskjema brukt til pre-testing av spørreskjemaet
Vedlegg 2: Endelig spørreskjema
Vedlegg 3: Endelig informasjonsskriv
Vedlegg 4: Kvittering på godkjenning fra NSD
Vedlegg 5: Meldeskjema til NSD

# 1 Innledning

Drift av pleie og omsorgsinstitusjoner er en av de største politiske utfordringene Norge står ovenfor i tiden fremover. I vår oppgave vil vi ha fokus på kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene som leveres. Oslo kommune har utarbeidet objektive kvalitetsindikatorer som de benytter for å sammenligne kvaliteten på tjenestene som sykehjemmene i kommunen leverer, uavhengig av om sykehjemmene drives av Oslo kommune selv, private ideelle- eller private kommersielle drivere. Vi vil undersøke om leder-medarbeiderutveksling og kjennskap til rutiner blant de ansatte kan forklare forskjellene i kvaliteten som leveres ved sykehjem i Oslo kommune.

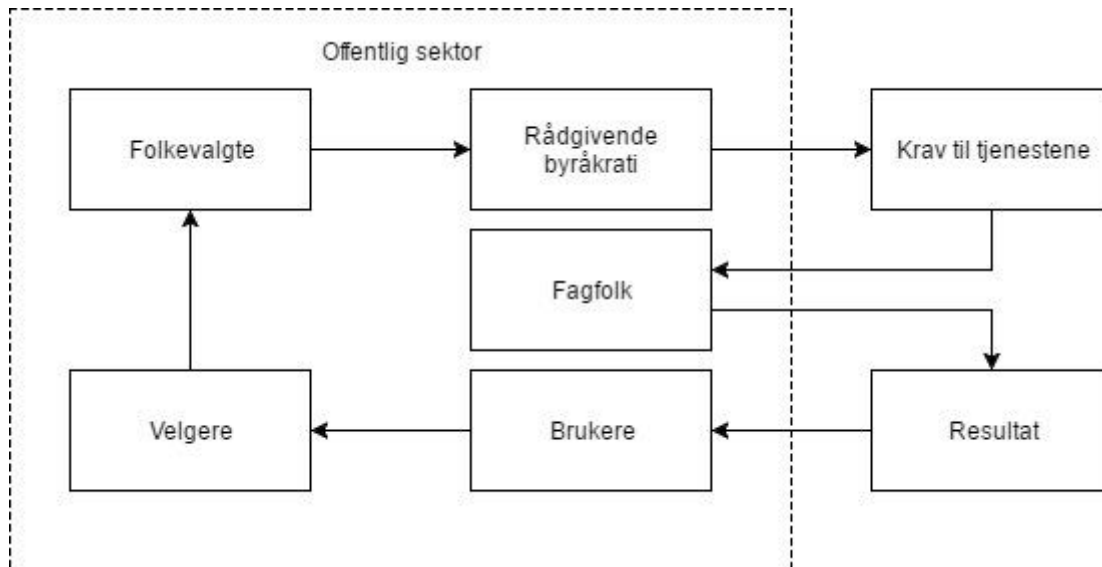
## 1.1 Oslo kommune

Oslo kommune har en ung befolkning sammenlignet med resten av landet. Men også i Oslo vil det de kommende årene være et økt behovet for eldreomsorg. Framskrivninger fra SSB viser at befolkningsgruppene i alderen 67 år og eldre vil øke med 57.000 frem mot 2040. I Oslo kommunes Sykehjemsbehovsplan for 2016-2026 anslås det at man i 2040 vil trenge 4700 flere institusjonsplasser enn i 2015 (Oslo kommune, 2016). En annen behovsanalyse viser at Oslo kommune vil trenge 3400 flere institusjonsplasser og 3000 flere årsverk i pleie og omsorgssektoren innen 2040. Dermed anslår de at Oslo kommune vil trenge ytterligere 30 sykehjem av dagens størrelse innen 2040 (NyAnalyse, 2016). Oslo kommune er i dag den kommunen i landet som er størst på konkurranseutsetting. Kommunen konkurranseutsetter offentlige tjenester, fra renhold, skoler, via drift av kollektivtrafikk til drift av barnehager og eldreomsorg. I vår oppgave skal vi se spesielt på konkurranseutsettingen av drift av sykehjem i Oslo kommune. I dag er det kun 23 av kommunens 56 sykehjem som er offentlig drevet. (Oslo kommune, 2017)

Velferdsordningen i Oslo Kommune styres i dag gjennom en bestiller-utførermodell (BUM). Målet med BUM er å ivareta brukernes interesser ved å skille de enhetene som definerer omfang, kvalitet og tildeler tjenester fra de enhetene som produserer og leverer tjenester. I denne modellen deles offentlig myndighet inn i en etterspørselsside (bestillere) som er folkevalgte og rådgivende byråkrater som stiller kvalitative og kvantitative krav til tjenesteproduksjonen og en tilbudsside (utførere) som er fagfolk som utfører oppgavene (NOU 1997: 17, 1997, s. 338). Hensikten med dette er å skille mellom rådgivningsrollen og

profesjonsrollen, da en slik sammenblanding er lite ønskelig. Denne modellen viser hvordan velgerne ved hjelp av folkevalgte kan påvirke resultatene og kravene til tjenesteproduksjonen.

Figur 1: Bestiller-utførermodell (BUM)



Kilde: NOU (1997:17, s. 339)

Gjennom new public management (NPM) ønsker man et tydelig skille mellom politikk og forvaltning. Det vektlegges at den offentlige virksomheten skal legge markedsmessige prinsipper til grunn og at ansvaret for å gjennomføre politikk blir delegert til mer autonome etater og statsforetak (NOU 2004:2, 2004, s. 56). Målet er at det med en slik reform skal bidra til å bedre kvalitet og skape større effektivitet i offentlig tjenesteyting. BUM er en form for New Public Management (NPM) som vektlegger fordelene med mål- og resultatstyring, økt konkurranse i produksjonen av tjenester og større valgfrihet for brukerne, med et mål om å gjøre offentlig sektor mer effektivt og kvalitativt bedre (Løken & Trygstad, 2006). Måling av kvalitet er et virkemiddel for sikre god tjenestekvalitet.

Ved å gjøre god kvalitet til et mål kan en bidra til å skape motivasjon på arbeidsplassen. Dette oppnås hvis kvalitetsmålingen blir gjort til et felles mål, som de ansatte jobber for i fellesskap. Kvalitetsmålingen vil på en slik måte være styrende for hva som er rett og galt og hva som skal prioriteres og vektlegges i det daglige arbeidet. Å ha god kvalitet på tjenestene vil også skape legitimitet i omgivelsene. Det er fritt valg av sykehjem i Oslo Kommune og sykehjemmene må derfor «konkurrere» om pasientene. Ved at resultatene kommer frem



gjennom offentlig tilgjengelige dokumenter vil dette kunne medføre at sykehjemmene etterstreber høyere kvalitet for å sikre seg legitimitet. Dette er et av argumentene for hvorfor konkurranseutsetting er fordelaktig for samfunnet. Men dette presset vil også kunne få negative konsekvenser for de ansatte. Hvis kravet til kvalitet går opp, samtidig som kostnadene konkurreres ned vil dette sette press på de ansatte. Lønn og pensjonsbetingelser, arbeidsforhold, mengde arbeidsoppgaver og antall ansatte per vakt er argumenter som brukes av de som er mot konkurranseutsetting.

## 1.2 Konkurranseutsetting

I en slik politisk diskusjon er det viktig å skille mellom begrepene privatisering og konkurranseutsetting. Ved konkurranseutsetting markeds eksponeres produksjonen av offentlige tjenester. Den offentlige forvaltningen er fortsatt ansvarlig for finansiering, innhold, fordeling og kontroll, men har ikke lenger monopol på produksjonen og leveransen av tjenesten. Ved privatisering overføres ansvaret, produksjonen, driften og finansieringen av en tjeneste eller produktet eller deler av det, fra det offentlige til private selskaper. Privatisering innebærer at det er forbrukeren som må betale fullt og helt for den vare eller tjeneste man kjøper.

Det er omstridt politisk om man skal konkurranseutsette deler av helse- og omsorgssektoren for å kunne dekke inn behovet for sykehjems plasser eller spare penger. De største politiske partiene har svært forskjellig politikk på område. Det nye byrådet i Oslo bestående av Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Miljøpartiet de Grønne, har uttrykt et ønske om å rekommunalisere alle private sykehjem i Oslo etter hvert som kontraktene med de private aktørene går ut. Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre har derimot vært imot en slik rekommunalisering. En rekommunalisering som dette vil føre til endrede kostnader for driften av sykehjem. Det anslås at en slik løsning er 5% dyrere enn dagens løsning og vil øke kostnadene med 49,5 millioner kroner årlig (Sørgjerd, 2016). Andre finner at hvis man inkluderer transaksjonskostnader og kostnader forbundet med anbud, oppfølging og uforutsette hendelser vil besparelsene av konkurranseutsetting nesten være ubetydelige (Bogen, Gautun og Grødem, 2013). Det er uansett viktig at man har god forskning på dette området slik at det ikke er politisk retorikk som styrer den samfunnspolitiske debatten, men vitenskapelig kunnskap (Bogen, 2002).

Argumentene for å beholde dagens ordning går nettopp ut på dette, at man vil få mer effektiv drift og kanskje også bedre kvalitet på helsetjenester ved at markedet selv regulerer det. Privat eierskap gir sterkere incentiver til å sørge for kostnadseffektiv drift. Implisitt betyr dette at privateide bedrifter vil være mest effektive uavhengig av konkurranseforhold. Men det er også viktig med konkurranse for å sikre at eierne har ett mål for å vurdere hvor effektiv organisasjonen er. Derfor er konkurranseutsatte virksomheter mer effektive (Bogen, 2002; Johansen, 2001). Analyser foretatt av Oslo kommune viser at kvaliteten i private og offentlig drevne sykehjem er likeverdige (Synovate, 2011), og i en analyse foretatt på vegne av NHO Service finner man at kvaliteten er signifikant bedre ved private sykehjem (NyAnalyse, 2016). Argumenter for å rekommunalisere er at privat drift fører til dårligere lønns- og personvilkår for de ansatte, og at dette er grunnen til at private drivere kan ha lavere priser enn det offentlige drivere kan. Man mener også at profitten (besparelsen) går rett i lomma til «profitt-drevne» aktører på helse- og omsorgsmarkedet (Sørgjerd, 2016). En rapport utarbeidet for Arbeids- og sosialdepartementet finner nettopp dette, at det er dårligere pensjonsordninger hos private kommersielle. Enkelte ansatte i konkurranseutsatte sykehjem følte også at de hadde mindre jobbsikkerhet (Oslo Economics, 2014). Noen argumenterer også for at kvaliteten på tjenestene blir dårligere og at de ansatte på sykehjemmene blir nødt til å arbeide raskere for å få gjennomført jobben med en tilfredsstillende kvalitet etter vi gikk over til en NPM-inspirert reform med konkurranseutsettingen (Ingstad, 2010).

### **1.3 Forskningsspørsmål og avgrensninger**

Da vi først begynte å finne aktuelle forskningsspørsmål til masteroppgaven kom vi til at vi ønsket å se nærmere på hva som kunne være årsaken til at noen sykehjem kom bedre ut enn andre på de objektive kvalitetsindikatorene. Bruken av objektive kvalitetsindikatorer er et viktig styringsverktøy for kvalitetssikring av omsorgstjenester, men det er gjort svært lite forskning på disse. Leder-medarbeiderutveksling er et område det er forsket mye på, men ikke innenfor helsesektoren. Vi ønsker derfor å se om noe av denne forskningen har overføringsverdi til dette fagfeltet. Vi har kommet frem til tre overordnede forskningsspørsmål som vi ønsker å undersøke i denne oppgaven.

- 1) I hvilke grad påvirker leder- medarbeiderutveksling motivasjonsfaktorer hos de ansatte ved sykehjem?

- 2) I hvilken grad kan leder- medarbeiderutveksling forklare de ansattes kjennskap til sykehjemmets rutiner?
- 3) Er det en sammenheng mellom de ansattes kjennskap til rutinene og sykehjemmenes score på de objektive kvalitetsindikatorerne?

I vår oppgave har vi tatt for oss leder-medarbeiderutvekslingen på arbeidsplassen og de ansattes kjennskap til sykehjemmenes rutiner. Disse temaene har vi valgt ut på bakgrunn av funn gjort av forskere før oss. Vi har sett på hvordan motivasjonsfaktorer ansatte med en god leder-medarbeiderutveksling har, og vi har sett på om kjennskap til rutiner kan styrke de objektive kvalitetsindikatorerne. På bakgrunn av dette kan vi ikke trekke en konklusjon for at det er disse faktorene som fører til forskjeller, men vi kan si noe på muligheten for at dette er en av flere faktorer. Rutiner og leder-medarbeiderutveksling er tilstede i alle organisasjoner. Vi håper vårt bidrag kan komme til nytte også utenfor helsesektoren.

## 1.4 Oppgavens struktur

Oppgaven består av i alt syv kapitler der innledningen, som du akkurat har lest, er det første. I kapittel to presenterer vi det teoretiske rammeverket vi har bygget oppgaven på. Vi går gjennom litteratur på forskningsområdet og presenterer teori og forskning for å belyse viktige begreper som er relevante for forståelsen og som vi bruker i resten av oppgaven. I kapittel tre utleder vi testbare hypoteser for å kunne besvare våre overordnede forskningsspørsmål. Disse hypotesene er utledet fra litteraturgjennomgangen presentert i kapittel to. Kapittel fire er en beskrivelse av de metodiske verktøyene vi har brukt i studien. Vi har samlet inn data ved hjelp av en nettbasert spørreundersøkelse som vi sendte ut til ansatte ved sykehjem i Oslo kommune. Vi gjør rede for hvordan vi har laget spørreskjemaet og hvordan det ble testet før utsendelse. Vi går også gjennom de ulike metodene vi har brukt for å velge ut data og analysere dataene. I kapittel fem beskriver og analyserer vi datasettet vårt. Vi starter kapitlet med en deskriptiv analyse av datasettet. Dernest ordner vi dataene slik at de kan brukes til å teste hypotesene. I kapittel seks diskuterer vi resultatene av analyse av hypotesene og funnene vi har gjort opp mot teori og tidligere forskning. Helt til slutt avslutter vi i kapittel syv med en oppsummering og besvarer forskningsspørsmålene våre. Her tar vi også en gjennomgang av begrensningene ved vår oppgave og kommer med forslag til videre forskning, og hvordan våre funn kan relateres til andre områder.

## 2 Litteratur

I denne delen av oppgaven vil vi gå gjennom ulike teorier og modeller som er relevante for forskningsspørsmålene vi ønsker å besvare. Litteraturen har også blitt brukt til å finne relevante og teoretisk forankrede spørsmål om begrepene vi undersøker. Kapittelet begynner med en gjennomgang av hvordan Oslo kommune måler kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene ved sykehjem. Deretter følger en gjennomgang av teori på områdene ledermedarbeiderutveksling og rutiner.

### 2.1 Tjenestekvalitet

Slik helsetjenestene i dag er organisert skilles det mellom spesialisthelsetjeneste, hvor ansvaret ligger hos staten, og primærhelsetjeneste som kommunene har ansvar for. Spesialisthelsetjenesten er sykehus, spesielle institusjoner og privatpraktiserende spesialister. Primærhelsetjenesten omfatter alt fra helsestasjoner, legevakt, hjemmesykepleie, fastleger og også sykehjem. I 2007 overtok Sykehjemsetaten i Oslo bydelenes ansvar for sykehjemmene. Når en bruker ønsker plass søker man til den bydelen man sokner til. Det er fritt sykehjemsvalg, så pasienten kan søke hvilket sykehjem man ønsker, men det er bydelen man er innbygger i som fatter vedtaket om tildeling av plass ut fra søkerens behov. Hvis søkeren får plass vil bydelen ha en bestillerrolle når de så bestiller en plass fra sykehjemsetaten (Oslo Economics, 2013, s. 5). Det er i dag 56 sykehjem underlagt sykehjemsetaten som brukerne kan velge mellom. (Oslo kommune, 2017).

Det er administrasjonssjefen i kommunen som har det overordnede ansvaret for styringssystemet i kommunen (Helsedirektoratet, 2017). Ledelsen på hvert sykehjem har ansvar for oppgaver som blir delegert fra høyere hold, og det vil være de som har den daglige styringen og delegeringen av oppgaver og ansvar. Internkontrollarbeidet bør være nært knyttet til ordinære daglige gjøremål og være integrert i de løpende oppgaver. Ansvaret for at kravene til kvalitet overholdes, at de gis et konkret innhold og at de følges opp, ligger både på ledernivå og hos den enkelte ansatte. God internkontroll forutsetter medvirkning fra de ansatte. Mens ledelsen har ansvaret for at det utarbeides skriftlige prosedyre, vil den enkelte ansatte ha et selvstendig faglig ansvar for den tjenesten de yter, og at de prosedyrene som er besluttet følges.

Det enkelte helsepersonell har en selvstendig plikt til å gi forsvarlige helse- og omsorgstjenester ifølge Helsepersonelloven § 4 (1999) De skal gi hjelp ut fra kompetanse og ferdigheter. Blir helsepersonell bedt om å utføre oppgaver de ikke har kompetanse til, må de si nei. I tillegg har enhver plikt til å sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet (Helsepersonelloven §4, 1999)

Medarbeidernes ansvar er å

- Gi forsvarlig og omsorgsfull hjelp
- Følge rutiner og prosedyrer
- Melde avvik
- Bidra med forbedringsarbeid

### **2.1.1 Kvalitetsmålsystem**

Det er kommunene som drifter de fleste sykehjemmene i Norge, og for å ivareta kontroll og kvalitetssikring er det utarbeidet retningslinjer for bruk av objektive kvalitetsindikatorer som en del av kommunens styringssystem. Et forsknings- og utviklingsprosjekt i 2014 fikk oppdrag om å se på kartlegging og bruk av objektive kvalitetsindikatorer i norske kommuner (Helgesen, 2014). Via blant annet spørreundersøkelser hvor 189 kommuner svarte (svarprosent 44,2), gjennomgang av årsmeldinger fra 2012 fra 52 kommuner hvor 8 av disse ble utvalgt til casekommuner. I casekommunene ble det blant annet foretatt dybdeintervju av sentrale politiske personer. Oslo kommune var en av disse kommunene, og her har de gjort interessante funn. 82,8 % av respondentene i spørreundersøkelsen til Helgesen (2014) sier at de har tatt i bruk objektive kvalitetsindikatorer innenfor pleie og omsorg, men kommunene har i liten grad tatt i bruk objektive kvalitetsindikatorer innenfor institusjonstjenester og i de hjemmebaserte tjenestene. Casekommunene er enige om at bruk av objektive kvalitetsindikatorer er en viktig og nødvendig del av kommunenes styringssystem i tiden som kommer. De objektive kvalitetsindikatorerne er med på å tydeliggjøre forpliktelsen kommunen har ovenfor brukerne, skaper motivasjon blant ledelsen og ansatte når det jobbes mot felles mål og gir en dialog til politikerne. Casekommunene ser også at det krever mye innsats for å kunne bedre innsikt og styring av kvaliteten av omsorgstjenester.

Formelle krav til kvalitet i helse- og omsorgstjenestene er gitt i lover og forskrifter slik vi har presentert i begynnelsen av kapitlet, men det synes i liten grad å være operasjonalisert gjennom relevante objektive kvalitetskriterier. Oslo kommune er unntaket. De har kommet

lenger enn noen andre kommuner på dette området. De begynte allerede i 1998 med å utvikle kvalitetsindikatorer. Først som et ledd for å måle kvalitet i forbindelse med konkurranseutsettingen av sykehjem. Nå brukes de for å identifisere områder eller systemer som bør undersøkes og forbedres.

Det er gjennomført gradvise endringer av kvalitetsmålingssystemet til Oslo kommune, men de gjeldende indikatorene har vært i bruk siden 2014. Indikatorene som blir målt er pasienters tannhelse, fall, infeksjon, liggesår og ernæringsstatus. Kvalitetsindikatorene er valgt fordi de er relevante for pleien, enkle å registrere, gyldige og pålitelige. De kan også påvirkes ved å endre prosedyrer for pleien, slik at sykehjemmet selv har mulighet til å påvirke utfallet. (Helseetaten, 2016a). Indikatorene har blitt testet og vurdert av pleiefaglig personell med hensyn til validitet og reliabilitet. Tidligere hadde de også indikatorer for måling av urinkontinens og kontrakturer, men disse er nå tatt ut på grunn av måleproblemer eller at indikatorenes validitet var lav (Helgesen, 2014). Alle observasjoner, funn og skader relatert til dette er sykehjemmene pliktet til å rapportere om. Kvalitetsindikatorene gir følgende måltall for hvert enkelt sykehjem (Helseetaten, 2016b):

Tabell 1: Oslo kommunes objektive kvalitetsindikatorer for sykehjem

<b>Tannhelse</b>	Andel beboere med dårlig munnhygiene
<b>Fall</b>	Andel fall med moderat/alvorlig skade Andel fall uten fallforebyggende tiltak
<b>Infeksjoner</b>	Andel infeksjoner Andel infeksjoner oppstått på sykehjemmet
<b>Trykksår</b>	Andel trykksår Andel trykksår oppstått på sykehjemmet
<b>Ernæring</b>	Andel beboere ikke vurdert for ernæringsmessig risiko Andel beboere som er underernært/i ernæringsmessig risiko Andel beboere uten ernæringstiltak

Kilde: Helseetaten (2016b)

Kvalitetsindikatorer inngår som en del av kvalitetsmålingssystemet for sykehjem i Oslo kommune. De objektive kvalitetsindikatorene måles to ganger årlig og brukes sammen med bruker-, pårørende- og medarbeiderundersøkelser samt revisjonsrapporter som Oslo

kommune utarbeider annethvert år. Rapportene gir mulighet til å sammenligne egne resultater over tid og til sammenligning mellom sykehjem. Oslo Kommune vektlegger at de objektive kvalitetsindikatorene må sees i sammenheng med revisjonsrapporter, brukerundersøkelser og pårørendeundersøkelser. Hva de objektive kvalitetsindikatorene forklarer i en slik sammenheng vil være viktig å belyse.

## 2.1.2 Måleproblemer

På oppdrag fra NHO Service har konsulentfirmaet NyAnalyse analysert funn vedrørende de objektive kvalitetsindikatorene tannhelse, infeksjoner og ernæring for sykehjem i Oslo kommune, og sett disse i sammenheng med de subjektive kvalitetsindikatorene fra brukerundersøkelsene (NyAnalyse, 2016). Ny Analyse har basert seg på kommunens allerede eksisterende data, og satt sammen en samlerapport med hovedmål om å se på kvalitet, kostnader og en behovsanalyse. NyAnalyse klassifiserer sykehjemmene etter driftsform; offentlige, privat ideelle og privat kommersielle, for å se hvilken driftsform som gjør det best både subjektivt og objektivt.

Tabell 2: NyAnalyses konklusjoner om kvalitetsindikatorer ved sykehjem i Oslo

*statistisk signifikant for 95 % konfidensintervall	<b>Objektive kvalitetsindikatorer</b>	<b>Subjektive kvalitetsindikatorer</b>
<b>Privat kommersielle</b>	Bedre enn de andre*	Scorer bedre enn kommunale*
<b>Privat ideelle</b>	Ingen forskjell	Scorer bedre enn de andre*
<b>Offentlige</b>		Scorer lavere enn de andre*

Kilde: NyAnalyse (2016)

Modellen i Tabell 2 presenterer konklusjonene NyAnalyse har gjort. Her ser vi at de private kommersielle kommer best ut av denne rapporten. NyAnalyse rapporterer kun om de objektive kvalitetsindikatorene andel beboere med dårlig eller ikke akseptabel tannhelse, infeksjoner oppstått på sykehjem og andel beboere vurdert for ernæringsmessig risiko. Det fremkommer ikke av rapporten hvorfor kun noen av de objektive kvalitetsindikatorer er valgt, og hvorfor det ble akkurat disse. En kan jo da undres om dette er de objektive kvalitetsindikatorer som de privat kommersielle kom best ut av.

Det er her viktig å påpeke at denne rapporten har mottatt mye kritikk fra flere hold. Helseetaten og aksjonsgruppen For Velferdstaten stiller seg kritisk til metoden som er brukt i rapporten, og mener det er dratt «store konklusjoner på et tynt grunnlag» (Velle, 2016). Linn Herning i For Velferdstaten mener kvalitet er vanskelig å måle da sykehjemmene kan ha incentiver til å undermåle de negative resultatene på de objektive kvalitetsindikatorne (Velle, 2016). Det er ikke enkelt for hver bruker å vite hva god medisinsk eller pleiefaglig kvalitet er når de svarer på brukerundersøkelsen. Likeså med pårørende i pårørendeundersøkelser. Det kan også være ulikt fra bruker til bruker hva som oppleves som god kvalitet, og for de pårørende hvilke forventninger de har til sykehjemmet.

NHO Service har også bestilt en rapport fra Oslo Economics i 2013. I denne rapporten blir privat kommersielle drivere omtalt som konkurranseutsatte. Vi stiller spørsmål ved valg av denne terminologien. Privat kommersielle er de som har funnet flest budrunder, men i tidsrommet 1997-2012 har offentlige funnet tre og ideelle funnet ett (Herning, 2012). Pr dags dato er det kun privat kommersielle som driver sykehus vunnet gjennom anbudsrunder, og det kan være grunn for valg av terminologi. Denne rapporten konkluderer med at de konkurranseutsatte sykehjemmene scorer bedre enn de offentlige på kvalitet og at de konkurranseutsatte sykehjemmene er de som har økt sin kostnadseffektivitet mest. Det vil si at de har kuttet kostnadene mest samtidig som kvaliteten har økt mest. Fagforbundet, som organiserer en stor andel av de ansatte i kommunal sektor, stiller seg kritiske til dette. De stiller spørsmål ved hva skjer med pasient- og arbeidsvilkår når kostnadene kuttes så mye. Lønn og pensjonsvilkår er et av områdene som trekkes frem, da det er knyttet store spørsmål til de ansattes pensjonsinnbetalinger i de private sykehjemmene. Dette er ikke noe vi har faglig bakgrunn for å diskutere i vår oppgave, men ved å se på hvordan konklusjonen for kvalitet er trukket, får vi en interessant diskusjon.

Fagforbundet mener at Oslo Economics (2013) ikke kan konkludere med at de private kommersielle har best kvalitet. De trekker blant annet frem rapporten «brukertilfredshet blant beboere i sykehjem i Oslo kommune 2011» en subjektiv kvalitetsindikator som del av Oslo kommunes kvalitetsmålingssystem. Ser vi på posten «gjennomsnittlig helhetlig vurdering» vil de ideelle være best ut fra de fem beste, de offentlige best ut fra de 10 beste og blant de 20 beste sprer de private ideelle, private kommersielle og offentlige jevnt, men med de offentlige med aller flest.



Tabell 3: Sykehjemmene er rangert etter «gjennomsnittlig helhetlig vurdering»

	<b>Blant de 5 beste</b>	<b>Blant de 10 beste</b>	<b>Blant de 20 beste</b>
<b>Offentlige</b>	1	5	10
<b>Privat kommersielle</b>	3	3	6
<b>Privat ideelle</b>	1	2	4

Kilde: Oslo Economics (2013)

Likeså kan vi se under posten «rangering av sykehjem etter andelen som svarer 3 eller 4 (der 4 er best) på helhetlig vurdering. I tabell 4 ser vi at blant de fem beste er tre privat kommersielle, blant de 10 beste er det flest offentlige med 5, og blant topp 20 fordeler det seg nokså jevnt, men med offentlige best med 9.

Tabell 4: «Gjennomsnittlig helhetlig vurdering» - Score 3 og 4

	<b>Blant de 5 beste</b>	<b>Blant de 10 beste</b>	<b>Blant de 20 beste</b>
<b>Offentlige</b>	1	5	9
<b>Privat kommersielle</b>	3	3	5
<b>Privat ideelle</b>	1	2	6

Kilde: Oslo Economics (2013)

Her er det viktig å påpeke at andelen offentlig drevne sykehjem er betraktelig større. I Oslo kommune var det i 2011 31 offentlige, 12 privat ideelle og 12 privat kommersielt drevne sykehjem da disse funnene ble gjort. Dette gjør at ca 50 % av de privat kommersielle og private ideelle ligger på topp 20 av totalt 55 sykehjem. Mens kun 30 % av de offentlige ligger på topp 20.

Funnene som er presentert i Tabell 2, 3 og 4 viser at det er vanskelig å trekke bastante konklusjoner om kvaliteten ved sykehjemmene i Oslo. Hvilket ståsted leseren av rapportene har kan påvirke hvilke resultater man finner. NHO Service sier at «De private lever i et politisk spenningsfelt og må derfor tåle et særlig kritisk søkelys og har et ekstra press på seg til å levere kvalitet» (NHO Service, 2013). Oslo Kommune påpeker at alle deres rapporter i kvalitetsmålingssystemet; objektive kvalitetsindikatorer, pårørende og brukerundersøkelser,

medarbeiderundersøkelser og revisjonsrapporter må sees i sammenheng for at de skal få en riktig verdi.

Som vi kan se er det omstridt hvilken driftsform som gir best kvalitet for pengene. Mange mener mye om hvordan kvalitet skal måles og tolkes. Kvalitet er et subjektivt tema, og særlig innen eldreomsorgen er det et følsomt tema som skaper mye engasjement. Oslo kommunes kvalitetsmålingssystem baserer seg på blant annet subjektive og objektive indikatorer.

Indikatorer benyttes når det er vanskelig å måle noe direkte, slik som for eksempel kvalitet. Indikatorene vil da gi en antydning, men ingen fasit. Dette er viktig å huske på ved den videre løsningen av oppgaven.

## 2.2 Leder-medarbeiderutveksling

LMX står for leader member exchange, på norsk leder-medarbeiderutveksling også kalt leder-medarbeiderrelasjon. Vi vil i vår oppgave benytte leder-medarbeiderutveksling. Hensikten med LMX er å finne mulige sammenhenger mellom den relasjon man har til sin nærmeste leder i det daglige arbeidet og variabler som indre motivasjon, ytelse, ekstrarolleatferd og turnoverintensjon. LMX-teorien oppsto etter at Dansereau, Graen og Haga i 1975 intervjuet medarbeidere og ledere, og fant at den samme lederen var ulikt oppfattet av medarbeiderne (Risan, 2012). LMX er en dyadisk ledelsesteori. Lederen må forholde seg til sine medarbeidere enkeltvis, og som følge av det vil relasjonen til hver enkelt medarbeider være forskjellig. Kvaliteten på relasjonen vil ha virkning på medarbeiderens tilfredshet, som igjen påvirker ytelse, trofasthet og kvalitet på arbeidet. Dansereau, Graen og Haga kategoriserte de ansatte i en «inngruppe» og «utgruppe» ut fra kvaliteten på relasjonen de hadde med sin leder. Medarbeiderne i «inngruppen» føler seg ofte mer verdsatt av lederen, blir ofte bedre informert, og får mer interessante oppgaver og utfordringer (Risan, 2012).

Arbeidsprestasjoner og lojalitet er ofte med på å avgjøre hvem som havner i «inngruppen». Kuvaas og Dysvik (2012b) fant en positiv korrelasjon mellom opplevd lederstøtte og organisatoriske resultater med data fra ca. 550 medarbeidere fra 75 bensinstasjoner. En studie av Shanock og Eisenberger (2006) viser at jo høyere opplevd lederstøtte desto bedre arbeidsprestasjoner og mer ekstrarolleatferd.

LMX er forsket mye på, og en av de som har forsket på dette er Charlotte Gerstner og David Day (Gerstner & Day, 1997). De fant at jo høyere leder-medarbeiderutveksling desto bedre

arbeidsprestasjon, høyere tilfredshet med lederen, høyere generell tilfredshet, høyere affektiv organisasjonsforpliktelse, mer rolleklarhet og mindre rolleklarhet og lavere turnoverintensjon. Kuvaas og Dysvik har utviklet LMX- teorien ett skritt lenger og deler leder-medarbeiderutvekslingen inn i sosial og økonomisk, for de medarbeiderne som kan kategoriseres som en inn- og utgruppe. I en studie gjort av Kuvaas (2012a) så han på leder-medarbeiderutvekslingen ved å undersøke 552 medarbeidere og 78 ledere. Han fant at jo mer sosial relasjon til lederen desto bedre arbeidsprestasjoner og desto mer ekstrarolleatferd, og desto mer transaksjonell relasjon til lederen desto dårligere arbeidsprestasjoner og desto mindre ekstrarolleatferd.

### **2.2.1 Indre og ytre motivasjon**

Meng, Tan & Li (2017) fant en positiv korrelasjon mellom leder-medarbeiderutveksling og indre motivasjon ved å innhente svar fra 892 respondenter gjennom en spørreundersøkelse på fire universitet i Kina. Det kan derfor være interessant å gå dypere inn i motivasjon og hva som motiverer de ansatte.

Motivasjon defineres som «en indre psykologisk prosess i det enkelte individ som skaper en drivkraft som får oss til å handle, som gir retning for handling og opprettholder og forsterker handlingen» (Jacobsen & Thorsvik, 2009, s. 218). Motivasjon kan deles inn i indre og ytre. Hvis en ansatt motiveres av ytre belønninger slik som lønn, skryt, renommé og forfremmelse har han en ytre motivasjon (Kuvaas 2009, s. 17). I en slik situasjon gjør man jobben utelukkende pga. resultatet som medfølger og ikke selve jobbaktiviteten. Med slike ansatte vil hard HRM være en fordelaktig lederstil. Hard HRM kjennetegnes med hierarki og kontroll, og forholdet mellom ansatte og leder ses på som et økonomisk bytteforhold hvor arbeidskraft byttes mot belønning (Kuvaas, 2009, s. 18). Her vil også prinsippal-agentteori bli et tema. Prinsippalen må motivere agenten gjennom f.eks. bestemte økonomiske incentivsystemer som blant annet prestasjonsbasert belønning for at agenten skal gjøre jobben etter prinsippalens interesser og ikke egeninteresser. Motsatt vil det være med indre motivasjon. Her motiveres man av selve jobben, av tilfredshet, glede eller mening knyttet til oppgavene (Kuvaas, 2009, s. 17). Ved å her bruke myk HRM som en lederstil hvor det legges vekt på delegering av ansvar, stor grad av autonomi lengre ned i organisasjonen og sterke psykologiske bånd mellom de ansatte og ledelsen gir lojale, involverte og engasjerte ansatte som motiveres til å gjøre en ekstra innsats for at organisasjonen skal lykkes (Kuvaas, 2009, s. 18). En slik type lederstil er

forenelig med New Public Management beskrevet tidligere i delkapittel 1.1, hvor delegering av ansvar og myndighet til de ansatte står sterkt.

Bård Kuvaas har gjort et studie hvor han har benyttet indre motivasjon som uavhengig variabel i en multippel regresjonsanalyse (Kuvaas, 2009, s. 22). Med ekstrarolleatferd menes å hjelpe andre i jobben på en måte som overstiger de formelle jobbkravene. Affektiv organisasjonsforpliktelse vil si en følelsesmessig involvering og identifisering til organisasjonen. To av variablene våre i vårt spørreskjema bygger på disse funnene. Vi vil derfor nå gå dypere inn på flere av disse.

### **2.2.2 Ekstrarolleatferd**

Med ekstrarolleatferd menes at den ansatte går utenfor stillingsinstrukser og formelle prosedyrer med hensyn til hva som trengs å gjøres på arbeidsplassen. (Matthiesen, 2014). Denne positive atferden er til fordel for bedriften, uten at det automatisk er noe positivt for den ansatte. Det kan for eksempel gå utover den ansattes fritid og egeninteresser at den arbeider utenfor fastsatt arbeidstid for å få jobben gjort. En metaanalyse av LMX gjort på 50 uavhengige utvalg viser at jo bedre LMX jo mer ekstrarolleatferd (Ilies, Nahrgang & Morgeson, 2007).

Ekstrarolleatferd er viktigere for bedrifter og ansatte som befinner seg i omgivelser preget av uforutsigbarhet og gjensidig avhengighet. I slike omgivelser er det større utfordringer med å formalisere roller og organisasjoner blir mer avhengige av at de ansatte tar initiativ og viser ekstrarolleatferd (Matthiesen, 2014). Dette er forenelig med utvalget vi ønsker å forske på. Sykehjem er preget av uforutsigbarhet, da de ansatte vil aldri vite helt sikkert hva pasientene trenger eller hvilke situasjoner de havner i. Det vil derfor være viktig på en slik arbeidsplass at de er gjensidige avhengige, og utviser en ekstrarolleatferd utover stillingsinstruksen.

### **2.2.3 Turnoverintensjon**

Turnover er prosessen hvor en ansatt faktisk forlater arbeidsplassen og må erstattes av en ny. Turnoverintensjon er et mål på om en ansatt har planer om å slutte i jobben, eller om arbeidsplassen har planer om avskjedige den ansatte. Eisenberger gjorde i 2002 ett studie basert på tre ulike utvalg som viser at jo høyere opplevd lederstøtte desto lavere turnoverintensjon hos de ansatte. Likeså har vi vist tidligere at Gerstner og Day (1997) fant

ved å se på 85 uavhengige utvalg og nesten 40 000 respondenter at jo høyere LMX desto lavere turnoverintensjon. I et studie fra 2005 ble det også funnet en negativ korrelasjon mellom LMX og turnoverintensjon. (Harris, Kacmar & Witt, 2005). Likeså fant Kim, Lee & Carlson (2010) i sin studie fra hotellbransjen.

Tabell 5: Viktige sammenhenger motivasjonsfaktorer.

<b>Kilde</b>	<b>Uavhengig variabel</b>	<b>Avhengig variabel</b>
Eisenberger (2002)	Høy opplevd lederstøtte	Lavere turnoverintensjon
Shanock & Eisenberger (2006)	Høy opplevd lederstøtte	Bedre arbeidsprestasjon, mer ekstrarolleatferd
Kuvaas (2009)	Indre motivasjon	Arbeidsprestasjon, ekstrarolleatferd, affektiv organisasjonsforpliktelse, lavere turnoverintensjon
Kuvaas et. al. (2012a)	Sosial leder-medarbeiderutveksling	Mer ekstrarolleatferd, bedre arbeidsprestasjon
Kuvaas et.al. (2012a)	Transaksjonell leder-medarbeiderutveksling	Mindre ekstrarolleatferd, dårligere arbeidsprestasjon
Kuvaas et. al. (2012b)	Støttende ledelse	Bedre organisatoriske resultater
Gerstner & Day (1997)	LMX	Bedre arbeidsprestasjoner Høyere tilfredshet med lederen Høyere generell tilfredshet Høyere affektiv organisasjonsforpliktelse Mindre rolleklarhet og mer rolleklarhet Lavere turnoverintensjon
Ilies, et. al. (2007)	LMX	Mer ekstrarolleatferd
Kim, et. al. (2010)	LMX	Lavere turnoverintensjon

Harris, et. al. (2005)	LMX	Lavere turnoverintensjon
Meng, et. al. (2017)	LMX	Høyere indre motivasjon

Oppsummert ser vi leder-medarbeiderutveksling er en uavhengig variabel i mange av studiene og som blant annet korrelerer med motivasjonsfaktorer som lavere turnover, høyere ekstrarolleatferd og mer indre motivasjon. Gjennom litteratursøkingen vår fant vi ingen studier som hadde brukt leder-medarbeiderutveksling for å undersøke forhold i helsesektoren. Det er to bidrag som forsker på sykehjem som nå vil bli presentert. De tar for seg mange av områdene som er aktuelle for oss, slik som motivasjon, arbeidsprestasjon og forhold til lederen.

#### **2.2.4 Forskning sykehjem**

I 2014 utarbeidet Oslo Economics (2014) en undersøkelse for Arbeids- og sosialdepartementet hvor de så på hvordan arbeidstaker påvirkes av konkurranseutsettingen av offentlige tjenester. I datainnsamlingen har de benyttet seg av det kvantitative datamaterialet samlet inn i forbindelse med YS Arbeidslivsbarometer. I tillegg har de gjennomført kvalitative semi-strukturerte intervjuer med tillitsvalgte, ansatte i arbeidstakerorganisasjoner og representanter for arbeidsgiversiden i konkurranseutsatte virksomheter. De har i tillegg gjennomført en egen spørreundersøkelse for medlemmer av forbund som organiserer arbeidstakere.

De har forsket på rutebuss, barnevern, barnehage og sykehjem, men for oss vil det kun være relevant å se på funnene som er gjort blant ansatte på sykehjem. Respondentene er delt inn i to grupper etter i hvilken grad de opplever konkurranseutsettingen. På den ene siden har vi de som i stor grad (18%) og i noen grad (16%) merker at virksomheten er utsatt for konkurranse, og på den andre siden de som i liten grad (18%) eller ikke i det hele tatt (27%) merker konkurransen. Mens 30 prosent av respondentene ved private sykehjem oppgir at de i stor grad opplever at virksomheten er utsatt for konkurranse, gjelder dette 10 prosent av respondentene ved offentlige sykehjem. Blant de sistnevnte oppgir 34 prosent at de ikke opplever dette i det hele tatt. Tilsvarende andel blant respondentene i privat sektor er 17 %.

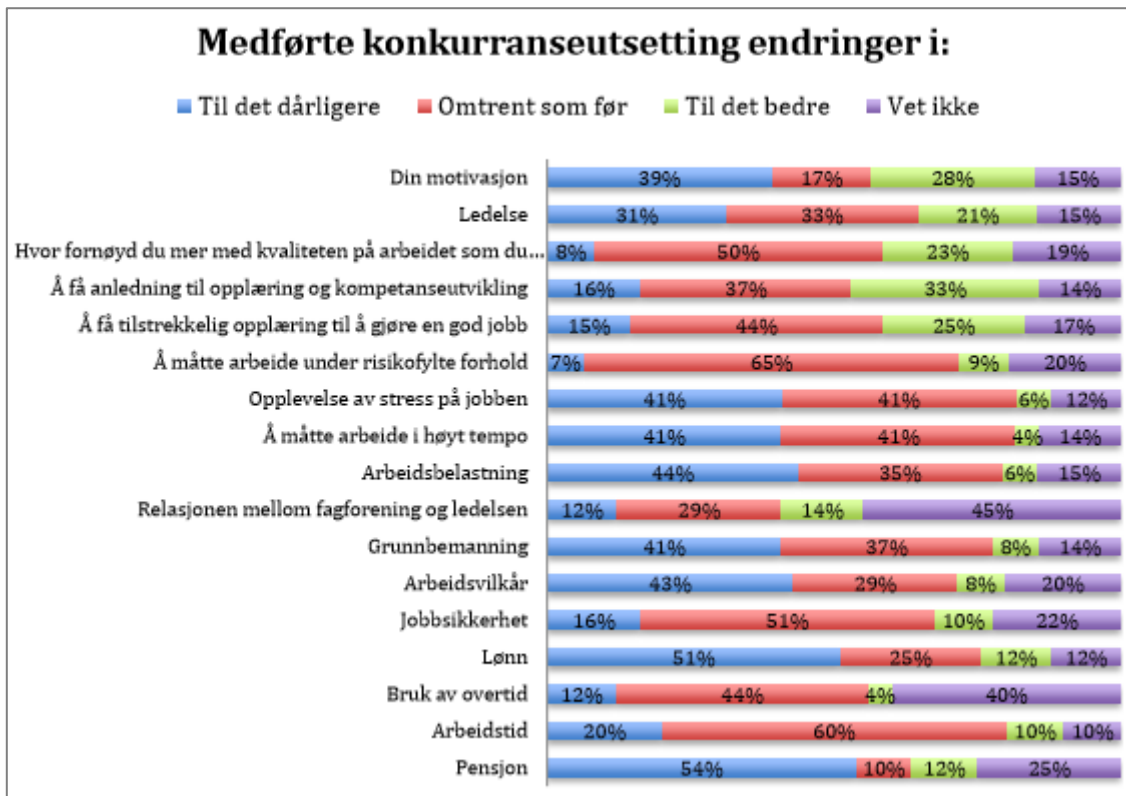
Figur 2: Utvikling siste fem år ved ulike konkurranseforhold sykehjem



Kilde: Oslo Economics (2014)

Dette diagrammet viser interessante funn. De fant ingen signifikante forskjeller mellom respondentene ved de offentlige- og privat drevne sykehjemmene, men de fant forskjeller mellom respondenter som sier de opplever at virksomheten er utsatt for konkurranse og ikke. På samtlige poster opplever flest hvor virksomheten er utsatt for konkurranse enn mer negativ utvikling de siste fem årene enn de som ikke opplever av virksomheten er utsatt for konkurranse. Respondentene som har erfaringer med konkurranseutsetting rapporterer at konkurranseutsettingen økte kravet til arbeidsintensitet, og bidro til mer press i arbeidet og hadde negative virkninger for lønn og pensjon, men rapporterte samtidig at mulighetene til kompetanseutvikling ble bedre. Generelt sier de som opplever konkurranse at utviklingen i arbeidslivet er blitt mer negativ sammenliknet med de som ikke opplever konkurranse. Gruppene skiller seg signifikant fra hverandre på flere av variablene som inngår i undersøkelsen på sykehjemmene.

Figur 3: Endring i variabler som følge av konkurranseutsetting



Kilde: Oslo Economics (2014)

De mest interessante funnene her for vår del er å se at egen motivasjon, hvor fornøyd man er med kvaliteten på arbeidet man utfører, ledelse og å få tilstrekkelig opplæring til å gjøre en god jobb, å få anledning til opplæring og kompetanseutvikling er de postene hvor konkurranseutsetting har medført endringer til det bedre. Samtidig ser vi at et stort antall mener grunnbemanning, arbeidsvilkår, opplevelse av stress i jobben, å måtte arbeide i høyt tempo, (og lønn og pensjon) er poster som respondentene mener at konkurranseutsetting har medført endringer til det dårligere.

Kari Ingstad har i en studie foretatt kvalitative intervjuer av 22 sykepleiere eldre enn 56 år, som fortsatt arbeider eller nylig har gått av med pensjon. Med et helsesystem inspirert av NPM er sykepleierne satt i en ny situasjon, med økende krav, begrensede ressurser og mindre tilstedeværende ledelse. Sykepleierne beskrev arbeidssituasjonen som hektisk. Oppgavene var mange og komplekse, sammenlignet med bare for noen år siden. Sykehusene skriver ut pasienter tidligere, noe som gir sykehjemmene mye å gjøre med mange pasienter med flere diagnoser og svært dårlig helse. Dette medfører at sykepleierne føler de kun har tid til å dekke pasientenes mest primære behov, og andre oppgaver må prioriteres vekk på grunn av



tidsmangel. Flere sykepleier opplever et konstant tidspress som går utover kvaliteten på tjenestene. Kari Ingstad sier: «Større fokus på effektiv ressursutnyttelse, kostnadskutt og budsjett disiplin gjør at det først og fremst er de økonomiske rammene som skal overholdes mens mål knyttet til kvaliteten på tjenestene kommer i annen rekke.

Med NPM kommer også mer desentralisering og mindre hierarki. Dette har medført at de tradisjonelle avdelings sykepleierne som det tidligere var før nå har fått ett større ansvarsområde med flere oppgaver. Dette fører igjen til en mindre tilstedeværende ledelse, og større avstand mellom ledelsen og de ansatte. Sykepleierne føler da at de ikke blir sett, og at innsatsen deres ikke blir verdsatt. Dette er også problematisk da kontinuiteten i arbeidet blir dårligere, da den daglige oversikten og informasjonsflyten mangler, ifølge Ingstad (2010).

Sykepleierne som ble intervjuet av Ingstad (2010) mente det var problematisk at avdelingslederen har fått flere oppgaver som et resultat av færre ledernivå. Avdelingslederen må da delegerer oppgaver videre til sykepleierne, som da får ekstra oppgaver utover pasientkontakten. Sykepleierne føler seg trukket i to retninger, når de prøver å møte kravene i begge endene. Sykepleierne hadde ikke noe problem med de nye arbeidsoppgavene i seg selv, men problemet lå i at de ikke fikk ekstra tid til å bruke på de nye oppgavene, slik at det bare medførte et større arbeidspress som ikke kunne veie opp for den økte kompetanse og motivasjonen nye oppgaver egentlig kan gi.

Ingstad (2010) fant at sykepleierne delte seg i to grupper for hvordan mestringsstrategi de brukte for å forholde seg til disse utfordringene. Den ene var å arbeide overtid og ta mindre pauser en tidligere for å klare å oppfylle yrkesidealene til sykepleiere, som sykepleierne ønsker å innfri ut fra lover og forskrifter. Den andre strategien var å akseptere de begrensede ressursene og at man ikke klarte å leve opp til alle de etiske standardene. Gjorde de det beste ut fra de rammebetingelsene som var satt var de fornøyd med egen innsats. De i den siste gruppen indentifiserte seg ikke lenger med standardene pga. ressursmangelen. Dette kan gi problemer når yrkesidealene oppleves som umulige å oppnå, og istedenfor å arbeide med å heve kompetansen og utvikle arbeidsplassen for fremtiden blir fokuset kortsiktig.

## 2.3 Rutiner

«Formålet med kvalitetsrevisjoner er å vurdere om tjenestene drives slik at myndighetskrav og overordnet regelverk etterleves. Utgangspunkt er lover, forskrifter, rundskriv, retningslinjer, Sykehjemetatens (SYE) sentrale rutiner, prosedyrer og sykehjemmenes egne krav og rutiner innenfor de valgte revisjonsområdene. Et annet og vel så viktig formål er å fremme kvalitetsutvikling» (Helseetaten, 2016a).

Den 1. januar 2017 trådte en ny forskrift om ledelse og kvalitetsforbedringer i helse og omsorgstjenester i kraft (forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten, 2016). Den erstatter forskrift nr. 1731 fra 20. desember 2002 om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten. Den nye forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten skal tydeliggjøre oppgaver og ansvar, da den gamle forskriften om internkontroll ikke ble etterlevd godt nok, og mange virksomheter ikke arbeidet systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Forskriften fordeler ansvar og plikter virksomheten har til å dokumentere, planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomhetens aktiviteter (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, 2016, §4). Dette innebærer blant annet at det ble utarbeidet et system av rutiner og prosedyrer. «Systemet skal utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert brudd på krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet» (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, 2016, §7c)

Med utgangspunkt i at det måtte en ny forskrift til for å tydeliggjøre oppgaver og ansvar innen ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten, forsterker det våre antakelser om at rutinene og prosedyrene rundt de objektive kvalitetsindikatorer ikke er godt nok kjent. Kari Ingstads (2010) funn kan også sees i sammenheng med teorier om rutiner. Hvis mål knyttet til kvalitet kommer i annen rekke, vil sykehjem som ikke prioriterer dette mest sannsynlig gjøre det dårligere på de objektive kvalitetsindikatormålingene.

### 2.3.1 Mål og strategi

For å kunne arbeide systematisk mot et mål er det viktig å ha en god strategi. For sykehjem er det nærliggende å ha en ressursbasert strategi hvor det er interne forhold som er avgjørende

for om de når målet. De ansatte vil være en viktigste ressurs for at sykehjemmet scorer bra på de objektive kvalitetsindikatorerne. Det samme vil organisatoriske ressurser som formelle elementer som struktur og systemer, og uformelle elementer som relasjon mellom leder og medarbeider og mellom de ansatte på sykehjemmene (Jacobsen og Thorsvik 2009, s.38). Kjennskapen til rutiner rundt de objektive kvalitetsindikatorerne vil være av en slik formell karakter. Hvis sykehjemmene arbeider strukturert mot at virksomheten skal score bra, kan viktige tiltak være å lage en strategi for hvordan de skal nå dette målet. Forskning fra Hanne Bogen (2002) underbygger dette. Hun har i sin forskning funnet ut at konkurranseutsetting synes å ha bidratt til økt kvalitet i produksjon av omsorgstjenester - hovedsakelig på grunn av økt vektlegging av kvalitet.

Mål og strategi vil på fire ulike måte kunne ha en effekt på hvordan de ansatte tenker og handler. Mål og strategi kan ha en styrende funksjon, fungere som et evalueringskriterie, være en legitimitetsfaktor og være en motiverende effekt (Jacobsen og Thorsvik 2009, s 41).

### **Motivasjon**

Vi har sett at motivasjon er positivt korrelert med arbeidsprestasjon, ekstrarolleatferd, affektiv organisasjonsforpliktelse og lavere turnoverintensjon (Kuvaas, 2009). Mål og strategier vil ha en motiverende effekt på de ansatte. Uten mål vil det være vanskelig for den ansatte og finne motivasjon for å yte noe ekstra. Meng et. al. (2017) så at leder-medarbeiderutveksling er positivt korrelert med indre motivasjon. Ledelsens rolle vil derfor være avgjørende for resultatet på de objektive kvalitetsindikatorerne. Klare føringer for rutiner og premisser rundt de objektive kvalitetsindikatorerne kan derfor ha en motiverende effekt.

### **Styrende funksjon**

Når en ansatt står i en situasjon som krever en beslutning, skal organisasjonens mål og strategi kunne ha en styrende funksjon, som antyde hvilke kriterier som skal vektlegges mer enn andre. Med dette mener vi at hvis sykehjemmet har inkludert de objektive kvalitetsindikatorerne i sine mål og strategier, vil de bli mer prioritert i det daglige arbeidet, slik at de ansatte tar valg som styrker de objektive kvalitetsindikatorerne. For at de skal kunne gjøre det må de kjenne til hva som vektlegges rundt de. De må kjenne til rutinene for å forebygge, behandle og rapportere inn merknader slik at de vet at dette skal prioriteres i det daglige.

Institusjoner setter spillereglene for samfunnet, og er avgjørende for interaksjonen mellom mennesker som spiller spillet innfor rammene av regler (North, 1999). Rammene er konstruert av spillerne over tid og i rammene inngår både formelle og uformelle institusjoner. Formelle som lover, forskrifter og regler, og uformelle som normer, verdier og forventet oppførsel. Sykehjemmene, uansett driftsform, må forholde seg til de formelle spillereglene satt av samfunnet. Vi har allerede presentert lover og forskrifter og sammen med kvalitetskrav satt av sykehjemsetaten legger dette rammer for sykehjemmene. I anbudsrunder vil det konkurreres om pris og kvalitet innenfor disse institusjonelle rammene.

Innenfor de formelle rammene av kvalitet vil de ulike driverne ha forskjellige mål. Mye av kritikken for konkurranseutsetting av offentlige tjenester går på de privates incentiver til profittmaksimering. En av de største privat kommersielle eierne for sykehjem hadde i 2016 et utbytte på 102 milliarder kroner (Ertesvåg, 2016). At de private da styres etter budsjett og økonomisk overskudd har reist spørsmål om hva dette gjør for kvaliteten. Offentlige sykehjem som ikke styres av budsjett på samme måte vil heller være resultatstyrt. «Resultatstyring innebærer ulike grader av kontroll av underordnede, dokumentasjon overfor overordnede, konkurranse mellom likestilte og innsyn for utenforstående» (Johansen, 2005).

Innen offentlig sektor vil det for mange organisasjoner være aktuelt å bruke resultatstyring. Det er grunn til å tro at resultatmålinger, sammenligninger og resultatrapportering er aktuelt og mye brukt i kommunesektoren (Johansen, 2005). Kommunene har ansvar for mange av de sentrale velferdstjenestene i Norge og er betydelig andel av offentlig sektor. Men ulikt mange forvaltnings- og tilsynsoppgaver på statlig nivå er mange av de kommunale oppgavene tjenesteproduksjon. Disse tjenestene kan i de fleste tilfeller måles selv om det er vanskeligere å vite hva som påvirker resultatet og hvem som har ansvaret for det. Når staten, med myndighet fra Stortinget, operasjonaliserer sin politikk gjennom den lokale forvaltningen blir staten en prinsipal og kommunesektoren agenter. Staten har i flere år desentralisert beslutningsmyndighet og oppgaver. En kan da forvente at kontroll og rapportering også øker i omfang. De institusjonelle rammene vil derfor gi en styrende funksjon for sykehjemmene, uavhengig av driftsform.

### **Evalueringskriterie**

Hvis å score høyt på de objektive kvalitetsindikatorerne og gjøres til et allmenn kjent mål på sykehjemmet, vil det også kunne brukes som et evalueringskriterie for det arbeidet

organisasjonen og den enkelte utfører (Jacobsen og Thorsvik 2009, s. 41). De objektive kvalitetsindikatorene er nettopp et evalueringskriterie kommunen bruker for å måle sykehjemmene. Sykehjemmene kan bruke resultatene fra de objektive kvalitetsindikatorene som et styringsverktøy for hvordan de skal legge opp strategier videre for å nå målet om og f.eks. forbedre score. En strategi for å oppnå dette kan da f.eks. være å prioritere de mer i det daglige arbeide, og utarbeide egne eller vektlegge allerede eksisterende retningslinjer, prosesser og rutiner rundt forholdene som måles. Sykehjemmene opptrer som en agent for kommunen som i dette forholdet blir prinsipalen. Men i forhold til staten vil kommunen være agenten og staten prinsipalen. Ved delegering av myndighet vil behovet for kontroll øke. Kommunens kvalitetsmålingssystem er derfor en mekanisme for å sikre kvaliteten selv om graden av kontroll er mindre.

Ved delegering av ansvar og myndighet vil kommunikasjon være essensielt. Kommunikasjon kan være både formell og uformell. På sykehjem vil instruksjoner om rutiner, prosedyrer og ansvarsfordeling være av en formell karakter. Likeså med tilbakemeldinger fra medarbeidere og rapporteringer. Uformell kommunikasjon vil være samtaler mellom medarbeidere. Alt fra ting som skjer på fritiden, til å diskutere tiltak og instruksjoner gitt gjennom formell kommunikasjon fra et høyere hierarkisk nivå. Kommunikasjonen mellom ulike nivåer kan også være uformell. Å ha en god leder-medarbeiderutveksling på arbeidsplassen kan derfor bidra til at kommunikasjon både uformelt og formelt flyter bedre. For å iverksette en strategi er kommunikasjon særs viktig. Kommunikasjon kan enten være vertikal, som går opp og ned i et autoritetshierarki, eller horisontalt mellom ansatte på samme hierarkiske nivå som har beslektede oppgaver (Jacobsen & Thorsvik, 2009). Rapert (2002) har funnet at tett vertikal kommunikasjon innenfor bedrifter bidrar til økt ytelsesevne. Hyppig kommunikasjon oppover og nedover i organisasjonsstrukturen bygger opp felles holdninger og verdier som skaper enighet om felles mål.

### **Legitimitet**

De objektive kvalitetsindikatorene er offentlige kjente dokumenter, og noe enhver kan få tilgang til. Resultatet på en slik måling vil derfor være en legitimitetsfaktor for omgivelsene. Når sykehjemmet fremstår som legitimt vil det fremme gode og riktige verdier. Å ha god kvalitet på sykehjemmet vil være en slik verdi som vil være avgjørende i et konkurranseutsatt marked hvor det konkurreres på både kvalitet og pris. Det er fritt sykehjemsvalg i Oslo, og sykehjem med et godt omdømme vil også kunne tiltrekke seg de

beste ansatte. Dyktige ansatte vil mest sannsynlig ønske å jobbe ved et sykehjem som gjør det bra. At disse sykehjemmene tiltrekker seg de beste ansatte vil igjen heve kvaliteten, da de ansatte er en av de viktigste ressursene. På denne måten vil legitimitet bli en selvoppfylt profeti. Sykehjem som gjør det dårlig, vil ikke tiltrekke seg like gode ansatte og da vil heller ikke kvaliteten kunne bli like god.

Institusjoner setter både formelle og uformelle rammer for sykehjemmene. De formelle rammene har blitt diskutert i det foregående delkapittel. De uformelle rammene slik som normer og verdier øker legitimiteten til omgivelsene. De private kommersielle driverne er like avhengig av godt omdømme som offentlig og privat ideelle, og de uformelle institusjonene vil være med på å sette begrensninger selv om målet til de private kommersielle er profittmaksimering. Når sykehjemmene driver innenfor de samme rammene vil forventningene fra omgivelsene kunne gjøre de mer og mer like. Press fra omgivelsene legger føringer på hva som er god og riktig organisering. Slike rasjonalitetsstandarder vil også kunne gå på strategien, slik at det blir en allmenn oppfatning om hvordan oppgaver skal løses og hvilken kompetanse som trengs (Jacobsen & Thorsvik, 2009). Rutinene rundt de objektive kvalitetsindikatorene kan forbedres gjennom uformelle og formelle institusjoner. Lover, regler og forskrifter setter krav til kvalitet ved sykehjemmene, og gjennom en felles oppfatning av riktig og galt, samt press fra omgivelsene vil å score bra på Oslo kommunes kvalitetsmålingssystem være viktig.

### **2.3.2 Målproblemer**

Det er ikke alltid samsvar mellom strategien vedtatt på et høyere hierarkisk nivå og den strategien som det faktisk arbeides etter på et lavere nivå. De formelle strategiene må vike for en fremvoksende strategi, og enkelte ting blir da ikke realisert. Den formelle strategien blir da helt eller delvis ikke iverksatt. Dette handler ofte om prioriteringer. De ansatte tar større eller mindre beslutninger som gir betydning for hvordan resten av organisasjonen arbeider, kalt fremvoksende strategier. De ansatte og de på et høyere hierarkisk nivå kan ha ulike meninger om hvilke mål som er viktigst, og hva som er den beste veien dit. Ansatte på sykehjem som jobber med pasientene vil heller se på det som et viktigere mål å være tilstede for pasientene og yte god kvalitet istedenfor å bruke tid på å dokumentere og rapportere når tiden er knapp. Dette kan også ses gjennom målforskyvninger. Ordtaket «du får det du måler» er relevant for måling av kvalitet. Når de ansatte blir målt på tannhelse, fall, infeksjoner, trykksår og

ernæring vil det være en fare for at det arbeides ensidig for at disse indikatorene skal være best. Da kan andre forhold som egentlig er vel så viktig bli nedprioritert fordi det ikke er et evalueringskriterie. Tidligere var også urinkontinens og kontrakturer en del av de objektive kvalitetsindikatorene (Helgesen, 2014). Det sies ingenting om at disse ikke evalueres lengre fordi de ikke er viktige, men fordi de er vanskelig å måle.

### **2.3.3 Revisjonsrapport 2016**

Revisjonsrapporten fra 2016 er utarbeidet av Oslo kommune, hvor formålet er å se om virksomhetene etterlever de formelle institusjonene; krav i lovgivning, interne krav i Oslo kommune samt i egen virksomhet. De ønsket å undersøke forhold rundt rutiner for; internkontroll, mottak av pasienter og munnhelse. For hvert område ble det utarbeidet revisjonskriterier som grunnlag for revisjonens vurderinger. Kriteriene er utledet fra lovverk og retningslinjer herunder blant annet helse- og omsorgstjenesteloven (2016) og forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten (1996).

I forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten (§4g, 1996) står det: «internkontroll skal utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjer, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av sosial- og helselovgivningen.» Et av hovedargumentene for å innføre ny forskrift istedenfor denne var at denne forskriften ikke ble etterlevd godt nok og mange virksomheter ikke arbeidet systematisk nok med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Funn i revisjonsrapporten fra 2016 støtter dette. Revisjonen har gjennomgått tilsendt dokumentasjon fra det enkelte sykehjem, foretatt stikkprøver i utvalgte pasientjournaler samt intervjuet ledere og andre medarbeidere (informanter) ved sykehjem. De ønsket å undersøkte forhold innenfor mottak av pasienter, munnhelse og internkontroll på 16 sykehjem hvorav 9 av disse var offentlige og 7 private. Sykehjemmene ble valgt ut på bakgrunn av resultater fra belegg- og slimhinnemålinger i munnhulen (BSI) og tid siden forrige revisjon. Avvik defineres som mangel på oppfyllelse av krav gitt i lov eller forskrift, Oslo kommunes krav samt virksomhetenes egne rutiner. Merknad er definert som forhold som ikke omfattes av definisjonen for avvik, men der det er et forbedringspotensial.

Tabell 6: Oversikt over antall avvik og merknader i 2016

	Avvik		Merknader	
Reviderte enheter	Offentlig drevne sykehjem (9)	Privat drevne sykehjem (7)	Offentlig drevne sykehjem (9)	Privat drevne sykehjem (7)
Revisjonsområder				
Mottak av beboere	1	0	1	0
Munnhelse	2	3	3	2
Internkontroll	3	2	5	4
<b>Totalt</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>6</b>

Kilde: Helsestaten (2016a)

Innenfor munnhelse fant de at det er mangel på rutiner, eller at rutiner eksisterer, men ikke etterleves eller er kjent. Ved flere tilfeller var journalføringen mangelfull, og det kan virke som at praksisen for journalføring er tilfeldig eller at oppfatningen av hvordan det skal gjøres ikke er enstemmig. Hvert sykehjem skal ha en tannhelsekontakt, men i 8 av 10 tilfeller visste ikke sykehjemmet hva som var tannhelsekontaktens konkrete rolle og dens oppgave og funksjoner. Funn gjort på området internkontroll underbygger disse funnene. Et av funnene gjort innenfor internkontroll var i forbindelse med rapportering av avvik. Det fantes ingen felles forståelse for hva som ble ansett som avvik, flere informanter meldte få avvik fordi de ikke fikk noen tilbakemeldinger på avvikene og at de ikke ble brukt til forbedringsarbeid. Informantene mente også at ledelsen ikke kunne gjøre noe med det, og at de derfor ikke så meningen med å rapportere avvikene.

Vi ser at de ansatte ikke har en klar enighet om hva som ble ansett som avvik. Her kan det være et tilfelle av både for mye og for lite informasjon. Hvis de ansatte mottar for mye informasjon vil de kunne la være å forholde seg til informasjonen, og la den vente til noen andre krever at den blir tatt stilling til. Med for lite informasjon vil ikke de ansatte ha nok kunnskap om hva som forventes av de i ulike situasjoner, hva som er rutinene og standardene som skal etterleves ved de ulike tilfellene. Her vil riktig mengde informasjon og at informasjonen blir ansett som viktig avgjørende for om de ansatte gjør det de skal. Da kan implementering av mål i den daglige kommunikasjonen, gjøre strategier allmenn kjente og ha en god leder-medarbeiderutveksling være gode tiltak for å oppnå dette.



## 3 Hypoteser

Vi vil i dette kapittelet kort oppsummere det viktigste fra litteraturgjennomgangen før vi gjør rede for hypotesene vi vil undersøke ved hjelp av spørreundersøkelsen, deretter vil vi illustrere med figurer hvordan vi forventer at de uavhengige og avhengige variablene i undersøkelsen henger sammen.

Oppgaven vår vil ha en samfunnsmessig betydning, da vi forsker på et tema som er dagsaktuelt og byr på mange problemer. Oslo kommune er i dag den kommunen i landet som har lengst erfaring med konkurranseutsetting av sykehjem og også de som har størst andel private kommersielle drivere. Når sykehjem blir konkurranseutsatt medfører dette økt grad av kontroll. Forankret i lov og forskrifter, og gjennom avtaler med driverne av sykehjemmene gjør med sykehjemsetaten settes det krav til kvalitet. En av forskriftene som definerer kvaliteten til tjenestene er forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren (§1, 2016). «Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves.» «Kvalitetsforbedring er en kontinuerlig prosess for å identifisere svikt eller forbedringsområder, teste ut tiltak og justere til resultatet blir som ønsket og forbedringen vedvarer. Prosessen innebærer å dokumentere at man faktisk har et problem, identifisere årsaker, teste ut mulige løsninger i liten skala og implementere tiltak som viser seg å være effektive.» (Helsedirektoratet, 2017, s 2). Dette ønsker vi å bidra med i vår oppgave.

### 3.1 Forskningsspørsmål 1

Kari Ingstad (2010) gjorde interessante funn relatert til mestringsstrategier. Et helsevesen inspirert av NPM medfører mer stress, mindre tilstedeværende ledelse og begrensede ressurser. Taktikken til de ansatte delte seg i to om de påtok seg en ekstrarolleatferd, eller innfant seg med situasjonen og gjorde det beste ut av den. Flere studier har funnet en positiv sammenheng mellom leder-medarbeiderutveksling og de ansattes ekstrarolleatferd og indre motivasjon.

LMX7 er en serie på syv spørsmål stilt sammen for å måle leder- medarbeiderutvekslingen (LMX) i en organisasjon (Graen & Uhl-bien, 1995). Forholdet mellom lederen og hver ansatt

er dyadisk, lederen må forholde seg til sine medarbeidere enkeltvis, og som følge av det vil utvekslingen med hver enkelt medarbeider være forskjellig. Kvaliteten på utvekslingen vil ha virkning på medarbeiderens tilfredshet, som igjen påvirker ytelse, trofasthet og kvalitet på arbeidet. LMX er velbrukt i forskningen, og kan anvendes i ulike organisasjoner. Leder-medarbeiderutveksling vil være svært relevant på de fleste arbeidsplasser. Forskning viser at høy leder- medarbeiderutveksling gir ansatte som er indre motiverte, utøver ekstrarolleatferd og har lavere turnoverintensjon (Meng, et. al., 2017; Gerstner & Day, 1997; Harris et. al., 2007; Kim et. al., 2010). Dette er noe enhver arbeidsplass burde etterstrebe og vår forskning vil derfor være et bidrag også utenfor helsesektoren. I det første forskningsspørsmålet ønsker vi å se om funnene tidligere forskere har gjort når de har funnet korrelasjon mellom LMX og indre motivasjon, ekstrarolleatferd og turnoverintensjon også gjelder for sykehjem.

### **I hvilke grad påvirker leder- medarbeiderutveksling motivasjonsfaktorer hos de ansatte ved sykehjem?**

Meng et.al (2017) finner at det er en positiv sammenheng mellom leder-medarbeiderutveksling og de ansattes indre motivasjon. Ilies et. al. (2007) finner i en metaanalyse av leder-medarbeiderutveksling gjort på 50 uavhengige utvalg viser at når leder-medarbeiderutveksling øker, øker ekstrarolleatferd hos de ansatte. Gerstner & Day (1997) fant i en metaanalyse at økt leder-medarbeiderutveksling førte til lavere turnoverintensjon. Dette er sammenhenger vi ønsker å undersøke om også er tilstede hos respondentene vi har undersøkt. Vi foreslår derfor følgende tre hypoteser:

*H1: Det er en positiv sammenheng mellom leder-medarbeiderutveksling og de ansattes indre motivasjon.*

Figur 4: Hypotese 1



*H2: Det er en positiv sammenheng mellom leder-medarbeiderutveksling og de ansattes ekstrarolleatferd.*

Figur 5: Hypotese 2



*H3: Det er en negativ sammenheng mellom leder-medarbeiderutveksling og de ansattes turnoverintensjon.*

Figur 6: Hypotese 3



## 3.2 Forskningsspørsmål 2

Vi ønsker også å undersøke om leder-medarbeiderutveksling henger sammen med kjennskapen de ansatte har til rutinene ved sykehjemmet. Som vi så fra den siste revisjonsrapporten for sykehjemmene i Oslo kommune fant de at det var store hull i kjennskapen de ansatte hadde til rutinene eller at det ikke eksisterte en rutine for internkontroll, mottak av pasienter og munnhelse. Dette er funn vi tror også gjelder de øvrige objektive kvalitetsindikatorne. Her fremkommer det at mange av informantene ikke rapporterte om avvik da de ikke fikk noen tilbakemelding om avvikene som ble rapportert og at de ikke opplevde at de rapporterte avvikene ble tatt til etterretning. Vi så at mål og strategi kan virke motiverende for de ansatte. Meng et.al (2017) finner at det er en positiv sammenheng mellom leder-medarbeiderutveksling og de ansattes indre motivasjon. Dette kan tyde på at der leder-medarbeiderutvekslingen er lav er de ansatte lite motiverte for å følge rutinene. Dette vil igjen føre til at det på sikt vil være lav kjennskap til rutiner.

Vi har også sett at hyppig vertikal kommunikasjon i organisasjonen bedrer ytelsesevne, som kan påvirke de ansattes kjennskap til rutiner (Rapert, 2002). Kuvaas og Dysvik (2012b) fant en positiv sammenheng mellom opplevd lederstøtte og organisatoriske resultater. På bakgrunn av dette stiller vi følgende forskningsspørsmål:

### **I hvilken grad kan leder- medarbeiderutveksling forklare de ansattes kjennskap til sykehjemmets rutiner?**

Vi har undersøkt tannhelse og infeksjoner. Dette fordi tannhelse var den objektive kvalitetsindikatoren som revisjonsrapporten fra 2016 undersøkte og infeksjoner fordi det er en kvalitetsindikator med stor risiko for alvorlig sykdom og dødelighet for beboerne på sykehjem (Nilsen, 2009). Vi fremsetter derfor følgende hypoteser:

*H4: Det er en positiv sammenheng mellom leder-medarbeiderutveksling og de ansattes kjennskap til innholdet i sykehjemmets rutiner for tannhelse.*

*H5: Det er en positiv sammenheng mellom leder-medarbeiderutveksling og de ansattes kjennskap til innholdet i sykehjemmets rutiner for infeksjoner.*

Figur 7: Hypotese 4 og 5



### **3.3 Forskningsspørsmål 3**

Vi ønsker å se om kjennskapen til rutinene blant de ansatte har en sammenheng med scoren sykehjemmet får på de objektive kvalitetsindikatorene. Vi stilte på bakgrunn av dette vårt tredje forskningsspørsmål.

**Er det en sammenheng mellom de ansattes kjennskap til rutinene og sykehjemmenes score på de objektive kvalitetsindikatorene?**

Å øke kjennskap til rutiner kan brukes som en strategi for å nå målet om bedre score på de objektive kvalitetsindikatorene Sykehjemmene er opptatt av godt omdømme og legitimitet i omgivelsene. God score på de objektive kvalitetsindikatorene kan være en legitimitetsfaktor for omgivelsene. Dette kan være incentiver nok til at sykehjemmene, som agent for kommunen som prinsipal, vektlegger rutinene rundt de objektive kvalitetsindikatorene. Her er det hull i eksisterende forskning som vi med vårt bidrag ønsker å tette. I revisjonsrapporten for sykehjem fra 2016 antydes det at kjennskapen til rutiner blant de ansatte for tannhelse er mangelfull ved flere sykehjem enn bare de som ble revidert. Vi ønsker å undersøke om det er noen sammenheng mellom hvilken kjennskap de ansatte selv oppfatter at de har om rutinene og scoren sykehjemmet får på de objektive kvalitetsindikatorene.

*H6: Det er en negativ sammenheng mellom de ansattes kjennskap til innholdet i sykehjemmets rutiner for tannhelse og sykehjemmets score på den objektive kvalitetsindikatoren; andel med dårlig tannhelse.*

*H7: Det er en negativ sammenheng mellom de ansattes kjennskap til innholdet i sykehjemmets rutiner for infeksjoner og sykehjemmets score på den objektive kvalitetsindikatoren; andel infeksjoner.*

Figur 8: Hypotese 6 og 7



For å undersøke hypotesene vi har framsatt i dette kapitlet har vi samlet inn data fra ansatte ved sykehjem i Oslo kommune og benyttet oss av Oslo kommunes egne tall for de objektive kvalitetsindikatorene tannhelse og infeksjoner. Hvordan datainnsamlingen praktisk har foregått er presentert nærmere i kapittel 4, hvordan vi har analysert datamaterialet er presentert i kapittel 5 og en diskusjon av hvordan våre funn er sammenlignet med andres er diskutert i kapittel 6. I kapittel 6 ser vi også på begrensningene ved metoden vi har benyttet. I kapittel 7 er det en oppsummering før kommer vi med forslag til fremtidig forskning og diskutere hvilke implikasjoner våre funn har for den daglige driften av sykehjem, og også overføringsverdien dette kan ha til andre typer av organisasjoner.

## 4 Metode

Vi vil i denne delen av vår masteroppgave gjøre rede for metoden vi har brukt når vi skulle teste hypotesene våre. Vi vil begynne med en redegjørelse for valg av forskningsstrategi og vårt valg av design. Vi har gjennomført en spørreskjemaundersøkelse sendt ut til ansatte ved sykehjem i Oslo kommune. Hvordan vi har utarbeidet spørreskjemaet og datainnhentingene blir presentert. Resultatene fra denne undersøkelsen har vi sjekket opp mot de objektive kvalitetsindikatorerne for sykehjem samlet inn av Oslo kommune gjennom en korrelasjonsbasert studie. Vi har konstruert constructs basert på prinsippal-komponentanalyse av dataene samlet inn via spørreundersøkelsen og ved hjelp av analyse av korrelasjonsmatriser og trinnvis multipl regresjon har vi undersøkt hypotesene fremsatte i kapittel 3. Vi diskuterer hvilke ulike etiske utfordringer som har blitt reist i forbindelse med oppgaven. Og til slutt ser vi på aspekter ved validitet og reliabilitet som er viktige for oppgaven.

Vi kan skille mellom to forskningsstrategier, en kvantitativ basert på talldata og en kvalitativ forskningsstrategi basert på tekstdata (Ringdal 2013, 24). I vår oppgave bruker vi kvantitativ metode. Fordelen med å benytte en kvantitativ tilnærming når vi undersøker dette er at vi senere vil kunne generalisere funnene vi gjør til hele populasjonen dersom vi har et tilstrekkelig stort nok sannsynlighetsutvalg. Og det er også ulempen med denne metoden, at vi må få nok respondenter til å ha et stort nok utvalg slik at vi kan generalisere funnen vi gjør og vite at de er gyldige også for populasjonen og ikke bare utvalget vi har undersøkt.

### 4.1 Litteratursøk

For å komme frem til forskningsspørsmålene presentert i kapittel 1 begynte vi prosessen med å se på eksisterende litteratur på området. Vi hadde kurs i litteratursøk med bibliotekar i forbindelse med det ene metodefaget vi hadde på masterutdannelsen. Her ble det vektlagt viktigheten av å være strukturert og ha en plan når man søker etter litteratur. Vi lagde derfor en liste med aktuelle søkeord som vi kunne bruke. For å finne frem til denne litteraturen har vi benyttet databasene Oria og Google Scholar. Vi brukte emneord som kvalitet, sykehjem, konkurranseutsetting, LMX, rutiner, strategi, mål, kvalitetsindikatorer, ekstrarolleatferd, turnoverintensjon, motivasjon, foretaksstrategi, hver for seg eller i kombinasjon, først på norsk, deretter på engelsk. Utfra litteraturen vi fant etter første runde med søk benyttet vi

kildehenvisningene i litteraturen til å søke etter aktuelle artikler med forfatter og dato, f.eks. Kuvaas 2009. Vi har også blitt henvist til en rekke kilder av vår veileder. Vi har i søken etter relevant litteratur vært kritiske. Vi har gått tilbake til primærkilden, dobbeltsjekket data og stilt spørsmål når vi har funnet noe overraskende.

## 4.2 Primærdata

Siden det ikke foreligger sekundærdata for å belyse de uavhengige variablene i problemstillingen vår må vi hente inn primærdata. Vi undersøkte hypotesen framsatt i forrige kapittel gjennom data samlet inn ved en spørreundersøkelse sendt til helsepersonell som arbeider ved sykehjem i Oslo. Den store fordelen med å samle inn egen data er at man kan skreddersy data etter problemstillingen som man prøver å belyse. Da kan man samle inn data om akkurat de variablene man er interessert i, og slipper å være begrenset til de variablene som ligger i datasettet. Ulempen er at det er mer ressurskrevende å gjennomføre enn å bruke allerede eksisterende data.

Vi har begrenset tid på oss til å gjennomføre masteroppgaven vår og det finnes ikke foreliggende data på området vi ønsker å undersøke. Derfor vil vi benytte oss av en tverrsnittsundersøkelse for å besvare problemstillingen vår. Typisk for tverrsnittsundersøkelsen er en spørreundersøkelse basert på et stort representativt utvalg utført i et begrenset tidsrom der hver respondent spørres bare én gang. Fordelen med en tverrsnittsundersøkelse er at man ikke trenger å gjenta undersøkelsen flere ganger over flere år. Ulempen er det kun er egnet til å gi ett øyeblikksbilde og ikke kan benyttes til å gjøre slutninger om prosesser som utfolder seg i tid. (Ringdal, 2013, 147). Vi vil ikke kunne finne årsaksforklaringer siden vi kun vil få data fra et tidspunkt, men vi kan få antydninger om sammenhenger, eventuelle korrelasjoner mellom de ulike driftsformene eller de som gjør det dårlig og bra på kvalitetsindikatorene. Korrelasjoner er med andre ord ikke en garanti for at det er årsakssammenhenger, men kan være indikasjoner på det.

Vi valgte å samle inn dataene våre ved hjelp av et digitalt selvutfyllingsskjema. Dette er både kostnadsbesparelsen og tidsbesparelsen for oss som forskere. Dersom vi skulle samlet inn nok data til å ha ett representativt utvalg for populasjonen ville det med besøks- og telefonintervju tatt flere måneder med arbeid. Det naturlige valget ble derfor ett digitalt selvutfyllingsskjema. På den måten kunne vi nå ut til hele populasjonen raskt og enkelt ved bare å sende dem en

lenke over e-post. Ulempen med dette er selvsagt at man får større frafall enn ved intervju, og man mister kontroll muligheter ved at man ikke kan oppklare eventuelle misforståelser (Ringdal, 2013, s. 199). Vi har forsøkt å unngå denne problematikken ved å pre-teste spørreskjemaet vårt på sykepleiestudenter.

#### **4.2.1 Pre-testing**

Før vi sendte ut spørreskjemaet til respondentene pre-testet vi det på sykepleiestudenter. Dette ble gjort for å luke ut eventuelle feil i spørsmålstilling, feil eller lite dekkende svaralternativer, hvor lang tid respondentene brukte på å gjennomføre spørreundersøkelsen og om spørreundersøkelsen opplevdes som «for lang». Det ble her opplyst at undersøkelsen var anonym, svarene de avga ikke var relevante for den senere undersøkelsen og at svarene dermed ikke ville bli publisert, men kun brukt for å forbedre den endelige spørreundersøkelsen. Vedlagt oppgaven ligger informasjonsbrevet og spørreskjemaet disse studentene mottok (vedlegg 1).

Denne pre-testingen ble gjort på to måter. Først møtte vi opp fellesområdet i bygg P32 på campus til Høgskolen i Oslo og Akershus mandag 27. Februar 2017 for å rekruttere respondenter. Her fikk vi samlet inn 20 svar på undersøkelsen. Deretter sendte vi ut en spørreundersøkelse via en link til bekjente som enten jobber som sykepleiere eller studerer for å bli sykepleiere og har vært ute i praksis. Vi ba også disse om å dele linken videre i klassene sine. Etter dette mottok vi mellom 27. og 2. Februar ytterligere 35 svar. Utfra dette fikk vi en del tilbakemeldinger på hvordan vi kunne forbedre svaralternativer, spørsmål som kanskje var overflødig og et anslag på hvor lang tid det tok å gjennomføre undersøkelsen. Av de 35 som svarte på pre-testen, var det bare 3 som svarte at undersøkelsen var «for lang». De resterende svarte at den var «passe lang». Derfor følte vi ikke at vi trengte å endre noen nevneverdig på antall variabler vi hadde inkludert i spørreskjemaet.

Utfra tilbakemeldingene vi fikk under pre-testingen og samtaler med vår veileder gjorde vi deretter noen endringer på spørreskjemaet (se vedlegg 1 og 2 for endringene vi gjorde mellom spørreskjemaet som ble sendt ut til sykepleiestudentene og det endelige spørreskjemaet). Vi forbedret også informasjonsskrivet i begynnelsen av spørreskjemaet for at respondentene skulle være sikre oppgaven var godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) som er personvernombud for forskning ved Høgskolen i Oslo og Akershus og at de skulle være sikret



anonymitet ved deltakelse (Se vedlegg 3 for informasjonsskrivet respondentene fikk tilsendt og vedlegg 4 for kvittering med klarering av prosjektet fra NSD).

#### **4.2.2 Spørreskjemaet**

Spørreskjemaet bestod av fire deler. Først en generell del som inneholdt spørsmål for å avdekke bakgrunnsinformasjon om respondentene. Del to var med for å avdekke de ansattes kunnskap om og opplevelse av kvalitetsindikatorerne i Oslo kommune. Del tre bestod av spørsmål for å avdekke leder-medarbeiderutveksling (LMX 7), i tillegg har vi her med noen andre spørsmål for å avdekke arbeidsinnsats, indre motivasjon, ekstrarolleatferd, intensjon om å slutte og noen tilleggs spørsmål. Del fire bestod av spørsmål satt sammen fra spørreskjemaet QPS-Nordic, disse var med for å undersøke om det er for mye å gjøre på arbeidsplassen i forhold til tilgjengelige ressurser, om det er fastsatt klare forventninger til arbeidet og om de ansatte bruker forskjellige mestringsstrategier i sin arbeids hverdag. Det mest kjente spørsmålsformatet som benyttes i summerte skaler er Likert-formatet. Formatet består av påstander som skal gis en vurdering av enighet eller uenighet (Ringdal, 2009, s.348). I de delene av vårt spørreskjema som omfatter kunnskaps- og holdningsspørsmål har vi benyttet oss av en femtrinns Likert-skala med svarkategoriene «1. I svært liten grad, 2. Liten grad, 3. I noen grad, 4. I stor grad og 5. I svært stor grad» og «1. Veldig sjelden eller aldri, 2. Nokså sjelden, 3. Av og til, 4. Nokså ofte og 5. Veldig ofte eller alltid». På noen spørsmål benyttet vi også en sjettede svarkategori «Vet ikke/ikke relevant». Disse kategoriene og den femtrinns Likert-skalaen ble benyttet fordi de instrumentene vi hentet flere av spørsmålene fra hadde disse svarkategoriene, og det gjør det mulig å sammenligne funnene i vår studie funnene i andre studier som har stilt tilsvarende spørsmål. Det endelige spørreskjemaet som ble sendt ut til de ansatte ved sykehjemmene står i Vedlegg 2.

#### **Del 1: Generell informasjon om respondentene**

Her har vi med en rekke generelle spørsmål for at vi senere skal kunne dele respondentene inn i gjensidig utelukkende grupper (eller kategorier) (nominalnivå). Vi spør først om respondentene jobber ved flere sykehjem, før vi gir beskjed om å svare utfra det sykehjemmet der de arbeider mest. Deretter følger et spørsmål om de jobber ved et offentlig-, privat kommersielt- eller privat ideelt drevet sykehjem. Etter at respondentene har svart på dette spørsmålet kommer det opp ett spørsmål om hvilket sykehjem de arbeider ved, utfra hvilken kategori de valgte på forrige spørsmål. På denne måten sikrer vi oss mot en feilkilde ved at

dersom respondentene krysser av feil sykehjem, vil de allikevel ha svart at de arbeider ved et sykehjem med samme driftsform som det de egentlig skulle svare. Så kommer et spørsmål om kjønn. Etter dette følger det spørsmål om alder, lengde på utdanning og ansiennitet ved sykehjemmet. På disse spørsmålene kunne vi istedenfor ferdige svarkategorier valgt å ha felt der man skrev inn tall og fått variabelen på forholdstallsnivå, men dette ville gjort at respondentene mindre anonyme, så for å opprettholde anonymiteten til respondentene har vi her valgt ferdig oppsatte svarkategorier på ordinalnivå. Deretter følger det spørsmål om respondentene arbeider hel- eller deltid, er fast eller midlertidig ansatte og hva slags turnus de har. På disse spørsmålene er svaralternativene på nominalnivå. De neste spørsmålene er om normal arbeidstid per uke og hvor mange timer overtid respondentene normalt må ha i en arbeidsuke. Her har vi valgt at respondentene kan skrive inn et tall mellom 0 og 99 som svar og vi kan selv sette om kategorier i ettertid på forholdstallsnivå. Til slutt i denne delen har vi spørsmål om respondentene har personalansvar og om de har hatt medarbeidersamtale det siste året. Begge disse er ja/nei spørsmål og er derfor på ordinalnivå.

## **Del 2: Rutiner vedrørende de objektive kvalitetsindikatorne**

I denne delen av undersøkelsen har vi med fire spørsmål om hver av de objektive kvalitetsindikatorne i Oslo kommunes kvalitetssikringssystem; tannhelse, fall, infeksjon, trykksår og ernæring. Her er svaralternativene en femtrinns Likert-skala (ordinalnivå) fra «I svært liten grad» til «I svært stor grad» og et sjette svaralternativ «Vet ikke/Ikke relevant». Spørsmålene er med for å forsøke å avdekke om arbeidsplassen har rutiner rundt forebygging, behandling, kontroll og rapportering av de ulike indikatorne, om de ansatte har kjennskap til rutinene, om de etterleves i arbeidet og om de ansatte opplever at de har ressurser nok til å minimere problemene de medfører.

## **Del 3: Forholdet leder-medarbeider (LMX 7), motivasjon og arbeidsinnsats**

Den første delen av denne kategorien er hentet fra spørreskjemaet LMX 7 som er et validert instrument (Graen & Uhl-Bien, 1995). Det er også blitt oversatt til norsk og validert for norske forhold (Furunes et al., 2007). Det søker å avdekke faktorer i leder-medarbeider-utvekslinger, nærmere bestemt relasjonen til nærmeste leder. Vi har også med noen spørsmål for å avdekke arbeidsinnsats, indre motivasjon, ekstrarolleatferd og intensjon om å slutte samt noen tilleggsspørsmål. Alle teamene for disse dimensjonene er interessante for problemstillingene våre og kan være mulige kilder til kvalitetsforskjeller blant sykehjemmene. Det er faktorer vi mener det er sannsynlig vil bli trukket ut når vi gjennomfører en prinsipal-

komponentanalyse, en statistisk metode for å trekke ut komponenter og identifisere underliggende dimensjoner. Disse constructene er validert i ulike studier og constructenes interne konsistens målt ved Cronbachs alfa for de ulike var: for LMX7 (0.91-0.92) (Furunes et al., 2007) (0.8-0.9)(Graen & Uhl-Bien, 1995), ekstrarolleatferd (0.85) (Lepine & Van Dyne, 1998) og turnoverintensjon (0.92) (Kuvaas 2006), arbeidsinnsats (0.90) og indre motivasjon (0.88) (Kuvaas, 2008). I denne delen av undersøkelsen er det også med spørsmål om relasjonen til kolleger, som er viktige spørsmål for gruppen vi utarbeidet spørreskjemaet sammen med. Disse spørsmålene er ikke så relevant for vår studie.

#### **Del 4: Din arbeidshverdag og utførelsen av arbeidet (QPS- Nordic)**

Denne delen av spørreskjemaet er hentet fra QPS-Nordic. Vi har i vår oppgave valgt å ikke bruke spørsmålene hentet fra QPS- Nordic. I denne delen av oppgaven er det også med spørsmål om arbeidsbelastning og rutiner som gruppen vi leverer sammen med har laget selv. Disse spørsmålene er ikke så relevant for vår studie, men det var med et spørsmål om «Hvis du kunne forbedret en ting med din arbeidshverdag eller arbeidsmiljø, hva ville du ha endret?». Her var det en del interessante kommentarer som kan supplere våre funn med kvalitative data.

#### **4.2.3 Populasjon og respondenter**

Vi ønsker å undersøke hva som er grunnen til at det er kvalitetsforskjeller mellom sykehjem i Oslo kommune. Vår hypotes er at det er en sammenheng mellom kjennskapen til rutiner og at forskjeller i leder-medarbeiderutveksling påvirker dette. Populasjonen som vi ønsker å undersøke vil derfor være alle som er ansatte ved sykehjem i Oslo kommune. Målet vårt har vært å sende ut undersøkelsen til hele populasjonen. Vi forsøkte å kontakte alle driverne av sykehjem i Oslo kommune, men da det er en rekke små aktører og mange ikke har e-postadressen til de ansatte har det vært vanskelig å få distribuert undersøkelsen ut til de ansatte. Vi har fått med respondenter fra de tre største private kommersielle aktørene, den største private ideelle aktøren og de fleste sykehjemmene kommunen drifter selv.

Vi lagde kopier av den digitale spørreundersøkelsen og informasjonsskrivet til undersøkelsen. Hver enkelt av driverne fikk tilsendt en unik lenke til hver sin undersøkelse nummerert fra 1-6. På den måten kunne vi ha kontroll på hvor mange respondenter vi mottok fra hver enkelt driver. Da hadde vi også kontroll på hvem som hadde distribuert ut lenken de fikk tilsendt og

hvem som enda ikke hadde gjort det. Det ideelle her hadde vært om vi selv fikk tilgang til e-postlister for de ansatte og kunne sende ut spørreundersøkelsen og eventuelle purringer selv direkte til de ansatte. Da hadde vi hatt kontroll over hvor mange som har fått tilsendt undersøkelsen og vi kunne også sendt ut purringer til kun de respondentene som ikke hadde svart. Dette viste seg i midlertid å være vanskelig å få til i praksis da mange ikke hadde fullstendige e-postlister til de ansatte eller ikke hadde tillatelse til å utlevere de ansattes e-post adresser på grunn av personvern. Som sagt var målet vårt å sende undersøkelsen til hele populasjonen, men det var ikke praktisk mulig å gjennomføre. Sykehjemmene som var med i undersøkelsen distribuerte den ut til alle avdelingssykepleiere, sykepleiere og helsefagarbeidere/ hjelpepleiere som hadde registrert e-post adresse.

Tabell 7: Svarprosent for de ulike driverne av sykehjem i Oslo

<b>Driver</b>	<b>Tilsendt undersøkelse</b>	<b>Svar</b>	<b>Svarprosent</b>
Sykehjemsetaten	785	49	6,3 %
Aleris	192	34	17,7 %
Attendo	154	8	5,2 %
Unicare	319	5	1,6 %
Grefsenhjemmet	200	29	14,5 %
Kirkens bymisjon	34	7	20,6 %
Ikke oppgitt	-	4	-
<b>Totalt</b>	<b>1684</b>	<b>136</b>	<b>8,1 %</b>

I tabell 7 er det en oversikt over hvilke aktører respondentene som har vært med i spørreundersøkelsen arbeider for, hvor mange som har fått tilsendt undersøkelsen og andel som har svart. Vi ser at svarprosenten totalt er på 8,1 % som er veldig lavt. Dersom vi ser bort fra svarene vi mottok hos Unicare og Attendo er den fortsatt lav, men stiger til 10,2 %. En lav svarprosent er problematisk av flere grunner som diskuteres nærmere i kapittel 6.

## 4.3 Sekundærdata

Sekundærdata er data som allerede eksisterer og som er skapt for andre formål enn ens egen studie. Vi vil benytte oss av Oslo kommunes egne rapporter om objektive kvalitetsindikatorer som de benytter til å sammenligne hvordan de ulike sykehjemmene scorer på kvalitet. Dette blir en form for sekundærdata for vår studie i og med at dataene allerede foreligger og vi selv slipper å samle de inn. Oslo kommune har som vi så i kapittel 2 fem områder hvor de benytter seg av objektive kvalitetsindikatorer. Vi har valgt å undersøke kvalitetsindikatorerne for tannhelse og infeksjoner. For begge disse kvalitetsindikatorerne er det positivt med en lav score, færre pasienter med dårlig munnhygiene og mindre andel av pasientene med infeksjoner. Vi har benyttet oss av de objektive kvalitetsindikatorerne fra uke 19 i 2016 (Oslo kommune, 2016). Disse vil vi benytte som avhengige variabler i vår analyse. Vi har benyttet kun én variabel innen for hvert område når vi har analysert dataene:

Tabell 8: Objektive kvalitetsindikatorer benyttet som avhengige variabler

<b>Tannhelse</b>	Andel beboere med dårlig munnhygiene
<b>Infeksjoner</b>	Andel infeksjoner

## 4.4 Statistisk analyse

Vi vil her presentere nærmere de ulike statistiske tilnærmingene som har blitt brukt for å analysere datamaterialet vi samlet inn ved hjelp av spørreundersøkelsen og de objektive kvalitetsindikatorer ene for sykehjemmene hentet fra Oslo kommune.

### 4.4.1 Deskriptiv statistikk

Deskriptiv statistikk ble brukt for å gi en oppsummering av informasjonen vi har om utvalget, samt generelt om datamaterialet som fremkom. Den hjelper oss med å beskrive datamaterialet. Vi har presentert utvalget vårt gjennom krysstabeller. Deretter har vi analysert sentraltendens og manglende data i datasettet basert på analyse av gjennomsnitt (mean), modus, median, standardavvik (SD) og missinganalyse for variablene i SPSS. I en ideell verden ville dataene våre være normalfordelte. Det er hovedsakelig to måter fordelingen kan avvike fra normalfordeling; mangel på symmetri (skjevhet) og spissitet (kurtose) (Field 2009, s. 18-19). I normalfordeling er verdiene for skjevhet og kurtose 0. Dersom verdiene avviker fra dette indikerer det at de ikke er normalfordelte, men er verdiene er under +/- 1 er de

relativt normalfordelte. Vi ønsker å se på hvor tyngdepunktet eller sentraltendensen i fordelingen ligger, og hva som er det typiske svaret for hver variabel. De tre vanligste målene som blir brukt er gjennomsnitt, modus og median (Field, 2009, s.18-23).

#### **4.4.2 Prinsipal-komponent analyse**

Innen samfunnsvitenskapelige fag måler man ofte begreper som ikke er direkte målbare, såkalte latente variabler. Faktoranalyse og prinsipal-komponent analyse (PCA) er teknikker for å identifisere grupper eller klynger av variabler som henger sammen (Field, 2009, s. 628). I våre analyser var hovedmålet å lage spørreundersøkelse som kunne måle disse underliggende variablene. Dette oppnår vi med å finne variabler som korrelerer høyt med variabler innad i sin klynge og lavt med variabler utenfor klyngen. Disse er også kjent som faktorer eller komponenter. Faktoranalyse og prinsipal-komponent analyse skiller seg fra hverandre ved at faktoranalyse er basert på analyse av de ulike faktorenes felles varians, mens PCA er basert på analyse av all varians i de observerte variablene (Tabachnick og Fidell 2014, 662). Ved å redusere datasettet fra variabler som henger sammen til et mindre sett med komponenter oppnår man med prinsipal-komponent analyse å forklare størst mulig felles varians i matrisen med færrest mulig «forklaringsvariabler» (Field, 2009, s. 629).

For å teste hypotesene våre brukte vi SPSS 24.0. Det første vi gjorde var å utføre eksplorerende prinsipal komponent analyse (PCA) med varimax rotasjon på variablene i undersøkelsen vi ønsket å analysere nærmere. Varimax rotasjon forenkler fortolkningen av resultatene av PCA, da den minimerer antall variabler som har høye ladninger på komponentene. (Field, 2009, s. 644). Vi splittet denne analysen opp i to deler. (1) for variablene vi hadde konstruert for å avdekke rutinene rundt de objektive kvalitetsindikatorerne, (2) for variablene om LMX7, indre motivasjon, ekstrarolleatferd og turnoverintensjon

#### **KMO og Bartletts test**

Kaiser–Meyer–Olkin measure of sampling adequacy (KMO) er et mål på om utvalget er stort nok til å fange opp de underliggende komponentene i datasettet. KMO kan ha verdi mellom 0 og 1. En score nær 0 indikerer at prinsipal-komponentanalyse ikke har noe for seg, og en score nær 1 indikerer det motsatte. KMO større enn 0,5 er knapt akseptable, og for verdier under dette bør man samle inn mer data, eller tenke over hvilke variabler som skal være med (Kaiser, 1974). Verdier mellom 0,5 og 0,7 klassifiseres som middelmådige, verdier mellom

0,7 og 0,8 er god, verdier mellom 0,8 og 0,9 er veldig gode og verdier over 0,9 er utmerkede (Hutcheson & Sofroniou, 1999). Bartlett's test tester om alle korrelasjonskoeffisientene til de inkluderte variablene er nær null. Siden vi i PCA ser etter klynger med variabler som måler det samme betyr dette at dersom Bartlett's test er signifikant er korrelasjonene i matrisen signifikant større enn null.

### **Kaisers kriterium og scree plot**

Vi benyttet to metoder for å beslutte hvor mange komponenter vi skulle beholde. Den ene kalles Kaisers kriterium. Her beholder man alle komponenter med egenverdi større enn 1 (Field, 2009, s. 640). Den andre metoden for å velge ut antall komponenter er på bakgrunn av et scree plot, eller skreddiagram på norsk. Da plotter man inn egenverdien til komponentene på Y-aksen og nummeret på komponentene langs X-aksen. Her skal man beholde alle komponentene før skredet flater ut. Med et utvalg på 200 eller flere respondenter, er skreddiagram et ganske pålitelig kriterium for valg av antall komponenter (Stevens, 2002). Vi har kun 135 respondenter, men vi har benyttet scree plot som en indikasjon på om Kaisers kriterium stemmer. Valget av antall komponenter bør også forankres i en teoretisk mening om hvor mange komponenter som det gir mening å finne (Ringdal, 2009, s. 352).

### **4.4.3 Korrelasjonsanalyse**

En korrelasjonsanalyse benyttes som mål på hvilken grad variabler varierer sammen eller ikke. I våre korrelasjonsanalyser har vi brukt Pearsons R. Dette er det vanligste korrelasjonsmålet og angir den lineære sammenhengen mellom to variabler.

Korrelasjonskoeffisienten kan variere mellom +/-1. Dersom korrelasjonskoeffisienten er positiv varier variablene i samme retning som hverandre. Dersom den er negativ varier de motsatt av hverandre (Field, 2009, s.179).

### **4.4.4 Regresjonsanalyse**

En regresjonsanalyse er en metode hvor man forsøker å forklare variansen i en avhengig variabel ved hjelp av en enkelt eller flere uavhengige variabler. For å besvare forskningsspørsmålene våre har vi benyttet enkel regresjonsanalyse, altså en uavhengig og en avhengig variabel. Når man rapporterer funn i enkel regresjonsanalyse er statistisk signifikans det sentrale aspekt man må ta hensyn til. I vår studiet har vi gjennomgående benyttet et signifikansnivå på 95%. Først og fremst må F-testen til modellen være signifikant. Dersom

den er det er det en god modell for sammenhengen vi ønsker å forklare (Field, 2009, s. 207). Deretter må p-verdien til den ustandardisert beta være mindre en 0,05 eller så forkastes den alternative hypotesen og null hypotesen beholdes. Dersom p-verdien er mindre en 0,05 kan man konkludere med at sammenhengen er statistisk signifikant på 95%-nivå og beholde alternativ hypotesen.

## 4.5 Etske betraktninger

Det er fire hovedpunkter man må ta hensyn til når man driver forskning på mennesker. De som deltar må være beskyttet mot fysiske og psykiske skader, de må delta frivillig og få tilstrekkelig informasjon og gi sitt samtykke til deltakelsen. Man må overholde konfidensialitet og respektere privatlivets fred, og dersom man behandler persondata må man få konsesjon, noe som er meldepliktig (Ringdal 2013, 454).

I vår undersøkelse vil det ikke være noen risiko for fysiske skader, men det vil kunne være en liten risiko for psykiske skader dersom vi stiller spørsmål om sensitive temaer. Det at vi har pre-testet spørreundersøkelsen på en annen gruppe helsearbeidere før vi sendte ut undersøkelsen gjorde at vi hadde muligheten til å fange opp slike elementer og var ett beskyttende ledd før vi sendte den ut til respondentene. Når vi har vært i kontakt med institusjoner for å avtale utsending av spørreundersøkelsen og finne respondenter har det vært naturlig å gi dem informasjon om forskningsprosjektet og i hvilken sammenheng det gjennomføres. Det var også naturlig å gjenta dette i informasjonsbrevet som lå først i spørreskjemaet når de skulle gjennomføre undersøkelsen (se vedlegg 3 for informasjons-skrivet respondentene fikk tilsendt). Det var da viktig å understreke at deltakelsen er frivillig og at man når som helst vil ha anledning til å trekke seg fra undersøkelsen.

Slik vi gjennomførte vår spørreundersøkelse var intervjuobjektene anonyme, men vi har beholdt opplysninger som kan gjøre respondentene indirekte identifiserbare. Dette gjorde prosjektet meldepliktig til NSD. (Se vedlegg 5 for meldeskjemaet vi leverte). Det var derfor viktig å stille spørsmål om for eksempel alder, ikke med eksakt fødselsdato, men heller intervaller av år. Slik vil man kunne minske problemet med indirekte identifisering. Vi informerte også om at det var frivillig å delta i undersøkelsen, og at respondentene når som helst kunne trekke seg fra undersøkelsen før de hadde levert det besvarte spørreskjemaet. Vi har kun benyttet dataene vi har samlet inn gjennom spørreundersøkelsen til de statistiske analysene vi har presentert i oppgaven og svarene i fritekst i spørsmål 13 er blitt brukt for å



underbygge poeng i oppgaven. Dette ble også opplyst om i informasjonsbrevet som ble lagt ved undersøkelsen. Det er også viktig å bemerke at selv om vi har samarbeidet med ulike aktører for å få tilgang til respondenter, vil de på ingen måte få tilgang på rådataene som ligger til grunn for de statistiske analysene, men kun de ferdige analyserte dataene, der persondata ble presentert på gjennomsnittsnivå. Vi benyttet oss også av relativt vide kategorier på spørsmålene som omhandlet respondentenes bakgrunn. Dette var også for å opprettholde anonymitet, og redusere faren for at respondentene kunne være indirekte identifiserbare gjennom å slå sammen flere av variablene.

## 4.6 Metodekritikk

Innenfor kvantitativ forskningstilnærming er vurdering av reliabilitet og validitet sentrale når en skal vurdere forskningen. Disse begrepene dekker begge målefeil, men det skilles mellom tilfeldige og systematiske målefeil. Reliabilitet, eller pålitelighet, går på om gjentatte målinger med samme måleinstrument gir samme resultat. Validitet, eller gyldighet, går på om en faktisk måler det en vil måle (Ringdal 2013, s. 96).

### 4.6.1 Validitet

Validitet eller gyldighet er om man måler det man faktisk vil måle. Det vil kunne være systematiske målefeil eller «bias» som skaper validitetsproblemer (Ringdal 2013, s. 358) Det skilles mellom ulike former for validitet. Vi skal her se nærmere på ytre og indre validitet. Ytre validitet handler om i hvilken grad våre forskningsresultater kan generaliseres til andre relevante settinger eller forskningssituasjoner. Indre validitet handler om hvorvidt den operasjonelle definisjonen er i overensstemmelse med de teoretiske begrepene som brukes i problemstillingen. Det at vi har basert undersøkelsen vår på validerte instrumenter som LMX 7 gjør at vi med større sannsynlighet oppnår en høy indre og ytre validitet. At vi har testet ut spørreskjemaet på sykepleiestudenter, som er en tilnærmet lik gruppe når det kommer til etnisitet, språklig forståelse og utdanning som respondentene vi skal undersøke, gjør at problemer med feiltolkning av spørsmål eller systematiske frafall burde minke, og redusere de systematiske målefeilene og gir høy indre validitet siden vi har fått bedre kontroll over mulige bias.

En spørreundersøkelse kan fort få bias gjennom at kun de som har interesse for temaet velger å svare på spørreundersøkelsen. Det er ofte en fare da at man får polariserte svar. De som er

mest fornøyd eller misfornøyd får utløp for sin begeistring eller frustrasjon. Vi ser på ekstrarolleatferd i forskningen vår. Men det kan også her være en fare for bias. Det kan være sannsynlig at de ansatte som påtar seg en ekstrarolleatferd er de som også velger å svare på undersøkelsen. Da vil vi få overrepresenterte svar fra den gruppen ansatte, som kan gjøre dataen skjevfordelt i forhold til realiteten.

#### **4.6.2 Reliabilitet**

Reliabilitet, også kalt pålitelighet, går ut på at man ved gjentatte målinger med samme måleinstrument oppnår det samme resultatet (Ringdal 2013, s. 97). Den første er basert på allmenn kildekritikk. Det er viktig at spørsmålene i undersøkelsen er stilt på en nøytral måte og ikke er ledende. Det at spørsmålene våre er testet på sykepleiestudenter gjør at vi sikrer kan si at spørsmålene er stilt på en nøytral måte. Dersom det hadde vært ledende spørsmål ville dette mest sannsynlig blitt fanget opp her da vi ba om tilbakemeldinger på om det var noe galt med svaralternativer eller spørsmål. Vi kan selvsagt ikke være helt sikre på dette. På grunn av at vi har begrenset med tid til å gjennomføre masteroppgaven vår har vi ikke anledning til å teste test-retest reliabilitet for spørsmålene vi har laget selv. Hovedproblemet her er at dersom det går for kort tid, så er det urimelig å forvente at utvalget vil svare på det samme spørreskjemaet igjen, og hvis det har gått for lang tid, vil man ha kunnet fått reelle endringer hos utvalget, eller utskiftning, slik at utvalget er annerledes. Men vi kan teste de spørsmålene vi har hentet fra andre studier opp mot hva de har funnet. Dette gjør vi i kapittel 6 for de variablene vi har som er sammenlignbare. Vi har fått målt den interne konsistensen mellom variablene i komponentene med Cronbach's alpha ( $\alpha$ ). En indeks må ha  $\alpha$  over 0,7 for at den skal ha god intern konsistens (Ringdal, 2009, s.358). Cronbach's alpha for komponentene vi brukte i analysene var høy. Kjennskap til rutiner for tannhelse (0,87), kjennskap til rutiner for infeksjoner (0,87), leder-medarbeiderutveksling (0,93), indre motivasjon (0,89), ekstrarolleatferd (0,91) og turnoverintensjon (0,83).

## 5 Resultater

I dette kapittelet vil vi gå gjennom de statistiske analysene vi har brukt for å undersøke dataene vi har samlet inn. Vi vil først foreta en analyse av utvalget vårt ved hjelp av krysstabeller og undersøke svarene vi har mottatt med deskriptiv statistikk. Deretter har vi gjennomført en prinsippal komponentanalyse for å identifisere komponenter, underliggende dimensjoner i datasettet. Disse komponentene har vi under søkt ved hjelp av multippel regresjonsanalyse. Vi avslutter med en oppsummering av hvilken betydning disse statistiske analysene vil ha for hypotesene vi framsatte i kapittel 3.

### 5.1 Beskrivelse av utvalget

Vi har valgt å beskrive utvalget i undersøkelsen vår ved hjelp av krysstabeller. Vi vet blant annet at helse- og omsorgssektoren tradisjonelt er et kvinnedominert yrke. Dette er tendenser vi også finner i vårt tall materiale, 111 av respondentene er kvinner og 22 er menn, 3 har ikke besvart spørsmålet

Tabell 9: Krysstabeller kjønn mot alder og tilsetningsform

	Mann	Kvinne	Total
Under 25 år	1	13	14
25-35 år	5	30	35
36-45 år	5	19	24
46-55 år	7	24	31
Over 55 år	4	25	29
<b>Total</b>	22	111	133

	Mann	Kvinne	Total
Tilkallingsvikar	2	10	12
Deltid	3	29	32
Heltid	17	63	80
<b>Total</b>	22	102	124

Av de totalt 136 respondenter som svarte på våre spørsmål/vår spørreskjemaundersøkelse var flest kvinner i alderen 25-35 år. Av mennene var det flest som var mellom 46 og 55 år. Det er også på det rene at en større andel kvinner arbeider deltid enn menn. Av 22 menn jobber 17 heltid, mens 3 jobber deltid og 2 som tilkallingsvikarer. Av kvinnene jobbet 63 av 102 heltid, mens 29 jobbet deltid og 10 som tilkallingsvikarer. Dette gir menn som jobber heltid en prosent på 77,3%, mens 61,7% av kvinnene jobber deltid. Kvinnene som jobber deltid sperrer seg jevnt i alder, men andelen blir noe større desto yngre respondentene oppgir at de er.

Tabell 10: Krysstabell kjønn mot utdanningslengde

	Mann	Kvinne	Total
Grunnskole	0	7	7
Videregående skole eller yrkesskole	7	35	42
Høgskole eller universitet	12	56	68
Høyere universitetsgrad	3	13	16
<b>Total</b>	22	111	133

Det er 16 kvinner av totalt 111 svarte og 3 menn av totalt 22 svarte som oppgir at de har høyere universitetsutdannelse på over 17 år. Den største andelen svarte at de hadde utdannelse fra høyskole eller universitet mellom 14-17 år. Av disse var det 12 menn og 56 kvinner. Over halvparten av menn og kvinner opplyser da at de har denne lengden på utdannelsen. Fordelingen er ganske lik mellom kjønnene. Utdanningslengde lenger en 17 år indikerer, mer enn fem års høyere høyskole- eller universitetsutdannelse. Utdannelseslengde mellom 14 og 17 år har en høyskole eller universitetsutdannelse mellom ett til fire år.

Tabell 11: Krysstabell utdannelse - type driver

	Offentlig	Kommersielle	Ideelle	Total
Grunnskole	1	4	2	7
Videregående skole eller yrkesskole	19	14	10	43
Høgskole eller universitet	27	24	19	70
Høyere universitetsgrad	3	8	5	16
<b>Total</b>	50	50	36	136

50 respondenter svarer at de jobber ved kommunale sykehjem. Like mange svarer at de jobber ved private kommersielle. 36 ved private ideelle. Av de 50 kommunale respondentene var det 3 med utdannelse lenger enn 17 år, mens det var 8 på de private kommersielle. De private ideelle har 5 respondenter som svarte dette. Ut fra dette ser vi at de private ideelle har størst andel med lengst utdannelse ut fra antall respondenter. De private kommersielle har 5 flere enn de kommunale på like mange respondenter.

## 5.2 Deskriptiv statistikk

Deskriptiv statistikk ble brukt for å gi en oppsummering av informasjonen vi har om utvalget, samt generelt om datamaterialet som fremkom, og gir en beskrivelse av datamaterialet. Vi har sett på gjennomsnitt (mean), modus, median, standardavvik (SD), skjevhet (skewness) og kurtose (kurtosis) for variablene. I en ideell verden ville dataene våre være normalfordelte.

Det er hovedsakelig to måter fordelingen kan avvike fra normalfordeling; mangel på symmetri (skjevhet) og spissitet (kurtose) (Field 2009, s. 18-19). Vi ønsker også å se på sentraltendensen for hver variabel. De tre vanligste målene som blir brukt er gjennomsnitt, modus og median (Field, 2009, s.18-23).

### 5.2.1 Objektive kvalitetsindikatorer

Vi begynner med å se på deskriptiv statistikk for de objektive kvalitetsindikatorerne, tabell 12. Vi ser at alle dataene for skjevhet og kurtose er innenfor normalen bortsett fra kurtose verdien for fall. Denne er allikevel ikke veldig høy og vi har valgt å beholde indikatorene uendret da de er relativt normalfordelte. Helseetaten fant i sin kvalitetsrapport for 2016 at gjennomsnittet på kvalitetsindikatoren vi har valgt å benytte i vår analyse fordelte seg slik totalt for alle sykehjem; tannhelse (25-27 %), fall (24-32 %), infeksjoner (6-7 %), trykksår (7 %) og ernæring (42-43 %) (Helseetaten, 2016b). Dersom vi sammenligner dette med vårt utvalg ser vi at gjennomsnitt hos våre respondenter er enten rett under, over eller på gjennomsnittet. Dette antyder at sykehjemmene og respondentene vi har med i undersøkelsen også kan være representativ for hele populasjonen av sykehjem i Oslo.

Tabell 12: Sentraltendens, SD, skjevhet og kurtose for kvalitetsindikatorer

	Mean	Median	Mode	SD	Skewness	Kurtosis
Tannhelse	24,27	25	13	13,449	0,602	-0,537
Fall	28,88	20	18	15,983	0,454	-1,154
Infeksjoner	7,60	6	4	3,772	0,582	-0,712
Trykksår	6,80	6	3	4,037	0,903	0,564
Ernæring	41,70	40	22	18,755	0,477	-0,892

I tabell 13 har vi sammenlignet sykehjemmene vi har respondenter fra med gjennomsnittet for sykehjem i Oslo oppgitt av Helseetaten (Helseetaten 2016b). Sykehjem som gjør det dårligere enn gjennomsnittet er markert med rødt, sykehjem som gjør det bedre enn gjennomsnittet er markert med grønt, sykehjem som gjør det like bra som gjennomsnittet er markert med gult. Vi ser utfra tabell 13 at vi har fått et variert utvalg med tanke på lokalisering og den målte kvaliteten på tjenesten hvis man bruker de objektive kvalitetsindikatorerne.

Tabell 13: Sykehjemmenes score sammenlignet med gjennomsnitt

Driver	Sykehjem	Bydel	Munnhygiene	Infeksjoner
Gjennomsnitt	Alle sykehjem	-	0,25-0,27	0,06-0,07
	Utvalg	-	0,243	0,076
Sykehjemsetaten	Furusethjemmet	Alna	0,50	0,10
	Kingosgate bo- og rehabiliteringssenter	Sagene	0,14	0,05
	Langerud sykehjem	Østensjø	0,29	0,06
	Lillohjemmet	Nordre Aker	0,25	0,11
	Majorstutunet bo- og behandlingssenter	Frogner	0,29	0,14
	Midtåsenhjemmet	Nordstrand	0,26	0,06
	Nordseterhjemmet	Nordstrand	0,06	0,06
	Silurveien sykehjem	Ullern	0,34	0,05
	Vindern bo- og servicesenter	Vestre Aker	0,53	0,08
	Økernhjemmet	Bjerke	0,36	0,02
Aleris	Kantarellen bo- og rehabiliteringssenter	Søndre Nordstrand	0,26	0,10
	Lambertseter alders- og sykehjem	Nordstrand	0,09	0,14
	Uranienborghjemmet	Frogner	0,25	0,08
Attendo	Paulus sykehjem	Grünerløkka	0,13	0,05
	Romsås sykehjem	Grorud	0,24	0,08
	Rødtvet sykehjem	Grorud	0,26	0,13
Unicare	Fagerborghjemmet	Frogner	0,41	0,04
	Hovseterhjemmet	Vestre Aker	0,31	0,04
	Manglerudhjemmet	Østensjø	0,12	0,08
	Smestadhjemmet	Ullern	0,34	0,18
Kirkens bymisjon	Bekkelagshjemmet	Nordstrand	0,38	0,06
Stiftelse	Grefsenhjemmet	Nordre Aker	0,13	0,04

Kilde: Helseetaten (2016b)

### 5.2.3 Motivasjonsfaktorer

Deskriptive variablene for motivasjonsfaktorene vi har målt er gitt på matriseform med femtrinns Likert-skala hvor 1 er i svært liten grad og 5 er i svært stor grad. Vi har presentert mål på sentraltendens, standardavviket og manglende data for disse variablene i tabell 14. Spørsmål 6.1-6.7 er for å avdekke leder-medarbeiderutveksling, spørsmål 7.1-7.3 skal avdekke arbeidsinnsats, spørsmål 7.4-7.6 skal identifisere indre motivasjon, spørsmål 7.7-7.10 er for ekstrarolleatferd og 7.11-7.13 skal avdekke de ansattes turnoverintensjon.

Tabell 14: Manglende data, sentraltendens og standardfeil for motivasjonsfaktorer

	N	Missing	%	Mean	Median	Mode	SD
6.1. Vet du vanligvis hvor tilfreds din nærmeste leder er med arbeidet du utfører?	136	0	0,0 %	3,38	4	4	1,161
6.2. Hvor godt forstår din nærmeste leder problem og behov du støter på i arbeidet?	135	1	0,7 %	3,64	4	4	0,997
6.3. Hvor godt kjenner din nærmeste leder din kapasitet og dine evner?	136	0	0,0 %	3,62	4	4	1,019
6.4. I hvilken grad ville din nærmeste leder bruke sin innflytelse for å hjelpe deg med vansker i ditt arbeid?	136	0	0,0 %	3,65	4	4	0,977
6.5. I hvilken grad ville din nærmeste leder stille opp for deg hvis det gikk på hans/hennes egen bekostning?	135	1	0,7 %	3,23	3	4	1,203
6.6. Jeg har så mye tillit til min nærmeste leder at jeg vil forsvare hans/hennes avgjørelser når han/hun ikke er tilstede	134	2	1,5 %	3,67	4	4	0,995
6.7. Jeg og min nærmeste leder samarbeider effektivt	132	4	3,0 %	3,75	4	4	0,999
7.1. Jeg forsøker å jobbe så hardt som overhodet mulig	134	2	1,5 %	4,22	4	4	0,679
7.2. Jeg er svært opptatt av å gjøre en innsats i jobben min	136	0	0,0 %	4,40	4	4	0,612
7.3. Jeg legger ofte inn ekstra innsats i jobben min	133	3	2,3 %	4,15	4	4	0,774
7.4. Mine arbeidsoppgaver er i seg selv en viktig drivkraft i jobben min	135	1	0,7 %	4,21	4	4	0,692
7.5. Det er gøy å jobbe med de arbeidsoppgavene jeg har	133	3	2,3 %	3,85	4	4	0,857
7.6. Jobben min er så interessant at den i seg selv er sterkt motiverende	134	2	1,5 %	3,81	4	4	0,922
7.7. Jeg påtar meg ofte oppgaver uoppfordret	132	4	3,0 %	3,83	4	4	0,895
7.8. Jeg hjelper ofte andre i min gruppe med oppgaver som egentlig er deres eget ansvar	135	1	0,7 %	3,87	4	4	0,809
7.9. Jeg bistår ofte gruppen min selv om det strengt tatt ikke er en del av jobben min	132	4	3,0 %	3,80	4	4	0,824
7.10. Jeg involverer meg for at gruppen skal ha det best mulig	131	5	3,8 %	4,02	4	4	0,718
7.11. Jeg tenker ofte på å slutte i min nåværende jobb	131	5	3,8 %	2,26	2	1	1,238
7.12. Jeg kan komme til å slutte i min nåværende jobb i løpet av året	133	3	2,3 %	2,17	2	1	1,452
7.13. Jeg vil sannsynligvis lete aktivt etter ny jobb det neste året	130	6	4,6 %	2,18	1	1	1,477

Den deskriptive analysen for spørsmål 6.1-7.13 er det ikke mye manglende data. Vi ser at sentraltendensen ligger høyt bortsett fra på spørsmålene 7.11-7.13 som omhandler turnoverintensjon hos de ansatte. Dette er fordi skalaene her ikke er snudd. Dette vil si at en høy score viser ansatte med høy turnoverintensjon, altså at de vil slutte i jobben, mens en lav score indikerer at de vil bli i jobben. Dette er som ventet. Standardavviket er også noe større på disse spørsmålene og spørsmål 6.1 og 6.5. Dette indikerer at det er større spredning i svarene på disse spørsmålene enn ellers.

## 5.2.2 Rutiner

Videre kan vi se på hvordan dataene fordelte seg på spørsmålene vi hadde laget om rutinene rundt de objektive kvalitetsindikatorene, tabell 15.

Tabell 15: Manglende data, sentraltendens og standardfeil for rutiner

	N	Missing	%	Mean	Median	Mode	SD
1.1. Har arbeidsplassen rutiner for forebygging, behandling, kontroll og rapportering relatert til tannhelse?	123	13	<b>10,6 %</b>	4	4	4	0,941
1.2. Kjenner du til innholdet i rutinene? (Tannhelse)	119	17	<b>14,3 %</b>	3,79	4	4	1,032
1.3. Etterlevs denne rutinen? (Tannhelse)	108	28	<b>25,9 %</b>	3,76	4	4	0,994
1.4. Føler du at arbeidsplassen har ressurser nok til å minimere problemer relatert til tannhelse?	120	16	<b>13,3 %</b>	3,55	4	3	1,011
2.1. Har arbeidsplassen rutiner for forebygging, behandling, kontroll og rapportering av fall?	132	4	3,0 %	4,35	4	5	0,699
2.2. Kjenner du til innholdet i rutinene? (Fall)	130	6	4,6 %	4,28	4	5	0,845
2.3. Etterlevs denne rutinen? (Fall)	127	9	<b>7,1 %</b>	4,09	4	4	0,845
2.4. Føler du at arbeidsplassen har ressurser til å minimere antall fall?	131	5	3,8 %	3,66	4	4	1,086
3.1. Har arbeidsplassen rutiner for forebygging, behandling, kontroll og rapportering relatert til infeksjon?	123	13	<b>10,6 %</b>	4,22	4	4 <sup>a</sup>	0,784
3.2. Kjenner du til innholdet i rutinene? (Infeksjoner)	120	16	<b>13,3 %</b>	4,05	4	4	0,849
3.3. Etterlevs denne rutinen? (Infeksjoner)	119	17	<b>14,3 %</b>	3,97	4	4	0,901
3.4. Føler du at arbeidsplassen har ressurser nok til å minimere problemer relatert til infeksjoner?	122	14	<b>11,5 %</b>	3,82	4	4	0,996
4.1. Har arbeidsplassen rutiner for forebygging, behandling, kontroll og rapportering av trykksår?	122	14	<b>11,5 %</b>	4,34	4,5	5	0,758
4.2. Kjenner du til innholdet i rutinene? (Trykksår)	122	14	<b>11,5 %</b>	4,27	4	5	0,772
4.3. Etterlevs denne rutinen? (Trykksår)	117	19	<b>16,2 %</b>	4,15	4	5	0,843
4.4. Føler du at arbeidsplassen har ressurser nok til å minimere problemer relatert til trykksår?	121	15	<b>12,4 %</b>	4,03	4	4	0,856
5.1. Har arbeidsplassen rutiner for forebygging, behandling, kontroll og rapportering av ernæring?	129	7	<b>5,4 %</b>	4,32	5	5	0,866
5.2. Kjenner du til innholdet i rutinene? (Ernæring)	127	9	<b>7,1 %</b>	4,24	4	5	0,804
5.3. Etterlevs denne rutinen? (Ernæring)	128	8	<b>6,3 %</b>	4,02	4	4	0,827
5.4. Føler du at arbeidsplassen har ressurser nok til å minimere problemer relatert til ernæring?	128	8	<b>6,3 %</b>	3,94	4	4	0,994



Vi ser at sentraltendensen for samtlige spørsmål er høy med unntak av spørsmål 1.4 om ressurser nok til å minimere problemer relatert til tannhelse. Dette forteller oss at de ansatte har god kjennskap til rutiner, at de etterleves og at de opplever å ha. De fleste spørsmålene har skjevhet og kurtose under 1, noe som gir antydning om normalfordeling. Denne gruppen av spørsmål har størst andel manglende data. Helt opp til 25,9 % i spørsmål 1.3 om rutinen for tannhelse etterleves. For spørsmålene i denne kategorien inkluderte vi et alternativ kalt vet ikke/ ikke relevant. Dette fordi spørsmålene relatert til rutine ikke vil være like relevant i alle stillinger på sykehjemmet. Det kan likevel stilles spørsmål ved de som valgte å bruke dette svaralternativet. Hvis de krysser av for at de ikke vet svaret på spørsmålet, vil det implisitt si at de ikke kjenner til rutinene. Men siden det også kan bety at det ikke er relevant for dem, er ikke dette noe som kan drøftes videre. Vi ser også at sentraltendensen ligger høyt på skalaene. Dette betyr at jevnt over ser det ut til at de ansatte føler de har god kjennskap til rutinene ved sykehjemmet. Vi ser for øvrig at alle spørsmålene som handler om tilgang på ressurser ligger litt lavere enn de resterende spørsmålene for alle de fem kvalitetsindikatorerne.

## 5.3 Prinsipal-komponent analyse

Stevens (2002) anbefaler at man for et utvalg på 100 respondenter bør beholde variabler med komponent score større enn 0.512 og for utvalg på 200 respondenter bør beholde de so mer større enn 0.364. Siden har et relativt lite utvalg på bare 135 respondenter har vi valgt å beholde variabler med 0.5 og høyere score på komponenter den ladet til. og mer en 0.3 differanse til de andre komponentene som ble indentifisert. Komponentladninger som tilfredsstill disse kravene er uthevet med fet skrift i roterte komponentmatrisene. Stevens foreslår å bare tolke variabler med ladning større enn 0.4 (da disse komponentene forklarer 16% av variasjonen i variabelen eller mer). Derfor har vi kun med komponentladninger større enn 0.4 i de roterte komponentmatrisene.

### 5.3.1 Motivasjonsfaktorer

I den første PCA forventet vi å finne fem constructs, LMX7, arbeidsinnsats, indre motivasjon, ekstrarolleatferd og turnoverintensjon. Dette er spørsmål 6.1 – 6.7, samt 7.1 – 7.13 i vårt spørreskjema. KMO var på 0.837 som klassifiseres som veldig god og Bartletts test var signifikant med ( $\chi^2(190) = 1528.2, p < .05$ ).

Tabell 16: Eksplorerende PCA for spørsmål om LMX, etc.

Variabel	Komponent			
	1	2	3	4
6.4. I hvilken grad ville din nærmeste leder bruke sin innflytelse for å hjelpe deg med vansker i ditt arbeid?	<b>0,844</b>			
6.7. Jeg og min nærmeste leder samarbeider effektivt	<b>0,834</b>			
6.2. Hvor godt forstår din nærmeste leder problem og behov du støter på i arbeidet?	<b>0,822</b>			
6.3. Hvor godt kjenner din nærmeste leder din kapasitet og dine evner?	<b>0,796</b>			
6.6. Jeg har så mye tillit til min nærmeste leder at jeg vil forsvare hans/hennes avgjørelser når han/hun ikke er tilstede	<b>0,786</b>			
6.1. Vet du vanligvis hvor tilfreds din nærmeste leder er med arbeidet du utfører?	<b>0,782</b>			
6.5. I hvilken grad ville din nærmeste leder stille opp for deg hvis det gikk på hans/hennes egen bekostning?	<b>0,767</b>			
7.3. Jeg legger ofte inn ekstra innsats i jobben min		<b>0,849</b>		
7.2. Jeg er svært opptatt av å gjøre en innsats i jobben min		<b>0,787</b>		
7.1. Jeg forsøker å jobbe så hardt som overhodet mulig		<b>0,783</b>		
7.6. Jobben min er så interessant at den i seg selv er sterkt motiverende		<b>0,714</b>	-0,422	
7.7. Jeg påtar meg ofte oppgaver uoppfordret		<b>0,71</b>		0,353
7.5. Det er gøy å jobbe med de arbeidsoppgavene jeg har	0,314	<b>0,645</b>	-0,382	
7.4. Mine arbeidsoppgaver er i seg selv en viktig drivkraft i jobben min		<b>0,632</b>		
7.12. Jeg kan komme til å slutte i min nåværende jobb i løpet av året			<b>0,933</b>	
7.13. Jeg vil sannsynligvis lete aktivt etter ny jobb det neste året			<b>0,902</b>	
7.11. Jeg tenker ofte på å slutte i min nåværende jobb			<b>0,88</b>	
7.8. Jeg hjelper ofte andre i min gruppe med oppgaver som egentlig er deres eget ansvar		0,313		<b>0,817</b>
7.9. Jeg bistår ofte gruppen min selv om det strengt tatt ikke er en del av jobben min		0,339		<b>0,802</b>
7.10. Jeg involverer meg for at gruppen skal ha det best mulig				<b>0,703</b>
Eigenverdi	7,03	3,76	2,36	1,17
% av varians	35,2	18,8	11,8	5,8
Cronbach's alpha ( $\alpha$ )	0,93	0,89	0,91	0,83

Analysen av egenverdiene til komponentene viste at fire komponenter hadde egenverdier høyere enn Kaisers kriterium på 1 og at disse til sammen forklarte disse 71.6 % av variansen. Den første komponenten forklarte 35.2 % av variansen, den andre komponenten forklarte 18.8 %, den tredje komponenten forklarte 11.8 % og den fjerde komponenten forklarte 5.8%. Her indikerte scree plotet også at man skulle beholde fire komponenter. Derfor valgte vi å beholde fire komponenter, selv om vi hadde forventet å finne fem. Tabell 16 viser komponentladningene etter rotasjon. Alle de inkluderte variablene ble beholdt med kriteriene vi hadde satt. Utfra den roterte komponentmatrisen over ser vi at spørsmål 6.1 – 6.7 lader på komponent 1. Dette er spørsmålene som skal avdekke leder-medarbeiderutveksling (LMX7) i vårt spørreskjema og er i tråd med det vi forventet å finne, derfor kaller vi denne

komponenten *LMX7*. Vi ser at spørsmålene 7.1 – 7.7 lader på komponent 2. Spørsmål 7.1 – 7.3 skal avdekke arbeidsinnsats, mens spørsmålene 7.4 – 7.6 skal avdekke indre motivasjon. Spørsmål 7.7 er egentlig med i gruppering for ekstrarolleatferd, men den lader også på denne komponenten. I andre studier lader disse to begrepene hver for seg, men de er ofte sterkt korrelerte. Derfor er det ikke unaturlig at disse i får komponentanalyse lader på den samme komponenten. Indre motivasjon er ofte det som forklarer arbeidsinnsats vi kaller denne derfor *Indre motivasjon*. Videre ser vi at spørsmål 7.11 – 7.13 lader på komponent 3. Dette er spørsmål som skal avdekke turnoverintensjon hos respondentene, vi kaller denne derfor *Turnoverintensjon*. Spørsmål 7.8 – 7.10 skal avdekke ekstrarolleatferd. Vi ser at disse tre lader sammen på komponent 4, vi kaller denne derfor *Ekstrarolleatferd*. Alle disse skalaene hadde god reliabilitet, med cronbach's alpha mellom 0,83 og 0,93. Og vi laget fire constructs som vi har brukt i videre analyser, (1) *LMX7*, (2) *Arbeidsinnsats* og *indre motivasjon*, (3) *Turnoverintensjon* og (4) *Ekstrarolleatferd*. I tabell 17 er gjennomsnitt, standardavvik, bivariat korrelasjon, antall variabler i skalaen og cronbach's alpha for alle constructene principal komponent analysene ga oss presentert.

Tabell 17: Oppsummering constructs for motivasjonsfaktorer

Construct	Variabler	N	Mean	SD	Skewness	Kurtosis	$\alpha$
LMX7	6.1 - 6.7	130	3,58	0,87	-0,647	0,149	0,93
Indre motivasjon	7.1 - 7.7	125	4,06	0,60	-0,155	-0,292	0,89
Turnoverintensjon	7.11 - 7.13	129	3,90	0,68	-0,441	1,145	0,91
Ekstrarolleatferd	7.8, 7.9 og 7.10	125	2,18	1,28	0,941	-0,219	0,83

Her er alle variablene relativt normalfordelte med skjevhet og kurtose under +/-1 bortsett fra turnoverintensjon, denne har bare litt for høy kurtose så vi velger å beholde denne komponenten også.

### 5.3.2 Rutiner

Vi gjennomførte så en PCA for de 20 spørsmålene om rutiner ved sykehjemmene. Dette var spørsmålene 1.1 – 5.4 i vårt spørreskjema. KMO var 0.831 som klassifiseres som veldig god. Bartlett's test var signifikant ( $\chi^2(190) = 1610.52$ ,  $p < .05$ ) som indikerte at korrelasjonen mellom variablene var tilfredsstillende for å gjennomføre en PCA.

Tabell 18: Eksplorerende PCA for spørsmål om rutiner

Variabel	Komponent			
	1	2	3	4
2.4. Føler du at arbeidsplassen har ressurser til å minimere antall fall?	<b>0,866</b>			
5.4. Føler du at arbeidsplassen har ressurser nok til å minimere problemer relatert til ernæring?	<b>0,854</b>			
5.3. Etterleves denne rutinen? (Ernæring)	<b>0,766</b>			
3.4. Føler du at arbeidsplassen har ressurser nok til å minimere problemer relatert til infeksjoner?	0,700			0,520
4.4. Føler du at arbeidsplassen har ressurser nok til å minimere problemer relatert til trykksår?	<b>0,685</b>			
2.3. Etterleves denne rutinen? (Fall)	0,676	0,448		
5.1. Har arbeidsplassen rutiner for forebygging, behandling, kontroll og rapportering av ernæring?	0,604	0,443		
1.4. Føler du at arbeidsplassen har ressurser nok til å minimere problemer relatert til tannhelse?	0,598		0,589	
4.3. Etterleves denne rutinen? (Trykksår)	0,581	0,478		
2.2. Kjenner du til innholdet i rutinene? (Fall)			<b>0,809</b>	
5.2. Kjenner du til innholdet i rutinene? (Ernæring)			<b>0,793</b>	
4.2. Kjenner du til innholdet i rutinene? (Trykksår)			<b>0,791</b>	
2.1. Har arbeidsplassen rutiner for forebygging, behandling, kontroll og rapportering av fall?	0,451	0,644		
4.1. Har arbeidsplassen rutiner for forebygging, behandling, kontroll og rapportering av trykksår?		0,557		0,450
1.1. Har arbeidsplassen rutiner for forebygging, behandling, kontroll og rapportering relatert til tannhelse?			<b>0,877</b>	
1.3. Etterleves denne rutinen? (Tannhelse)			<b>0,825</b>	
1.2. Kjenner du til innholdet i rutinene? (Tannhelse)			<b>0,815</b>	
3.1. Har arbeidsplassen rutiner for forebygging, behandling, kontroll og rapportering relatert til infeksjon?				<b>0,771</b>
3.3. Etterleves denne rutinen? (Infeksjoner)	0,486			<b>0,766</b>
3.2. Kjenner du til innholdet i rutinene? (Infeksjoner)				<b>0,744</b>
Eigenverdi	9,72	2,19	1,87	1,24
% av varians	48,6	10,9	9,4	6,2
Cronbach's alpha ( $\alpha$ )	0,90	0,79	0,87	0,87

Vi gjennomførte først en analyse for å finne egenverdiene til komponentene. Fire komponenter hadde egenverdier høyere enn Kaisers kriterium på 1 og til sammen forklarte disse fire komponentene 75 % av variansen. Den første komponenten forklarte 48.6% av variansen, den andre komponenten forklarte 10.9%, den tredje komponenten forklarte 9.4% og fjerde komponenten forklarte 6.2%. Scree plotet indikerte her at man skulle beholde bare en komponent, men med teoretisk forankring i at vi utforsket fire forskjellige aspekter ved de fem objektive kvalitetsindikatorerne, var det gode teoretiske begrunnelser til å se bort fra dette og heller velge 4 komponenter som indikert av Kaisers kriterium. Tabell 18 viser komponentladningene etter rotasjon. Variablene 3.4, 2.3, 5.1, 1.4, 4.3, 2.1 og 4.1 tilfredsstilte ikke kravene vi hadde satt og ble derfor ekskludert fra komponentene. Utfra

komponentmatrisen over ser vi da at spørsmålene 2.4, 5.4, 5.3 og 4.4 lader på komponent 1. Tre av disse variablene undersøkte om de ansatte mente arbeidsplassen hadde nok ressurser til å minimere problemer relatert til fall, trykksår og ernæring, vi velger derfor å kalle denne *K1\_Ressurser*. Spørsmål 2.2, 5.2 og 4.2 lader på komponent 2. Disse variablene undersøkte om de ansatte hadde kjennskap til innholdet i rutinene for håndtering av fall, trykksår og ernæring, vi velger derfor å kalle denne *K2\_Rutiner*. Spørsmål 1.1, 1.2 og 1.3 lader på komponent 3. Disse variablene undersøkte om arbeidsplassen hadde rutiner for å forebygge og behandle tannhelse, om de ansatte kjente innholdet i disse og om rutinen ble etterlevd, vi kaller derfor denne *K3\_Tannhelse*. Til slutt ladet spørsmål 3.1, 3.2 og 3.3 på komponent 4. Disse variablene undersøkte om arbeidsplassen hadde rutiner for å forebygge og behandle infeksjoner, om de ansatte kjente innholdet i disse og om rutinen ble etterlevd, vi kaller derfor denne *K4\_Infeksjoner*. Alle disse komponentene hadde akseptabel reliabilitet, med Cronbachs alfa mellom 0,79 og 0,90. Og vi har laget fire constructs (1) *K1\_Ressurser*, (2) *K2\_Rutiner*, (3) *K3\_Tannhelse* og (4) *K4\_Infeksjoner*.

Tabell 19: Oppsummering constructs for rutiner.

Construct	Variabler	N	Mean	SD	Skewness	Kurtosis	$\alpha$
K1_Ressurser	2.4, 5.4, 5.3 og 4.4	106	3,94	0,80	-0,575	-0,215	0,90
K2_Rutiner	2.2, 5.2 og 4.2	117	4,29	0,67	-0,625	-0,450	0,79
K3_Tannhelse	1.1, 1.2 og 1.3	107	3,90	0,86	-1,242	1,160	0,87
K4_Infeksjoner	3.1, 3.2 og 3.3	116	4,09	0,74	-0,511	-1,262	0,87

En skjevhet og kurtose på 0, er perfekt normalfordelt. Vi ser utfra tabell 10 at komponent *K3\_Tannhelse* har skjevhet på -1,242 og har kurtose på 1,160 og *K4\_Infeksjoner* har en kurtose på -1,262. Negativ skjevhet indikerer mange høye resultater. En skjevhet på +/- 1 gir en god fordeling. Her er ikke skjevheten så langt unna dette, så skjevheten er derfor ikke så stor. Kurtosen burde også være +/-1 for at fordelingen skal være bra. 1,160 og -1,262 er likevel ikke langt unna 1 og vi velger å beholde disse komponentene på tross av at de er litt spissere og flatere en normalfordelte variabler.

## 5.4 Korrelasjonsanalyse

Utfra en korrelasjonsmatrise kan vi få noen indikasjoner på om sammenhengene vi ønsker å utforske med våre overordnede forskningsspørsmål og hypoteser er tilstede i vårt

datamateriale. Vi påpeker at turnoverintensjon har vendt skala. Dette betyr at dersom en variabel korrelerer negativt med turnoverintensjon vil dette være positivt for de andre variablene i modellen da dette betyr at de ansatte vil ha mindre lyst til å slutte i jobben. Av korrelasjonsmatrisen i tabell 20 er signifikante korrelasjoner uthevet med fet skrift. I tillegg er de kategorisert med stjerner utfra hvilke nivå de er signifikante på. \*\* indikerer at korrelasjonen er signifikant på 0.01 nivå (2 halet test) og \* indikerer at korrelasjonen er signifikant på 0.05 nivå (2 halet test).

Tabell 20: Korrelasjonsmatrise for de objektive kvalitetsindikatorene og våre constructs

	Mean	SD	Alpha	1	2	3	4	5	6	7
1 Tannhelse	24,27	13,45	-							
2 Infeksjoner	7,60	3,77	-	0,011						
3 K3_Tannhelse	3,90	0,86	0,87	-0,046	<b>,229*</b>					
4 K4_Infeksjoner	4,09	0,74	0,87	<b>-,195*</b>	0,136	<b>,564**</b>				
5 LMX7	3,58	0,87	0,93	-0,114	<b>,222*</b>	<b>,454**</b>	<b>,338**</b>			
6 IndreMotivasjon	4,07	0,61	0,89	0,003	0,010	<b>,267**</b>	<b>,207*</b>	<b>,370**</b>		
7 Ekstrarolleatferd	3,91	0,68	0,91	0,039	-0,092	0,005	0,162	0,111	<b>,574**</b>	
8 Turnoverintensjon	2,18	1,28	0,83	-0,090	-0,090	<b>-,293**</b>	<b>-,250**</b>	<b>-,369**</b>	<b>-,260**</b>	-0,102

### 5.4.1 Forskningsspørsmål 1

Vi kan se at LMX7 forventes å samvarierer med indre motivasjon (Pearson  $r = .370$ ,  $p < .01$ ) og har en negativ samvariasjon med turnoverintensjon (Pearson  $r = -.369$ ,  $p < .01$ ). Begge disse er statistisk signifikante for konfidensintervall på 99%. Dette styrker dermed hypotese H1 og H2. Korrelasjonen med ekstrarolleatferd er ikke signifikant, dermed er hypotese H3 svekket.

### 5.4.2 Forskningsspørsmål 2

Vi ser at komponenten som forklarer kjennskapen til sykehjemmets rutiner for tannhelse korrelerer positivt med LMX7 (Pearson  $r = .454$ ,  $p < .01$ ). Dermed styrkes hypotesene H4. Komponenten for kjennskap til sykehjemmets rutiner for infeksjoner korrelerer også positivt med LMX7 (Pearson  $r = .338$ ,  $p < .01$ ). Dermed styrkes også hypotesene H5.

### 5.4.3 Forskningsspørsmål 3

Komponenten kjennskap til rutiner om tannhelse korrelerer negativt med den objektive kvalitetsindikatoren for tannhelse, men denne korrelasjonen er veldig svak og ikke signifikant. Dermed svekkes hypotese H6. Kjennskap til rutiner om infeksjoner korrelerer positivt med den objektive kvalitetsindikatoren for infeksjoner, men denne er ikke signifikant. Dette er motsatt retning av hva vi forventet å finne og dermed svekkes hypotese H7.

### 5.4.4 Oppsummering av korrelasjonsanalyse

Under har vi oppsummert korrelasjonene som er interessante for våre hypoteser sammen med p-verdi. Det er også tatt med hvilken antydning dette gir for om vi skal beholde eller forkaste hver enkelt hypotese.

Tabell 21: Oppsummering av funn i regresjonsanalyse

	<b>Regresjons-analyse</b>	<b>Uavhengig variabel</b>	<b>Avhengig variabel</b>	<b>Pearson r</b>	<b>p</b>
<b>H1</b>	Behold	LMX7	Indre motivasjon	0,370	0,000
<b>H2</b>	Forkast	LMX7	Ekstrarolleatferd	0,111	0,218
<b>H3</b>	Behold	LMX7	Turnoverintensjon	-0,369	0,000
<b>H4</b>	Behold	LMX7	Kjennskap til rutiner for tannhelse	0,454	0,000
<b>H5</b>	Behold	LMX7	Kjennskap til rutiner for infeksjoner	0,338	0,000
<b>H6</b>	Forkast	Kjennskap til rutiner for tannhelse	Andel beboere med dårlig munnhygiene	-0,046	0,643
<b>H7</b>	Forkast	Kjennskap til rutiner for infeksjoner	Andel beboere med infeksjoner	0,136	0,150

## 5.5 Regresjonsanalyse

For å teste hypotesene vi presenterte i kapittel 3 ytterligere har vi benyttet oss av SPSS 24 og bivariat regresjonsanalyse. Der det var flere uavhengige variable som vi forventet påvirket den avhengige variabelen har vi undersøkt dette med trinnvis multipl regressjonsanalyse. Vi har testet disse i rekkefølge etter hvordan forskningsspørsmålene og hypotesene ble presentert i kapittel 3.

- (1) I hvilke grad påvirker leder-medarbeiderutveksling motivasjonsfaktorer hos de ansatte ved sykehjem?
- (2) I hvilken grad kan leder- medarbeiderutveksling forklare de ansattes kjennskap til sykehjemmets rutiner?
- (3) Er det en sammenheng mellom de ansattes kjennskap til rutine og sykehjemmenes score på de objektive kvalitetsindikatorene?

### 5.5.1 Forsknings spørsmål 1

Med det første forsknings spørsmålet vårt ønsker vi å undersøke om vi finner lignende funn som studier før oss. Derfor ønsker vi å se om ledermedarbeiderutveksling har en positiv sammenheng med indre motivasjon (H1) og ekstrarolleatferd (H2) og en negativ sammenheng med turnoverintensjon (H3). Utfra korrelasjonsanalysen fant vi antydninger til at H1 og H3 stemte, men H2 var her ikke signifikant. Vi tester alle tre med regresjonsanalyse for å se om dette gir andre resultater..

Tabell 22: Indre motivasjon som avhengig variabel

	R <sup>2</sup>	F [p]	Ustd.		Std.	t	p	CI 95%	
			B	SE B	B			nedre	øvre
(Constant)	0,137	<b>18,70 [0,000]</b>	3,12	0,23		13,890	0,000	2,675	3,565
LMX7			<b>0,27</b>	0,06	0,37	4,324	<b>0,000</b>	0,144	0,387

P-verdien for F-testen er <0,05 og F-testen er derfor statistisk signifikant. Vi styrker dermed hypotese H1 ytterligere da vi finner statistisk signifikant positiv sammenheng mellom ledermedarbeider-utveksling og indre motivasjon (B = .27, p < .001). R<sup>2</sup> er 0,137 som betyr at modellen forklarer 13,7% av variansen i indre motivasjon. Fortolkningen av dette er at når ledermedarbeider-utveksling stiger med en enhet, stiger indre motivasjon med 0,27. Dette betyr at ledermedarbeider-utveksling i stor grad varierer med den indre motivasjonen hos de ansatte og hypotese H1 styrkes.

Tabell 23: Ekstrarolleatferd som avhengig variabel

	R <sup>2</sup>	F [p]	Ustd.		Std.	t	p	CI 95%	
			B	SE B	B			nedre	øvre
(Constant)	0,012	1,53 [0,218]	3,62	0,25		14,792	0,000	3,133	4,101
LMX7			0,08	0,07	0,11	1,237	0,218	-0,050	0,215



Denne modellen holder ikke da F-testen ikke er signifikant med p-verdi = 0,218. Dermed får vi samme konklusjon som i korrelasjonsanalysen og hypotese H2 svekkes ytterligere. Leder-medarbeiderutveksling ser altså ikke ut til å påvirke ekstrarolleatferd hos de ansatte i vårt utvalg.

Tabell 24: Turnoverintensjon som avhengig variabel

	R <sup>2</sup>	F [p]	Ustd.		Std.	t	p	CI 95%	
			B	SE B	β			nedre	øvre
	0,137	<b>18,81 [0,000]</b>							
(Constant)			4,09	0,46		8,935	0,000	3,183	4,996
LMX7			<b>-0,54</b>	0,12	-0,37	-4,337	<b>0,000</b>	-0,784	-0,293

F-testen viser at denne modellen holder og vi kan se at det er en negativ sammenheng mellom LMX7 og turnoverintensjon (B = -.54, p < 0,001). R<sup>2</sup> på 0,137 betyr at modellen forklarer 13,7% av variansen i turnoverintensjon. Dette styrker hypotese H3. Vi kan tolke dette til at dersom leder-medarbeiderutveksling øker med en enhet synker turnoverintensjon med 0,54. Dermed ser det ut til at leder-medarbeiderutveksling varierer negativt med turnoverintensjon.

## 5.5.2 Forsknings spørsmål 2

Med vårt andre forsknings spørsmål ønsker vi å se hvilken sammenheng det er mellom leder-medarbeiderutveksling og kjennskapen de ansatte har til rutinene ved sykehjemmet. Fra prinsippal-komponentanalyse identifiserte vi to komponenter som forklarte kjennskapen til rutinene for hvert sitt område; tannhelse og infeksjoner. Vi vil sjekke om ledermedarbeiderutveksling har noen sammenheng med disse to komponentene i en regresjonsanalyse.

### Kjennskap til innholdet i rutiner for tannhelse som avhengig variabel

Vi så fra korrelasjonsanalysen presentert i tabell 25 at det var en signifikant positiv korrelasjon mellom de ansattes kjennskap til innholdet i sykehjemmets rutiner for tannhelse og leder-medarbeiderutveksling og vi styrket hypotese H4. Vi tester denne sammenhengen i en regresjonsmodell.

Tabell 25: Kjennskap til rutiner for tannhelse som avhengig variabel

	R <sup>2</sup>	F [p]	Ustd.		Std.	t	p	CI 95%	
			B	SE B	β			nedre	øvre
	0,207	<b>26,027 [0,000]</b>							
(Constant)			2,31	0,31		7,350	0,000	1,687	2,934
LMX7			<b>0,43</b>	0,09	0,45	5,102	<b>0,000</b>	0,264	0,600

F-testen for modellen viser at den har signifikant forklaringskraft. Leder-medarbeiderutveksling har en positiv sammenheng med kjennskapen de ansatte har til rutinene for tannhelse ved sykehjemmet ( $B = .43, p < .001$ ).  $R^2$  er 0,207 og viser at 20,7% av variansen i kjennskapen de ansatte har til rutinene for tannhelse ved sykehjemmet er forklart av modellen. Dermed ser det ut til at hypotese H4 holder.

### Kjennskap til innholdet i rutiner for infeksjoner som avhengig variabel

I korrelasjonsanalysen så vi at det var en signifikant positiv sammenheng mellom leder-medarbeiderutveksling og kjennskapen de ansatte har til rutinene for infeksjoner ved sykehjemmet. Det så derfor ut til at H5 holdt.

Vi ønsker å teste denne hypotesen også i en regresjonsmodell. Resultatet av analysen står i tabell 26.

Tabell 26: Kjennskap til rutiner for infeksjoner som avhengig variabel

	$R^2$	F [p]	Ustd.		Std.	t	p	CI 95%	
			B	SE B	B			nedre	øvre
(Constant)	0,114	<b>6,761 [0,000]</b>	3,04	0,29		10,519	0,000	2,465	3,610
LMX7			<b>0,29</b>	0,08	0,34	3,744	<b>0,000</b>	0,136	0,442

Denne modellen holder da F-testen er statistisk signifikant. Vi ser at modellen forklarer 11,4% av variansen i den avhengige variabelen og at leder-medarbeiderutveksling har en positiv sammenheng med kjennskapen de ansatte har til rutinene for infeksjoner ved sykehjemmet ( $B = .29, p < .001$ ). Dermed styrkes antagelsen om at H5 holder.

### 5.5.3 Forskningsspørsmål 3

Fra prinsipal-komponentanalysen identifiserte vi to komponenter som er interessante å se på her. K3\_Tannhelse som målte kjennskapen om rutinene for tannhelse ved sykehjemmet og K4\_Infeksjoner som identifiserte hvor godt de kjente rutinene for infeksjoner ved sykehjemmet. Vi vil derfor sjekke disse to komponentene mot hver sin tilhørende objektive kvalitetsindikator i en regresjonsanalyse.

### Andel beboere med dårlig munnhygiene som avhengig variabel

I korrelasjonsanalysen så vi at det ikke var noen signifikant korrelasjon mellom kjennskapen til rutiner og den objektive kvalitetsindikatoren for tannhelse. Vi gjennomførte en regresjonsanalyse for å undersøke denne sammenhengen nærmere.

Tabell 27: Andel beboere med dårlig munnhygiene som avhengig variabel

	R <sup>2</sup>	F [p]	Ustd.		Std.		CI 95%		
			B	SE B	β	t	p	nedre	øvre
(Constant)	0,002	0,216 [0,643]	26,58	6,06		4,387	0,000	14,557	38,592
Kjennskap til rutiner for tannhelse			-0,71	1,52	-0,05	-0,465	0,643	-3,730	2,313

Vi ser at F-test ikke er signifikant. Dette betyr at det ikke er noen sammenheng mellom komponenten og den objektive kvalitetsindikatoren andel beboere med dårlig munnhygiene.

### Andel beboere med infeksjoner som avhengig variabel

I korrelasjonsanalysen så vi at ikke var noen korrelasjon mellom de ansattes kjennskap til innholdet i sykehjemmets rutiner for infeksjoner og sykehjemmets score på den objektive kvalitetsindikatoren andel infeksjoner. Vi ønsker allikevel å teste denne sammenhengen nærmere med en regresjonsanalyse.

Tabell 28: Andel beboere med dårlig munnhygiene som avhengig variabel

	R <sup>2</sup>	F [p]	Ustd.		Std.		CI 95%		
			B	SE B	β	t	p	nedre	øvre
(Constant)	0,019	2,104 [0,150]	4,91	1,97		2,491	0,014	1,004	8,820
Kjennskap til rutiner for infeksjoner			0,69	0,47	0,14	1,450	0,150	-0,252	1,626

Også for modellen er F-testen ikke signifikant. Det betyr at det heller ikke er noen sammenheng mellom kjennskap til rutinene for infeksjoner og den objektive kvalitetsindikatoren andel beboere med infeksjoner.

Disse regresjonsanalysene sammen med resultatet av korrelasjonsanalysen presentert i tabell 27 og 28 gjør at vi kan forkaste hypotese H6 og H7. Og vi finner ingen sammenhenger mellom de ansattes kjennskap til rutiner og sykehjemmets score på de objektive kvalitetsindikatorerne.

## 5.6 Oppsummering av funn

I tabell 29 har vi oppsummert funnene vi har gjort i korrelasjons- og regresjonsanalysen. Ut fra dette kan vi beholde hypotesene H1, H3, H4 og H5 og forkaste hypotesene H2, H6 og H7. Her har vi også gitt en oppsummering av ustandardisert B og standardisert  $\beta$  fra regresjonsanalysene vi gjennomførte, med tilhørende uavhengige og avhengige variabler.

Tabell 29: Oppsummering av funn i korrelasjons- og regresjonsanalyse

	<b>Korrelasjons-analyse</b>	<b>Regresjons-analyse</b>	<b>Uavhengig variabel</b>	<b>Avhengig variabel</b>	<b>Ustd . B</b>	<b>Std. <math>\beta</math></b>	<b>p</b>
<b>H1</b>	Behold	Behold	LMX7	Indre motivasjon	0,27	0,37	0,000
<b>H2</b>	Forkast	Forkast	LMX7	Ekstrarolleatferd	-	-	-
<b>H3</b>	Behold	Behold	LMX7	Turnoverintensjon	-0,54	-0,37	0,000
<b>H4</b>	Behold	Behold	LMX7	Kjennskap til rutiner for tannhelse	0,43	0,45	0,000
<b>H5</b>	Behold	Behold	LMX7	Kjennskap til rutiner for infeksjoner	0,29	0,34	0,000
<b>H6</b>	Forkast	Forkast	Kjennskap til rutiner for tannhelse	Andel beboere med dårlig munnhygiene	-	-	-
<b>H7</b>	Forkast	Forkast	Kjennskap til rutiner for infeksjoner	Andel beboere med infeksjoner	-	-	-

Vi ser at leder-medarbeiderutveksling har en positiv sammenheng med indre motivasjon, kjennskap til rutiner for tannhelse og kjennskap til rutiner for infeksjoner. Vi ser også at det er en negativ sammenheng med turnoverintensjon. Dette er interessant og vi vil diskutere funnene vi har gjort nærmere i kapittel 6 og sammenligne funnene opp mot tidligere forskning på området.

## 6 Diskusjon

I dette kapitlet diskuterer vi funnene har vi gjort i forrige kapittel lys av teori og tidligere forskning. I denne masteroppgaven undersøker vi om sammenhengen mellom leder-medarbeiderutveksling og indre motivasjon, ekstrarolleatferd og turnoverintensjon også gjelder for sykehjem. Dette undersøkte vi ved å distribuere en spørreundersøkelse til ansatte ved sykehjem i Oslo kommune. Vi baserte undersøkelsen vår på allerede validerte instrumenter og undersøkt om teori om leder-medarbeiderutveksling også har gyldighet i for ansatte ved sykehjem i Oslo kommune. Videre undersøker vi sammenhengen mellom leder-medarbeiderutveksling og de ansattes kjennskap til rutiner for tannhelse og infeksjoner ved sykehjemmene. Vi undersøker også om kjennskap til rutiner blant de ansatte har en sammenheng med scoren sykehjemmene får på de objektive kvalitetsindikatorerne for tannhelse og infeksjoner.

### 6.1 Forskningsspørsmål 1

Vi ville med vårt første forskningsspørsmål undersøke om vi fant de samme tendensene i vårt datamateriale som tidligere studier av leder-medarbeiderutveksling. Vi undersøkte sammenhengen mellom ledere-medarbeiderutveksling og de ansattes indre motivasjon, ekstrarolleatferd og turnoverintensjon. Med bakgrunn i annen forskning på leder-medarbeiderutveksling fremsatte vi følgende hypoteser.

*H1: Det er en positiv sammenheng mellom leder-medarbeiderutveksling og de ansattes indre motivasjon.*

Vi fant støtte for at det var en positiv sammenheng mellom leder-medarbeiderutveksling og de ansattes indre motivasjon ( $\beta = .37, p < .001$ ) (Pearson  $r = .370, p < 0.01$ ). Dersom vi ser på andre studier har de gjort lignende funn. Meng et. al (2017) fant også at LMX var positivt korrelert med indre motivasjon hos de ansatte ( $\beta = .49, p < .001$ ).  $\beta$  i deres studie var enda større. En forklaring på det kan være at vi har et veldig lite utvalg, mens en annen kan være at de har undersøkt lærerassistenter ved universiteter i Kina og at forholdet mellom leder-medarbeiderutveksling og indre motivasjon er forskjellig på tvers av kulturer og yrkesgrupper.

*H2: Det er en positiv sammenheng mellom leder-medarbeiderutveksling og de ansattes ekstrarolleatferd.*

For denne hypotesen fant vi ikke støtte. Dette kan bety at de ansatte vi samlet inn svar fra ikke opplever å få økt ekstrarolleatferd som følge av leder-medarbeiderutveksling. En annen mulighet er at vi rett og slett ikke har målt det begrepet vi har prøvd å måle. Spørsmålene som skulle avdekke ekstrarolleatferd var hentet fra Lepine and Van Dyne (1998) og hadde god intern konsistens i både deres og vår studie. Derfor er det lite sannsynlig at den begrepsmessige validiteten er årsaken. Ilies (2007) har i en metaanalyse av 50 uavhengige utvalg avdekket sammenhenger mellom ekstrarolleatferd og leder-medarbeiderutveksling ( $\beta = .20, p < .01$ ). Kuvaas (2012a) som har delt leder-medarbeiderutveksling i transaksjonell og sosial fant at sosial leder-medarbeiderutveksling er positivt korrelert med ekstrarolleatferd ( $\beta = .26, p < .001$ ), og transaksjonell leder-medarbeiderutveksling negativt korrelert med ekstrarolleatferd ( $\beta = -.22, p < .001$ ). Derfor er den mest sannsynlige grunnen til at vi ikke fant noen sammenheng at utvalget vårt er såpass lite og at vi rett og slett ikke hadde nok data til å fange opp denne sammenhengen.

*H3: Det er en negativ sammenheng mellom leder-medarbeiderutveksling og de ansattes turnoverintensjon.*

Den tredje hypotesen fikk vi støtte for og fant at det var en negativ sammenheng mellom leder-medarbeiderutveksling og turnoverintensjon ( $\beta = -.37, p < .001$ ) (Pearson  $r = -.369, p < .01$ ). Det at andre studier har gjort lignende funn gjør at vi med enda større sikkerhet kan si at denne sammenhengen stemmer. Eisenberger (2002) fant en negativ sammenheng mellom høy opplevd lederstøtte og lav turnoverintensjon. I annet en metaanalyse fant de negativ korrelasjon på  $-.28$  mellom leder-medarbeiderutveksling og turnoverintensjon (Gerstner & Day, 1997). Vi ser at sammenhengen er noe sterkere i vårt datamateriell. Dette kan ha en sammenheng med måten spørreundersøkelsen ble distribuert på. Undersøkelsen ble sendt ut via e-post til respondentene og svarprosenten var lav. Det er da en mulighet at det er de ansatte som engasjerer seg mest i temaet som har besvart undersøkelsen altså de som er mest positive og mest negative. Dermed kan vi ha fått polariserte svar. De som har høy turnoverintensjon og lav leder-medarbeiderutveksling og motsatt, kan ha blitt overrepresentert og effekten sterkere enn i virkeligheten.

## 6.2 Forskningsspørsmål 2

Videre ville vi undersøke om leder-medarbeiderutveksling hadde noen sammenheng med kjennskapen de ansatte har til rutinene for tannhelse og infeksjoner ved sykehjemmet. Kvalitetsindikatoren for tannhelse ble valgt fordi det var denne objektive kvalitetsindikatoren revisjonsrapporten fra 2016 undersøkte og hvor det ble rapportert om store hull i kjennskapen til rutinene om tannhelse ved de reviderte sykehjemmene. Infeksjoner ble valgt fordi det er en kvalitetsindikator med stor risiko for alvorlig sykdom og dødelighet for beboerne på sykehjem (Nilsen, 2009). Vi fremsatte derfor følgende hypoteser om sammenhengene mellom leder-medarbeiderutveksling og kjennskap til rutiner blant de ansatte:

*H4: Det er en positiv sammenheng mellom leder-medarbeiderutveksling og de ansattes kjennskap til innholdet i sykehjemmets rutiner for tannhelse.*

*H5: Det er en positiv sammenheng mellom leder-medarbeiderutveksling og de ansattes kjennskap til innholdet i sykehjemmets rutiner for infeksjoner.*

Vi fant en sammenheng mellom leder-medarbeiderutveksling og de ansattes kjennskap til innholdet i sykehjemmets rutiner for tannhelse ( $B = .43, p < .001$ ). Og mellom leder-medarbeiderutveksling og de ansattes kjennskap til innholdet i sykehjemmets rutiner for infeksjoner ( $B = .29, p < .001$ ). Dermed ser det ut til at det er en positiv sammenheng mellom leder-medarbeiderutveksling og kjennskapen til rutinene ved sykehjemmet.

Dette kan blant annet forklares med kommunikasjonen mellom leder og medarbeidere. Rapert (2002) har funnet at tett vertikal kommunikasjon innenfor bedrifter bidrar til økt ytelsesevne. En respondent svarte på fritekstspørsmålet at den savnet mer og bedre informasjon. En annen uttrykte at den ønsket bedre informasjonsflyt, mens en tredje skrev: «Mer dialog mellom personalet og ledelsen». En ansatt skrev i fritekstspørsmålet at den ønsket mer tilstedeværende ledelse. En annen ønsket bedre kontakt mellom ledelsen og ansatte. En tredje skrev: «leder bør vise større interesse, og anerkjenne vår faglighet på en mye bedre måte». En siste ansatt skrev: «Bedre ledelse slik at ansatte har en bedre arbeidsplass som de trives på, istedenfor at alle klager og er misfornøyde og i dårlig humør fordi de ikke trives. Lytte bedre til de ansatte og at ansatte blir bedre tatt vare på».

Kuvaas og Dysvik (2012) funnet en positiv korrelasjon mellom opplevd lederstøtte og organisatoriske resultater med data fra ca. 550 medarbeidere fra 75 bensinstasjoner. Shanock & Eisenberger (2006) fant en positiv korrelasjon mellom høy opplevd lederstøtte og bedre arbeidsprestasjoner. Kuvaas et. al (2012) fant en negativ korrelasjon mellom transaksjonell leder-medarbeiderutveksling og arbeidsprestasjon ( $\beta = -.27, p < .001$ ) og positiv korrelasjon mellom sosial leder-medarbeiderutveskling og arbeidsprestasjon ( $\beta = .20, p < .001$ ). Høy leder-medarbeiderutveksling vil derfor kunne være en god kilde for at de ansatte skal få bedre kjennskap til rutinene for tannhelse og infeksjoner, da vi antar at arbeidsprestasjoner og kommunikasjon vil være medvirkende for kjennskap til rutiner.

### 6.3 Forskningsspørsmål 3

Med vårt tredje forskningsspørsmål ønsket vi å se om forskjeller i kjennskapen de ansatte hadde til rutinene for tannhelse og infeksjoner hadde noen sammenheng med scoren sykehjemmene fikk på de objektive kvalitetsindikatorene andel beboere med dårlig tannhelse og andel beboere med infeksjoner. Revisjonsrapporten for 2016 antydte at det kunne være en sammenheng mellom hull i kjennskapen for rutiner for tannhelse og høy score på den objektive kvalitetsindikatoren for tannhelse (Helseetaten, 2016a). Vi fremsatte derfor følgende hypoteser for å undersøke dette og om det var en lignende sammenheng for infeksjoner:

*H6: Det er en negativ sammenheng mellom de ansattes kjennskap til innholdet i sykehjemmets rutiner for tannhelse og sykehjemmets score på den objektive kvalitetsindikatoren; andel med dårlig tannhelse.*

*H7: Det er en negativ sammenheng mellom de ansattes kjennskap til innholdet i sykehjemmets rutiner for infeksjoner og sykehjemmets score på den objektive kvalitetsindikatoren; andel infeksjoner.*

Her var hverken korrelasjonskoeffisientene eller regresjonsanalysen statistisk signifikant på 0,05 nivå og vi fant ingen sammenhenger mellom kjennskapen de ansatte hadde til rutinene for tannhelse og infeksjoner og scoren de oppnådde på de objektive kvalitetsindikatorene. Det kan være flere grunner til at vi ikke finner slike sammenhenger. Det kan være at det kun er de mest pliktoppfyllende som har besvart vår undersøkelse, og at utvalget vårt er biased. En annen grunn kan være at slike sammenhenger rett og slett ikke finnes. En tredje grunn kan være at spørsmålene vi stilte for å avdekke kjennskapen til rutiner hos de ansatte var for



generelle, og ikke gikk nok i dybden. Dersom vi for eksempel hadde utført kvalitative intervjuer for å avdekke konkret hvilke rutiner som gjaldt ved sykehjemmene kunne vi stilt mer direkte spørsmål for å avdekke kunnskaps hull hos de ansatte.

## 6.4 Alternative forklaringer

Ringdal (2009) trekker frem to aspekter som kan gi systematiske målefeil; enighetssyndromet og sosial ønskelighet. Enighetssyndromet går ut på at respondentene svarer den samme retning på alle spørsmål uansett meningsinnhold. Dette er spesielt farlig på spørsmål som er veldig like (slik som spørsmålene 1.1 – 5.4) i vårt spørreskjema. Her kan vi ha fått målefeil som følge av en slik effekt. At respondentene for eksempel ikke har oppfattet at spørsmålene omhandlet rutiner for forskjellige forhold, men trodd de svarte på samme spørsmål. Den andre dimensjonen var sosial ønskelighet. Det går ut på at respondentene vil vri svarene i retning av det de oppfatter er sosialt ønskelig. Det er klart at det som er sosialt ønskelig for de ansatte er å ha god kjennskap til rutinene ved sykehjemmet. Derfor er også dette en mulig feilkilde. Vi kan ha stilt spørsmålene på en ledende måte som har ført til at de fleste respondentene har svart det som er sosialt ønskelig og at vi dermed ikke har fanget om det reelle nivået av kjennskap til rutiner.

Svarprosenten for oppgaven var lav. Vi hadde et mål om å få inn 300 respondenter som er antall respondenter man bør ha for å finne alle relevante komponenter i en prinsipp-komponentanalyse (Field, 2009, s. 641). Dette lot seg ikke gjøre, og etter mange purrerunder måtte vi si oss fornøyd med 135 svar. Med så få respondenter er det vanskelig å skulle generalisere funnene vi måtte gjøre. Slik datasettet er nå har vi kun mulighet til å trekke konklusjoner om det utvalget vi har forsket på, men det kan likevel gi indikasjoner til hva som gjelder på generell basis. Det kan være mange grunner til at svarprosenten ble lav. For det første ble undersøkelsen delt ut rett etter påskeferie, noe som ikke er ideelt. Vi begynte å få dårlig tid med å innhente svar, og så derfor ingen annen mulighet enn å sende det ut snarest etter påske da godkjenningen fra NSD forelå. En annen grunn til lav svarprosent kan være at spørreundersøkelsen måtte gjennom mange ledd før den ble sendt ut til respondentene. Vi distribuerte undersøkelsen ved å sende en unik lenke til kontaktpersoner i driftsledelsen ved de ulike foretakene. Denne personen videreformidlet så denne til lederen på hvert sykehjem, som igjen delte den med sine avdelingsledere som til slutt sendte den ut til de ansatte. Dette er en mulig forklaring på bortfall av noen respondenter. Det ideelle hadde vært å få e-postlistene

til de ansatte så vi selv kunne formidle informasjon og å ha direkte mulighet til å sende ut en purring. Når informasjonen skal gjennom så mange ledd er det vanskelig for oss forskere å ha kontroll over hvilken informasjon respondentene fikk. Det er klart at det er større rom for feilkilder og misforståelser når undersøkelsen må sendes gjennom så mange ledd før den når respondentene.

For det tredje satt vi med en oppfatning av at det var stor forskjell mellom hvordan sykehjemmene informerte de ansatte om undersøkelsen. Noen sykehjem informerte om spørreskjemaet på personalmøte og oppfordret til å svare, noen hengte opp informasjon på fellestavle, noen avdelingsledere snakket direkte med de ansatte, mens noen ikke snakket om spørreundersøkelsen i det hele tatt og sendte kun ut e-post med lenke til undersøkelsen. Hvordan sykehjemmene distribuerte undersøkelsen ser ut til å ha hatt stor påvirkning på om respondentene anså det som viktig å svare eller ikke. Vi ble også gjort oppmerksomme på at flere sykehjem sendte ut undersøkelsen til de ansattes jobbmail. Av erfaring vet vi at denne mailen ikke blir sjekket like ofte som en personlig e-postadresse, og at mange respondenter derfor mest sannsynlig ikke har visst om spørreundersøkelsen før svarfristen var ute. For det fjerde ville kanskje svarprosenten blitt høyere ved lenger svarfrist. Pga. innleveringsfristen til masteroppgaven satte vi frist til å svare 14. mai 2017, men holdt den likevel åpent helt til 26. mai 2017. Hadde respondentene hatt lenger svarfrist er det mulig at svarprosenten ville blitt høyere. Av erfaring er det likevel mest vanlig og enten svare med en gang (eller når purringen kommer), eller ikke svare i det hele tatt.

Kvalitet er vanskelig å måle i sykehjem da det kan være forhold eksternt som påvirker hvor godt sykehjemmet gjør det. Oslo Kommune har basert sitt kvalitetsmålingssystem på både subjektive og objektive kvalitetsindikatorer. De objektive kvalitetsindikatorene er valgt blant annet fordi de skal være internt kontrollerbare for sykehjemmene. De skal selv ha mulighet til å påvirke forholdene som blir målt. Likevel kan det være forhold utenfor deres kontroll som er avgjørende. I 2012 kom det en ny samhandlingsreform som skulle forbedre samarbeidet mellom stat og kommune, og pasientflyten mellom sykehus og sykehjem. Dette har blant annet medført at pasienter har blitt raskere skrevet ut fra sykehus og inn på sykehjem. Antall pasienter på sykehjem har da økt, og pasientene er dårligere enn før, og ofte med sammensatte diagnoser (Gautun et al, 2013). Med en sykere pasientgruppe vil tannhelsen kunne være dårligere, lavere immunforsvar gi lettere infeksjoner osv. Dette vil være utenfor sykehjemmets kontroll, men som likevel vil kunne gi uttelling i kvalitetsmålingene.

## 7 Oppsummering og konklusjoner

I denne oppgaven har vi undersøkt sammenhengene mellom leder-medarbeiderutveksling og andre motivasjonsfaktorer og kjennskap til rutiner for tannhelse og infeksjoner ved sykehjemmet hos de ansatte og hvordan dette kan påvirke de objektive kvalitetsindikatorerne. Dette undersøkte vi ved å sende ut en spørreundersøkelse til ansatte ved sykehjem i Oslo kommune.

### 7.1 Forskningsspørsmål 1

Vi baserte undersøkelsen vår på allerede validerte instrumenter og undersøkt om teori om leder-medarbeiderutveksling også har gyldighet for ansatte ved sykehjem i Oslo kommune. Vi finner at leder-medarbeiderutveksling har en positiv sammenheng med indre motivasjon hos de ansatte og en negativ sammenheng med turnoverintensjon. Dermed kunne vi beholde hypotese *H1* og *H3*. Dette stemmer godt overens med annen litteratur om leder-medarbeiderutveksling (Meng et. al, 2017, Gerstner & Day, 1997). Vi fant ingen sammenheng mellom leder-medarbeiderutveksling og ekstrarolleatferd. Dette kan tyde på at de ansatte som gjør en ekstra innsats utover det som forventes av dem ikke er påvirket av leder-medarbeiderutveksling, men kan også være et resultat av at vi har et for lite utvalg til å fange opp en sammenheng. På bakgrunn av dette kunne vi forkaste *H2*. Svaret på vårt første forskningsspørsmål blir altså at leder-medarbeiderutveksling i stor grad påvirker indre motivasjon og turnoverintensjon hos de ansatte ved sykehjemmene, og at vi ikke fant noen sammenheng mellom leder-medarbeiderutveksling og ekstrarolleatferd hos de ansatte i vårt utvalg.

### 7.2 Forskningsspørsmål 2

Videre undersøkte vi å se om leder-medarbeiderutveksling hadde noen sammenheng med kjennskapen de ansatte har til rutinene for tannhelse og infeksjoner ved sykehjemmet. Vi fant en positiv sammenheng. Funnet kan også tyde på at de som har klare instruksjoner om hva som er deres rolle og god kommunikasjon med nærmeste leder får kunnskap om og setter seg bedre inn i rutinene ved arbeidsplassen. Vi kunne dermed beholde hypotesen *H4* og *H5*. Svaret på vårt andre forskningsspørsmål blir dermed at vi finner at leder-medarbeiderutveksling har en sterk sammenheng med kjennskap til rutiner for tannhelse og infeksjon i vårt utvalg.

## 7.3 Forskningsspørsmål 3

Vi avsluttet med å undersøke om det er noen sammenheng mellom de ansattes kjennskap til rutine for tannhelse og infeksjoner ved sykehjemmet og sykehjemmets score på de objektive kvalitetsindikatorer for tannhelse og infeksjon. Vi fant ingen sammenheng mellom de ansattes kjennskap til rutine rundt tannhelse ved sykehjemmene og scoren sykehjemmene fikk på den objektive kvalitetsindikatoren andel beboere med dårlig munnhygiene. Vi fant heller ingen sammenheng mellom de ansattes kjennskap til rutine rundt infeksjoner ved sykehjemmene og scoren sykehjemmene fikk på den objektive kvalitetsindikatoren andel beboere med infeksjoner. Dermed måtte vi forkaste hypotesen *H6* og *H7*. Svaret på vårt tredje og siste forskningsspørsmål blir derfor at vi ikke finner noen sammenhenger mellom de ansattes kjennskap til rutiner om tannhelse og infeksjoner og sykehjemmenes score på de objektive kvalitetsindikatorer for tannhelse og infeksjoner i vårt utvalg.

## 7.4 Praktiske implikasjoner

Ut fra funnene vi har gjort i vår undersøkelse bør ledelsen ved sykehjemmene og de ansatte være oppmerksomme på hvilken rolle leder-medarbeiderutveksling og kjennskap til rutiner spiller i deres organisasjon. Vi ønsker å bidra til kvalitetsforbedring i helsetjenesten gjennom å finne forbedringsområder sykehjemmene kan jobbe med samt å finne områder som fungerer godt. Dette vil kunne hjelpe både eiere, ledere, ansatte og brukere.

Det vil være et prinsipal-agentforhold mellom sykehjemsetaten og ledelsen på de ulike sykehjemmene. Gjennom kvalitetsrapporter vil de ha kontroll om kvaliteten på tjenestene tilfredsstillende kravene. Vi har sett at ansatte påpeker at det er flere bemerkelsesverdige forhold til ledelsen i vårt utvalg. Kommunikasjonen er ikke optimal og noen ansatte føler ikke at ledelsen er nok tilstede. Agenten (her sykehjemsledelsen) kan ha egne mål som ikke samsvarer med mål på et høyere hierarkisk nivå og det vil da kunne oppstå målkonflikt. Gjennom vår forskning gjør vi de oppmerksomme på de utfordringene som vi har funnet slik at de kan bruke dette til å forbedre samarbeidet med sykehjemsledelsen.

Ledelsen kan bruke forskningen vår som et styringsverktøy for å kartlegge forbedringsområder de kan ta tak i. En del respondenter har kommentert at de ønsker mer tilstedeværende ledelse og bedre kommunikasjon. Dette vil være konkrete ting ledelsen kan se

hvordan fungerer i sin organisasjon, for så å drøfte tiltak om hvordan de kan forbedre dette, noe som er i samsvar med krav satt i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren (2016). Vi finner en positiv sammenheng mellom graden av leder-medarbeiderutveksling og den indre motivasjonen hos de ansatte. Dette betyr at ved å bedre leder-medarbeiderutvekslingen kan man øke den indre motivasjonen hos de ansatte. Som vi så fra litteraturgjennomgangen i kapittel 2 har det empirisk blitt vist flere positive sammenhenger med indre motivasjon. Kuvaas og Dysvik (2009) fant positive korrelasjoner mellom indre motivasjon og ekstrarolleatferd, arbeidsprestasjon og affektiv organisasjonsforpliktelse, samt negativ korrelasjon med turnoverintensjon. Dette viser at det vil lønne seg å investere i en god leder-medarbeiderutveksling, da indre motiverte ansatte bringer med seg mye positivt inn i organisasjonen.

Vi fant også en negativ sammenheng mellom graden av leder-medarbeiderutveksling og turnoverintensjon hos de ansatte. Dette betyr at dersom sykehjemmet sliter med høy turnover hos de ansatte kan de på sikt bedre dette ved å bedre leder-medarbeiderutvekslingen. Mange av de ansatte kommenterte at de ønsket en mer tilstedeværende ledelse. En skriver at hvis de kunne forbedret et aspekt med sin arbeidshverdag ønsker de seg «bedre kommunikasjon mellom kolleger og leder», en annen at «lederen bør vise større interesse, og anerkjenne vår faglighet på en mye bedre måte», en tredje helt enkelt: «en leder som er mer tilstede». Dette samsvarer med funn fra Kim et. al (2010) og Harris et. al (2005) og Gerstner & Day (1997). Turnover er dyrt for arbeidsplassen. Det koster å lyse ut stillinger, ha intervjuer og å ansette. Samtidig vil medarbeidere på vei ut ha en lavere produktivitet, og nyansatte vil trenge 6-9 måneder før de leverer for fullt (Henriksen, 2014). Forskingen vår vil derfor være aktuelt for alle ledere, da man ved å minske turnoverintensjon bedre lojaliteten hos de ansatte og spare penger. Ved å bruke kommunikasjon og leder-medarbeiderutveksling som en strategi for å nå målet om mer indre motiverte ansatte med lavere turnoverintensjon, vil de kunne få ansatte som yter mer ekstrarolleatferd og har bedre arbeidsprestasjoner.

At høy leder-medarbeiderutveksling kan påvirke kjennskapen til rutiner kan være nyttig kunnskap for videre arbeid med å implementere de på sykehjemmene, men også i andre organisasjoner. Gjennom formelle institusjoner er det klare rammer for prosedyrer og rutiner ved sykehjemmene. Enhver sykepleier plikter å gi forsvarlig og omsorgsfull hjelp, følge rutiner og prosedyrer, melde avvik og bidra med forbedringsarbeid (Helsepersonelloven §4, 1999). Ved å investere i en godt leder-medarbeiderutveksling kan sykehjemmene forbedre

rutinene, samtidig som det hjelper sykepleierne å oppfylle sitt yrkesideal. Dette var noe Kari Ingstad (2010) fant at sykepleierne strevde med når det ble økt stress og mer arbeidsoppgaver på arbeidsplassen. Hvis bedre kjennskap til rutiner kan hjelpe til med å forbedre dette vil det forhåpentligvis bedre arbeidsforholdene til de ansatte.

De ansatte ønsker å ha en arbeidsplass hvor de trives. Ved at vi i vår forskning kan belyse noen av problemområdene sykehjem har, kan det være et håp om at dette kan bedre arbeidssituasjonen for de ansatte. Motiverte ansatte vil mest sannsynlig trives bedre, og når de i tillegg har økt ekstrarolleatferd og lavere turnoverintensjon er det et vinn-vinn-forhold for sykehjemmene og de ansatte. Kari Ingstad (2010) så i sin studie at en gruppe ansatte slet med å holde seg til sitt yrkesideal når arbeidsoppgavene ble mange og stresset høyt. Hvis bedre leder-medarbeiderutvikling kan føre til mer indre motivasjon og lavere turnoverintensjon, kan dette være faktorer som bidrar til at de ansatte klarer å leve opp til yrkesidealet.

God kvalitet er en legitimitetsfaktor for omgivelsene, og ved å bli bevist på hvordan kvaliteten kan forbedres vil det være lettere å gjøre de nødvendige endringene. Brukere og pårørende vil tjene på at sykehjemmene har en lav turnoverintensjon. Hvis faktisk turnover blir høy, kan brukerne måtte forholde seg til nye fjes hele tiden som kan gjøre det vanskeligere for de å føle seg hjemme og få tilfredsstilt det sosiale behov de har. Det kan også være mulig at høy turnoverintensjon bidrar til at de ansatte ikke kjenner til rutinene. Ved stadig utskiftning av personell blir det vanskelig å sette seg inn i de uformelle og formelle institusjonene på sykehjemmet. Dette er ikke en korrelasjon vi har sett på, men som kunne vært interessant å studert videre.

## **7.5 Kritikk av eget arbeid**

Vi oppdaget tidlig i arbeidet med masteroppgaven at ting tar tid. Å lage et spørreskjema med empirisk forankring og å søke etter og sette seg inn i relevant litteratur tar tid. Også prosessen med å melde studiet inn til NSD tar tid og samle inn primærdata tar mye tid. Et semester som er normert tid å skrive en masteroppgave på er gjerne litt for kort tid når man ikke har erfaring med disse prosessene fra før.

Å skrive selve masteroppgaven er bare halve jobben. Vi har gjort oss mange erfaringer underveis. For det første burde vi fått ut spørreundersøkelsen mye før. Vi antok at å hente inn

data ikke ville bli så krevende, da vi allerede hadde fått til et samarbeid med sykehjemsetaten, NHO-service og andre privat kommersielle og privat ideelle drivere. Det viste seg likevel å ta lang tid fra vi fikk klarsignal høyere opp i organisasjonen til vi fikk begynt distribusjonen av selve undersøkelsen til respondentene. Når vi først fikk distribuert undersøkelsen var svarprosenten veldig lav. Vi brukte lang tid på å purre inn svar, og selv om 136 svar ikke var det vi håpet på, måtte vi si oss fornøyd med det. Med to uker igjen til innleveringsfrist måtte vi begynne arbeidet med å analysere og diskutere funnene våre. Sett i senere tid hadde det vært lønnsomt og gjort ferdig masteroppgaven ett par uker før innleveringsfristen slik at oppgaven fikk hvile litt, og vi fikk sett på den med friske øyne. Men dette ble det dessverre ikke tid til.

Vi var veldig ambisiøse i starten av oppgaven. Men som sagt tar selv enkle prosesser lang tid når man skal gjøre dem første gang. Vi fant etter hvert ut at vi måtte begrense antall forskningsspørsmål og hypoteser. Når vi først startet arbeidet med oppgaven ønsket vi å undersøke alle de objektive kvalitetsindikatorerne. Omfanget av dette ble alt for stort, og selv om det ville vært interessant å se på funn for de andre også, ble dette for tidkrevende for vår oppgave. Vi distribuerte ut spørreundersøkelsen sammen med en annen mastergruppe, da sykehjemmene ønsket en spørreundersøkelse og ikke to. Håpet var at dette ville gi bedre svarprosent på undersøkelsen. Svartiden på undersøkelsen ble på i overkant av 10 minutter, noe som kan bidra til at svarprosenten var lav. Sett i ettertid er det flere av spørsmålene vi ikke fikk bruk for og som ble overflødige, som med fordel kunne blitt fjernet for å få en kortere spørreundersøkelse. Verktøyet vi brukte for å samle inn data, nettskjema, samler heller ikke inn data underveis i undersøkelsen, kun inn komplette svar. Dermed vet vi ikke hvor stort omfanget av frafall underveis i undersøkelsen var, her kan man bare spekulere.

## **7.6 Begrensninger**

Resultatene av funnene vi har gjort må derfor sees i lys av våre begrensninger. Vi diskuterer her kausalitet, innsamlingsteknikken som ble benyttet, representativitet ved utvalget og svarprosenten til oppgaven.

### **Kausalitet**

En begrensning ved vår oppgave er at det ble benyttet tverrsnittsdata. Dette er en potensiell svakhet ved oppgaven fordi man kan si lite om årsakssammenhenger mellom variablene

basert på dette. Den store faren er at man forveksler samvariasjon med kausalsammenhenger. For å kunne si noe om kausalforhold må man vite sikkert at årsak kommer før virkning i tid, at det er samvariasjon mellom årsak og virkning og at man har kontroll på alle andre relevante variabler (Jacobsen, 2005, s. 385). Slik det er med vår oppgave har vi bare informasjon om samvariasjon mellom variablene. Vi vet ingenting om hva som er årsak og hva som er virkning. Vi har basert oss på tidligere forskning om begrepen og testet hypotesene i den retningen som blir antydnet der. For å kunne trekke årsaksslutninger bør man gjennomføre en longitudinell studie i fremtidig forskning. Da vil man kunne se hva som er årsak og virkning og uttale seg kausalt om sammenhengene. Det at vi kun har tverrsnittsdata fører også til at det blir begrensninger ved generaliserbarheten til funnene vi gjør. Siden dataene kun representerer et øyeblikksbilde av hvordan det var på tidspunktet vi gjennomførte studien.

### **Innsamlingsteknikk**

Datainnsamling gjennom digitalt selvutfyllingsskjema vil gi større sjanser for feilkilder enn ved et besøksintervju. I et digitalt selvutfyllingsskjema distribuert via e-post har man ikke mulighet til å oppklare misforståelser eller uklarheter underveis i undersøkelsen. Noen spørsmål kan bli misforstått, noen kan velge å la være å svare på spørsmål fordi de ikke er trygge på at de er anonyme nok og noen kan føle seg krenket av enkelte spørsmål. Begrepsbruken kan også være forskjellig. Vi oppga kontaktinformasjon til både oss som forskere og vår veileder, slik at respondentene skulle ha mulighet til å kontakte oss direkte hvis det var noe som var uklart.

### **Representativitet**

Undersøkelsen er gjennomført på ansatte ved sykehjem i Oslo kommune. Det vil ikke være sikkert at de dataene vi har samlet inn vil være ett representativt utvalg utover dette. Den lave svarprosenten fører også til at vi ikke kan vite med sikkerhet at vi har fått testet et representativt utvalg. Det kunne vært interessant å tatt med et sykehjem fra en annen kommune som kontroll. På denne måten ville vi kunne sett om funnene vi gjorde var unike for Oslo Kommune eller om det også er tilfellet andre steder. Likeså kunne det vært interessant og gjennomført et tilsvarende studie et annet sted i landet for å se om det er sterkere sammenhenger mellom variablene der.



## 7.7 Fremtidig forskning

Masteroppgavens omfang og begrensninger gjør at det er flere aspekter verdt å forske videre på. Vår studie har begrenset seg til å se på variasjonen i de objektive kvalitetsindikatorne ved sykehjemmene. Oslo kommune påpeker at de objektive kvalitetsindikatorne må sees i sammenheng med bruker-, pårørendeundersøkelser og revisjonsrapporter. Dette har tiden satt begrensninger for og vil derfor være en kritikk av oppgaven vår. Det er også her viktig å påpeke at de objektive indikatorne vi har brukt, er nettopp indikatorer og kan ikke brukes til å trekke endelige slutninger. Det ville derfor være interessante å utforske de subjektive kvalitetsindikatorne, bruker- og pårørendeundersøkelser. Da vil man kunne finne andre sammenhenger enn hva vi har gjort her.

Oslo Kommune er den kommunen i landet som har kommet lengst i konkurranseutsettingen av sykehjem. Vår oppgave hadde kun med ansatte ved sykehjem i Oslo kommune, men det ville vært interessant å gjennomføre en tilsvarende studie et annet sted i landet for å se om sammenhengen i datasettet er de samme som de vi har funnet. Det er langt fra sikkert at det utvalget vi hadde av ansatte ved sykehjem i Oslo kommune utgjør et representativt utvalg for resten av Norge. Dette fører til at vi ikke kan generalisere funnene vi har gjort. Vi benyttet tverrsnittsdata som er en svakhet ved oppgaven vår. Ved å bruke tverrsnittsdata slik vi har gjort gjør at man kun får et bilde av hvordan ting er på det tidspunktet man gjennomfører undersøkelsen. Vår undersøkelse foregikk i perioden april-mai 2017. Dette gjør at vi ikke kan si noe sikkert om årsakssammenhenger, men kun for antydninger til hvordan variablene henger sammen. Dersom man hadde gjennomført gjentatte tverrsnittsundersøkelser over flere år vil man kunne si noe om årsakssammenhenger mellom variablene. Ved å gjennomføre studiet longitudinelt, vil det være større sjanse for å kunne generalisere funnene. For å kunne trekke årsaksslutninger bør man derfor gjennomføre en longitudinell studie i fremtidig forskning.

Ved å inkludere ledernivået i den kvantitative spørreundersøkelsen, kunne vi fått nye synspunkt og meninger på spørsmålene våre. Ledelsen kan f.eks. ha et helt annet syn på etterlevelsen av rutiner enn hva de ansatte har. Det kunne også vært interessant i en slik studie å se hvordan ulike lederstiler og organisasjonsstruktur ved sykehjemmene kan påvirke de ansattes motivasjon. Det ville også vært interessant å foreta kvalitative intervjuer av ledelsen på hvert sykehjem eller høyere opp som ledelsen i sykehjemsetaten eller de private

foretakene. Da kunne vi fått enn dypere innsikt i hvorfor de mener det er kvalitetsforskjeller. Her kan man også forske videre på hvilke tiltak de gjør for å komme godt ut av de objektive kvalitetsindikatorene.

Påstandene om at de private eierne av sykehjem opererer etter størst mulig profittmaksimering er en interessant diskusjon. Dersom et privat sykehjem går med underskudd vil de kanskje ønske å avbryte kontrakten og trekke seg ut, da det ikke vil lønne seg for de å tape penger når de må tas fra selskapets lommebok. Dette ser vi for eksempel fra Caremakonsernet i 2001. Etter et års drift og sju millioner kroner i underskudd på Vindern sa Caremakonsernet opp avtalen. På en ukes varsel måtte kommunen ta over driften, og satt igjen med en regning i timillionerlassen (Herning, 2012). Hvis et offentlig sykehjem har brukt opp hele budsjettet har de ikke mulighet til å overlate ansvaret til noen andre. Er budsjettet brukt opp før året er omme vil ikke kommunen stenge dørene til over nyttår. Sykehjemmet vil da gå med underskudd uten at det får noen direkte konsekvenser. Til neste år vil de kanskje få et enda strammere budsjett, men virkningen av det vil være minimal, da en budsjettsmell får liten betydning når det offentlige får regningen. Helseøkonomi og helseledelse er et spennende tema å forske videre på. Å sammenligne budsjett og økonomi mellom offentlige, privat ideelle og privat kommersielle hadde vært spennende å gjøre i en senere forskning.

De ansattes motivasjon påvirkes og av blant annet leder-medarbeiderrelasjon slik vi har sett. Kuvaas og Dysvik (2012) skiller også mellom økonomisk og sosial leder-medarbeiderutveksling. Dette er også aspekter som ville være interessante og utforske videre nå som vi har etablert at leder-medarbeiderutveksling spiller en sentral rolle for motivasjonen hos de ansatte og kjennskapen de har til rutinene ved sykehjemmet. Men motivasjon kan også forklares med andre variabler. Lederstil er en slik variabel det er forsket mye på og finnes mange teorier om. Vi har spurt respondentene om deres forhold til nærmeste leder, men ikke lederstil. Det kunne være interessant å se på forskjeller mellom hard og myk HRM. Dette er ikke dette noe vi har forsket på, med kan være et aktuelt tema for videre forskning. En annen faktor som kan motivere de ansatte er organisasjonsstrukturen. Kari Ingstad har i sin forskning sett at strukturen er flatere og de ansatte har fått større grad av autonomi som følge inspirasjonen fra NPM. Dette har vi ikke undersøkt i vår studie, men ville også vært interessant å se om dette har noen sammenheng med de funnene vi har gjort.

# Referanseliste

- Bogen, H., Gautun, H & Grødem, A. S. (2013). *Konsekvenser av konkurranseutsetting Kvalitet, effektivitet og arbeidsvilkår i sykehjem og hjemmetjenester*. Fafo-rapport 2013:24.
- Bogen, H. (2002). Konkurranseutsetting av omsorg: Reduseres kvaliteten? *Tidsskrift for samfunnsforskning vol 43, nr 3*. s394–412.
- Dellgran, P., Höyer, S., (2010) Privatisation as professionalisation? Attitudes, motives and achievements among Swedish social workers. *European Journal of Social Work*.
- Eisenberger, R., Stinglhamber, F., Vandenberghe, C., Sucharski, I.L., & Rhoades, L. (2002). Perceived supervisor support: Contributions to perceived organizational support and employee retention. *Journal of Applied Psychology*,87(3). 565-573.
- Ertesvåg, F., *Selskapet driver barnehager og sykehjem: Tok ut 102 mill. i utbytte*. VG. Hentet 24. mai 2016 fra <http://www.vg.no/nyheter/innenriks/norsk-politikk/selskapet-driver-barnehager-og-sykehjem-tok-ut-102-mill-i-utbytte/a/23728521/>
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. London: SAGE Publications Ltd.
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. (2016). Hentet 02. mai 2017 fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>
- Furunes, T., Mykletun, R. J., Einarsen, S. & Glasø, L. (2007). Do Low-quality Leader-Member Relationships Matter for Subordinates? Evidence from Three Samples on the Validity of the Norwegian LMX Scale. *Nordic journal of working life studies*, 5, 71-87.
- Gautun, H., Syse, A. Samhandlingsreformen: Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene? *Nova rapport 8/2013*. Hentet 14. april 2017 fra [http://nova.no/asset/6986/1/6986\\_1.pdf](http://nova.no/asset/6986/1/6986_1.pdf)
- Gerstner, C.R. and Day, D.V. (1997), Meta-Analytic Review of Leader-Member Exchange Theory: Correlate and Construct Issues, *Journal of Applied Psychology*, Vol. 82, No. 6, 827-844.
- Graen og Uhl-Bien. (1995). Relationship-based approach to leadership: Development of leader-member exchange (LMX) theory of leadership over 25 years: Applying a multi-level multi-domain perspective. *The Leadership Quarterly*, 6, 219-247.
- Harris, K. J., Kacmar, K. M. and Witt, L. A. (2005). An examination of the curvilinear relationship between leader-member exchange and intent to turnover. *Journal of Organizational Behavior* 26, 363-378.
- Hartman, L., (2011). *Konkurrensens konsekvenser: Vad händer med svensk välfärd? Sns: Stockholm*. Hentet 03. februar 2017 fra [https://www.sns.se/wp-content/uploads/2016/08/konkurrensens\\_konsekvenser\\_pod\\_2.pdf](https://www.sns.se/wp-content/uploads/2016/08/konkurrensens_konsekvenser_pod_2.pdf)
- Helgesen, O. (2014). *Kartlegging og bruk av objektive kvalitetsindikatorer i norske*

- kommuner. FoU-prosjekt nr. 144030. Hentet 10. mai 2017 fra <http://www.ks.no/globalassets/blokker-til-hvert-fagomrade/r8481-ks---bruk-av-objektive-kvalitetsindikatorer---05-11-14---endelig-versjon.pdf>
- Helsedirektoratet. (2017). *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Hentet 28. april 2017 fra <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Ledelse%20og%20kvalitetsforbedring.pdf>
- Helseetaten. (2016a). *Samlerapport for kvalitetsrevisjonene 2016*. Hentet 06. februar 2017 fra <https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/13158484/Innhold/Politikk%20og%20administrasjon/Statistikk/Kvalitetsrapporter%20-%20Helse%20og%20sosial/Samlerapport%20for%20kvalitetsrevisjonene%20for%20sykehjem%202016.pdf>
- Helseetaten. (2016b). *Kvalitetsindikatorer for sykehjem 1/2016*. Hentet 28. mars 2017 fra <https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/13148819/Innhold/Politikk%20og%20administrasjon/Statistikk/Kvalitetsrapporter%20-%20Helse%20og%20sosial/Kvalitetsindikatorer%20sykehjem%201-2016.pdf> .
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*. Hentet 24. april 2017 fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL\\_2#§4](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#§4)
- Helsetjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Hentet 01. mai 2017 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Henriksen K. H. (2014). Høy pris for å bytte ut ansatte. *Ledernett*. Hentet 25 mai 2017 fra <http://ledernett.no/h%C3%B8y-pris-%C3%A5-bytte-ut-ansatte>
- Herning, L. (2012). Konkurransetsatte sykehjem i Norge. *For velferdsstaten, notat 1:2012*. Hentet 20. mai 2017 fra [http://www.velferdsstaten.no/Tema/Markedsretting/Privatisering/?article\\_id=96590](http://www.velferdsstaten.no/Tema/Markedsretting/Privatisering/?article_id=96590)
- Hutcheson, G., & Sofroniou, N. (1999). *The multivariate social scientist*. London: Sage.
- Ilies, R., Nahrgang J.D., Morgeson F.P., (2007). Leader–Member Exchange and Citizenship Behaviors: A Meta-Analysis. *Journal of Applied Psychology*, 92(1), 269-277.
- Ingstad, K. (2010). Arbeidsforhold ved norske sykehjem- idealer og realiteter. *Vård i Norden* 2/2010 No. 96 Vol 30 PP 14-17
- Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontrollforskriften)*. (1996). Hentet 13. mai 2017 fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1996-12-06-1127>
- Johansen, Å. (2005). Resultatstyring i norsk offentlig sektor. *Magma*. Hentet 24. mai 2017 fra <https://www.magma.no/resultatstyring-i-norsk-offentlig-sektor>

- Jordahl, H., (2013). *Välfärdstjänster i privat regi: Framväxt och drivkrafter*. Sns: Stocholm. Hentet 28. januar 2017 fra [https://www.sns.se/wp-content/uploads/2016/08/2013-11-13\\_valfardstjanster\\_inlaga\\_rev\\_hela\\_rapporten.pdf](https://www.sns.se/wp-content/uploads/2016/08/2013-11-13_valfardstjanster_inlaga_rev_hela_rapporten.pdf)
- Kaiser, H. F. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, 39, 31–36.
- Kass, R. A., & Tinsley, H. E. A. (1979). Factor analysis. *Journal of Leisure Research*, 11, 120–138.
- Kim, B., Lee, G. and Carlson, K. D. (2010). “An examination of the nature of the relationship between Leader-Member-Exchange (LMX) and turnover intent at different organizational levels.” *International Journal of Hospitality Management*, 1-7
- Kuvaas, B. (2006), “Performance appraisal satisfaction and employee outcomes: Mediating and moderating roles of motivation. *The International Journal of Human Resource Management*, 17(3), 504-522.
- Kuvaas, B. (2008). “An exploration of how the employee-organization relationship affects the linkage between perception of developmental human resource practices and employment outcomes. *Journal of Management Studies*, 45(1), 1-25.
- Kuvaas, B. (2009). *Lønnsomhet gjennom menneskelige ressurser: Evidensbasert HRM*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kuvaas, B., Buch, R., Dysvik, A., & Haerem, T. (2012a). Economic and social leader-member exchange relationships and follower performance. *The Leadership Quarterly*, 23, 756-765. doi: 10.1016/j.leaqua.2011.12.013
- Kuvaas, B. Dysvik, A. (2012b) Perceived supervisor support climate, perceived investment in employee development climate, and business-unit performance. *Human Resource Management*, 51(5). 651–664.
- Lepine, J.A. and Van Dyne, L. (1998), “Predicting Voice Behavior in Work Groups“, *Journal of Applied Psychology*, Vol.83(6), 853-868.
- Jacobsen, D.I, Thorsvik, J. (2009). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Fagbokforlaget.
- Løken, E & Trygstad, S. (2006) Den nye stat (Faforapport 537). Hentet fra <http://www.faf.no/images/pub/2006/537.pdf>
- Matthiesen, S.B. (2014). *Transformasjonsledelse, ekstrarolleatferd og innovasjon*. Magma. Hentet fra [https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/222345/Matthiesen\\_Magma\\_052014.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/222345/Matthiesen_Magma_052014.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Meng, Y., Tan, J. & Li, J. (2017). Abusive supervision by academic supervisors and postgraduate research students’ creativity: the mediating role of leader–member exchange and intrinsic motivation. *International Journal of Leadership in Education*.

- NHO Service. (2013). *Myter og fakta om konkurranse*. Hentet 01. mai 17 fra [http://www.fagforbundet.no/file/8bcd84a1a01518251525e17a36e73a4/Myter%20og%20fakta%20om%20konkurranse%20\(2013\)/](http://www.fagforbundet.no/file/8bcd84a1a01518251525e17a36e73a4/Myter%20og%20fakta%20om%20konkurranse%20(2013)/)
- Nilsen, L. (2009). Infeksjoner tar mange liv på sykehjem. *Dagens medisin*. Hentet 25. mai 2017 fra <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2009/03/26/infeksjoner-tar-mange-liv-pa-sykehjem/>
- North, D. C. (1999). *Institutions, institutional change and economic performance*. St. Louis: Washington University
- NOU 1997:17. (1997). *Finansiering og brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/ec41a72fc8594103a052d5f8ef92afd4/no/pdfa/nou199719970017000dddpdfa.pdf>
- NOU 2004: 2. (2004) *Effekter og effektivitet— Effekter av statlig innsats for regional utvikling og distriktpolitiske mål*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/b43a9b2446984a7293d16a8b7fad27e2/no/pdfs/nou200420040002000dddpdfs.pdf>
- NyAnalyse. (2016). Effekten av konkurranse: Kvalitet og kostnader ved sykehjem i Oslo 2016. Hentet 02. januar 2017
- Oslo Economics. (2013). *Sykehjemsdrift i Oslo- effekten av konkurranse*. Hentet 04. januar 17 fra <http://www.nhoservice.no/contentassets/a4b41e54835645a994205d3add8b8dba/sykehjemsdrift-i-oslo--effekten-av-konkurranse.pdf>
- Oslo Economics. (2014). *Konkurranseutsetting av offentlige tjenester*. Hentet 02. januar 2017 fra <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/AFI/Publikasjoner-AFI/Konkurranseutsetting-av-offentlige-tjenester>
- Oslo kommune. (2016). *Strategisk boligplan for eldre med hjelpebehov*. Hentet 28. april 2017 fra <https://politikerporten.oslobystyre.no/documents/10165/0/Strategisk+boligplan+for+eldre+2016-2026+-+etter+intern+h%C3%B8ring.pdf/e7183014-62b5-4601-8f1e-76fa097bf734>
- Oslo kommune. (2017). *Alle sykehjem*. Hentet 08.05.17 fra <https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/eldreomsorg/sykehjem-og-dagsenter/alle-sykehjem/>
- Rapert, M. I., (2002). The strategic implementation process: evoking strategic consensus through communication. *Journal of Business Research* Vol.55(4), pp.301-310
- Ringdal, K. (2013). *Enhet og mangfold*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

- Risan, H. (2012). *Dyadisk lederskap*. s. 67-74. Hentet 24. april 2017, fra <https://www.magma.no/dyadisk-lederskap>
- Shanock, L.R., & Eisenberger, R. (2006). When supervisors feel supported: Relationships with subordinates' perceived supervisor support, perceived organizational support, and performance. *Journal of Applied Psychology*, 91(3). 689-695.
- Stevens, J. P. (2002). *Applied multivariate statistics for the social sciences* (4. utg.). Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.
- Synovate. (2011). *Rapport: Brukertilfredshet blant beboere på sykehjem i Oslo Kommune 2011*. Hentet 01. mai 2017 fra <https://www.yumpu.com/no/document/view/27252256/brukertilfredshet-blant-beboere-i-sykehjem-i-oslo-helseetaten>
- Sørgjerd, C. (16. mars 2016). 5 % dyrere hvis kommunene skal drive de kommersielle sykehjemmene. *Aftenposten*. Hentet 28. april 2017 fra <http://www.aftenposten.no/norge/5-prosent-dyrere-hvis-kommunen-skal-drive-de-kommersielle-sykehjemmene-56355b.html>.
- Tabachnick, B.G and Fidell, L.S. (2014). *Using Multivariate Statistics*. Sixth edition, Pearson Education Limited. Harlow.
- Velle, V. (2016). Oslo kaller NHO Service inn på teppet: NHO-rapport sier kommunale sykehjem er dårligere enn private. Men etaten som står bak tallene stiller spørsmål ved metoden. *Fagbladet*. Hentet 09. mai 2016 fra <http://fagbladet.no/nyheter/nhorapport-sier-kommunale-sykehjem-er-darligere-enn-private-men-etaten-som-star-bak-tallene-stiller-sporsmal-ved-metoden-6.91.434962.17f3068438>