



Natalie Roshauw

Kommunal prioritering i eldreomsorgen
En kvantitativ studie

Masteroppgave i Offentlig administrasjon og styring OAS5900
OsloMet – storbyuniversitetet
Fakultet for samfunnsvitenskap

Sammendrag

Har kommunen betydning som beslutningsnivå i eldreomsorgen? Eller sagt på en annen måte: kan man se forskjeller mellom kommunene som viser kommunenes evne til å prioritere og fatte beslutninger basert på egne behov og tilpasninger? Formålet med denne oppgaven, er å se om kommuner prioriterer forskjellig mellom sykehjem og hjemmetjenester. Dette vil jeg se ved å legge inn de to tjeneste inn i én variabel, som en rate, så jeg får se forholdet mellom dem.

I all tid har eldre hatt behov for omsorg. I Norge har eldreomsorgen utviklet seg fra 1800-tallet og behovet for kollektiv handling som oppsto i byene, og fikk fart på 1960-tallet hvor omsorg fra kommunen ble en rett for individet og plikt for kommunen. Med dette fulgte økt institusjonalisering; omsorgen ble flyttet fra hjemmet og over til institusjon. Nå er vi i en annen fase, med av-institusjonalisering.

Sykehjem og hjemmebaserte tjenester utgjør hovedkategori for det som kalles eldreomsorg, og kommuner er pålagt minstestandarder. Til tross for dette har kommunen adgang til å prioritere mellom disse tjenestene og organiseringen her. Teorien for å analysere slik prioritering, er Oates desentraliseringsteorem, som beskriver beslutningstagning på lavest mulig nivå, som det mest treffsikre. Kjennskap til tjenestemottakerne, og de lokale forholdene gir best forutsetninger for spissede tjenester.

Med det teoretiske utgangspunktet, er norske kommuner, pr 2015, undersøkt på økonomiske variabler, kommunestørrelse, politiske forhold og demografiske forhold. Data er hentet fra Statistisk Sentralbyrå (SSB) og Norsk Senter for Forskningsdata (NSD).

Konklusjonen på oppgaven er at lokal beslutningstagning ga mindre variasjon og tydelige resultater, slik som i utgangspunktet var antatt. Kommune som beslutningstager og tjenesteyter kan allikevel ikke avvises. Flere variabler har statistisk signifikant sammenheng med prioritering, og det bør tas hensyn til at den avhengige variabelen var såpass grovkategorisert at mye av den store variasjonen kan ligge gjemt her.

Summary

Does the municipality matter as decision-makers in elderly care? Or said in other words: is it difference between the municipalities that shows the municipalities ability to prioritize and make decisions based on local needs, preferences, and adjustments? The purpose with this master thesis, is to check if municipalities prioritize different between nursing homes and homebased services. I will put the two services into one variable, as a rate, so I can see the relation between them.

In all time, the elderly has needed care. In Norway, the elderly care has developed from about 19th century and the need for collective action that arose in the cities, and expanded further in the 1960s when the municipalities by law where obliged to provide services to their inhabitants, and the individual had rights. This was followed by an institutionalization; the care was moved from the home and over to institutions. Today, we are in another phase, with de-institutionalization, and more use homebased services. The care is moved back home.

Nursing homes and homebased services makes main categories for what's called elderly care, and the municipalities are by law committed to provide a minimum standard of these services. Despite of this, the municipalities, has possibility to prioritize between these two services, and the organization. The theory for such an analyze for prioritizing and decision-making, is Oates decentralization-theorem, which describes decision-making on lowest possible level as the most accurate. Knowledge about the population, and hence the service recipients, and the local conditions gives the best conditions for well-aimed services.

With this theoretical foundation, Norwegian municipalities, pr. 2015, has been examined on economic variables, municipality size, politically and demographic conditions. The data is collected from Statistisk Sentralbyrå (SSB) and Norsk Senter for Forskningsdata (NSD).

The conclusion of this study is that this model doesn't give full support for Oates theory. My model doesn't show that much variation between the municipalities as I thought it would. It can be that the model is unfit to catch the variation; that the variation lies within the main categories, and that use of different services here is more up for local prioritize. Anyhow, my model does not reject local government as the best level for organizing and prioritizing the elderly care. The analyze shows that there is some significant variation between Norwegian municipalities, that shows that local decision-making is not indifferent for the outcome.

Forord

I arbeidet med oppgaven, er det mange som fortjener takk og som har spilt stor rolle for prosessen. Jeg vil takke OsloMet for to fine år med masterstudium, og min veileder Guri Rosén for gode tilbakemeldinger underveis i prosessen med masteroppgaven. Jeg vil også takke NIBR for min periode med kontorplass der, våren 2020. Spesielt fortjener Lars Monkerud en stor takk for all hjelp og bistand han har gitt meg underveis med oppgaven. Videre vil jeg takke min mor, Helene, for lynkurs i SPSS og hjelp til å sette sammen datasettet, min far Tore for ivrige diskusjoner, tips og råd, samt mine søsken Filip og Sofie for å lese oppgaven, og generelt for å motivere meg når prosessen ikke hadde sine glansdager. Til sist vil jeg også gi en takk til Bruno for å være et lyspunkt gjennom et år som har vært annerledes og til dels trist.

Takk, alle som en!

OSLOMET

Innhold

Innledning.....	10
1.0 Tema og problemstilling.....	10
1.1 Bakgrunn	11
1.2 Historisk tilbakeblikk: Utvikling av kommunenes omsorgspolitik	11
1.3 Hvordan er det nå?.....	13
1.4 utfordringer fremover.....	14
1.5 Hva er sykehjem og hva er hjemmetjeneste?.....	15
1.6 Finansiering	15
2.0 Teori.....	16
2.1 Lokalt selvstyre eller likebehandling?	16
2.2 Hva er en kommune?	17
2.3 Desentraliseringsteoremet.....	19
2.4 Goders karakter	19
Figur 1: Figur med kategorisering av goder.....	19
2.5 Sentralmyndigheten	20
2.6 Lokalmyndigheter	21
2.7 Tidligere forskning	24
2.8 Analysemodell	27
Figur 2: Modell for analysen.....	29
3.0 Metodekapittel.....	34
3.1 Valg av metode.....	35
3.2 Innsamling av data	36
3.3 Registerdata	37
3.4 Operasjonalisering.....	38
3.5 Reliabilitet og validitet.....	41
3.6 Regresjonsanalyse	43
4.0 Resultater	44
Tabell 1: Deskriptiv statistikk: Sykehjem og hjemmetjenester	44
Figur 3: Normalfordelingskurve for dekningsgrader på sykehjem.....	45
Figur 4: Normalfordelingskurve for dekningsgrader for bruk av hjemmetjenester.	46
Tabell 2: Deskriptiv statistikk: Prioriteringsvariabelen.....	46
Figur 5: Normalfordelingskurve for prioriteringsvariabelen	47
4.1 Korrelasjoner	47
Tabell 3: Korrelasjonsmatrise, med de bivariate korrelasjonene.	48

4.2 Regresjon	49
Tabell 4: Regresjonsanalyse (OLS) med Betakoeffisient og B.	49
4.3 Diskusjon	51
4.4 Avslutning.....	57
5.0 Litteraturliste.....	58
6.0 Vedlegg 1: Deskriptiv statistikk for uavhengige variabler:	64

Figurer:

Figur 1: Figur med kategorisering av goder.....	19
Figur 2: Modell for analysen.....	29
Figur 3: Normalfordelingskurve for dekningsgrader på sykehjem.....	45
Figur 4: Normalfordelingskurve for dekningsgrader for bruk av hjemmetjenester.....	46
Figur 5: Normalfordelingskurve for prioriteringsvariabelen.....	47

Tabeller:

Tabell 1: Deskriptiv statistikk: Sykehjem og hjemmetjenester.....	44
Tabell 2: Deskriptiv statistikk: Prioriteringsvariabelen.....	46
Tabell 3: Korrelasjonsmatrise, med de bivariate korrelasjonene.....	48
Tabell 4: Regresjonsanalyse (OLS) med Betakoeffisientener og B.....	49

Vedlegg:

Vedlegg 1: Deskriptiv statistikk for uavhengige variabler.....	64
--	----

OSLOMET

Innledning

1.0 Tema og problemstilling

Hva slags faktorer påvirker hvordan eldreomsorgen er organisert i kommunene? Kan det forklares i politiske prioriteringer, demografi, økonomisk situasjon eller kommunestørrelse? Eller er det ingen stor forskjell i prioriteringene og valgene kommunene gjør på dette feltet? I denne oppgaven skal jeg se på om det finnes variasjoner mellom norske kommuner i deres prioritering og valg i hvordan de organiserer eldreomsorgen. Jeg vil altså ikke se på eldreomsorgen i noen form for prioriteringskonflikt med andre kommunale oppgaver, eller andre brukere av kommunale helsetjenester. Oppgaven er begrenset til å gjelde befolkningen over 80 år, og til å være prioritering mellom sykehjem og hjemmetjenester som to hovedkategorier som gir antydning på om kommunene baserer seg på institusjonsbruk eller tjenester i hjemmet. Omsorgsboliger er holdt utenfor. Hensikten med oppgaven er å se om det er mønster i prioritering mellom omsorg i institusjon og omsorg i hjemmet.

I Norge er det staten som har gitt de kommunale myndigheter forpliktelser for ytelsen av omsorg for mennesker som på grunn av alderdomssvekkelse eller andre problemer har problemer med å klare de daglige gjøremål - som stell av bolig, matlaging, personlig hygiene eller andre funksjonshemninger - uten hjelp og støtte fra andre. For å ivareta slike omsorgsoppgaver står man overfor valget av to hovedformer for omsorg: a) omsorg på institusjon der den omsorgstrengende også bor og b) omsorg i form av hjemmehjelp, der omfanget av omsorgsyttelsene kan variere avhengig av klientens behov. Det spørsmålet jeg ønsker å belyse i denne studien er hvordan norske kommuner prioriterer mellom disse to hovedformene for omsorg, og ikke minst hvilke kriterier man legger til grunn for denne prioriteringen. For å belyse dette spørsmålet vil jeg gjennomføre en kvantitativ analyse der samtlige kommuner inngår som analyseenheter. Den analysemodellen som legges til grunn har som et generelt teoretisk utgangspunkt W. Oates desentraliseringsteorem, der kommunene vektlegger lokale forhold av sosioøkonomisk, demografisk og politisk karakter i organisering og praktisering av de to formene for tjenesteyting på dette området.

Min problemstilling blir dermed: «I hvilken grad kan lokale forhold forklare kommunenes prioriteringer av eldreomsorgen?»

1.1 Bakgrunn

Temaet for oppgaven er valgt fordi kommunal virksomhet og tjenesteyting i seg selv er en svært sentral del i folks liv og en stor andel av norsk økonomi. Eldreomsorgen står overfor store utfordringer i tiden som kommer, med vesentlig flere eldre, færre i arbeid pr pensjonist og endret demografi rundt om i kommunene. Hva slags tilpasninger kommunene gjør, hva slags prioriteringer og beslutninger kommunene fatter har stor betydning for hva slags tjenester folk får, og hvor mye tjenester man får. En analyse om eldreomsorgen er særdeles spennende; det er svært aktuelt fordi andel eldre vokser raskt, det er en lite lovregulert tjeneste samtidig som kommunen er forpliktet til å tilby tjeneste; med andre ord kan ikke tilbudet droppes. I tillegg er det en tjeneste det nettopp er rom for forskjellige løsninger, og hensikten med denne oppgaven er å se kommunenes prioritering mellom de to hovedsatsingene for eldreomsorg; sykehjem og hjemmetjenester.

1.2 Historisk tilbakeblikk: Utvikling av kommunenes omsorgspolitik

Omsorg for eldre er ikke noe nytt fenomen, men den har endret seg over tid. Synet på hva som er det offentliges oppgave, hva kommunen har ansvar for og hva som er familiens ansvar, har endret seg. Også i dag har familien en viktig rolle som omsorgsnyter for eldre.

Omsorg for eldre har alltid tilhørt lokalmiljøets oppgaveportefølje, men det er i mer moderne tid det er blitt en individuell rett og politisk oppgave. De første lovene som påla kommunene ansvar for sosiale ytelser var fattigloven fra 1845, og en strengere variant av fattigloven fra 1863. Begge lovene signaliserte at samfunnet hadde et ansvar for å sikre individer et eksistensgrunnlag, men samtidig en betydelig dose moralsk fordømmelse. Familien og enkeltindividet skulle være selvforsynt, og privat bistand gjennom kirke og annen filantropisk virksomhet skulle dekke det meste av behovene for sosial hjelp. Offentlig inngripen og hjelp, var siste nødløsning, og skulle begrenses til et absolutt minimumsnivå. De hjelpetrengende skulle være vurdert til moralsk kvalifisert trengende, eller «verdige fattige». Barn og foreldre hadde gjensidig forsørgelsesplikt overfor hverandre. Eldreomsorg var dermed svært begrenset i omfang; familien tok seg av sine, som de ved lov var pålagt. De som hverken hadde familie eller råd til å ta vare på seg selv, falt inn under fattighusets varetekt (Seip, 1984, s. 52, 60-63 og Seip, 1997, s. 175).

Det var i stor grad kvinner som hadde behov for hjelp i fattighusene; dette var ofte enker uten evne til å klare seg selv (Seip, 1997, s. 174-175). I Kristiania vokste gruppen eldre som hadde behov for hjelp på starten av 1900-tallet, og problematikken utviklet seg til mer proaktiv politisk debatt. Kravet om å bygge ut omsorgen til å gjelde flere økte, og kommunen fikk en stadig større rolle i eldreomsorgen (Seip, 1994, s. 87-89). De partipolitiske konfliktlinjene fra den gangen kan også kjennes igjen i dag, dog med andre dimensjoner. Arbeiderpartiet ønsket at omsorgsoppgaven ble en offentlig oppgave, og at kommunen dermed skulle ta alt ansvaret, mens Høyre og Venstre ønsket mer privat løsning, og mente det ville være alt for dyrt for kommunen å ta alt ansvaret (Seip, 1994, s. 86-87).

Først i 1964, med lov om sosial omsorg, ble gjensidig forsørgelsesplikt mellom foreldre og barn fjernet, og kommunen fikk plikten for sosialtjenester overfor individet, uavhengig av økonomisk situasjon og familien (Kluge, 2020). Med dette var omsorg for eldre gjort om til moderne sosialpolitikk. Lovgivningen snudde sosialpolitikken på hodet; imens grunnlaget for de tidligere fattiglovene hadde vært å beskytte samfunnet mot at folk døde av nød, fikk individet nå en uavhengig rett til hjelp. Individet ble satt i sentrum for sosialytelsen. Hver kommune skulle ha eget sosialstyre som skulle organisere tjenestene.

I Stortingsmelding 9 i 1974-75 ble LEON-prinsippet innført i norsk helsevesen. Prinsippet innebærer at tjeneste og behandling skal ytes på laveste effektive omsorgsnivå (LEON).

Kjernen i prinsippet er at kommunehelsetjenesten skal være bærebjelken for hele helsetjenesten, og at tjenesten skal ytes på lavest nivå, nærmest mulig folk. I prinsippet ligger også at folk ikke kan forvente å motta tjenester som er mer ressurskrevende enn det de egentlig har behov for. Det understrekes at nivået må være formålstjenlig og adekvat nivå, behandlingen og omsorgen skal være effektiv. Med det menes at laveste nivå i seg selv ikke til enhver tid er det riktige, men laveste effektive nivå for den behandlingen og omsorgstjenesten (St.mld 9, 1974-75, s. 53-55).

I 1988 kom Sykehjemreformen, og kommunene tok over ansvar for sykehjemmene etter at fylkeskommunene hadde hatt ansvaret for disse. Med denne reformen, ble tjenesten på nytt desentralisert, og kommunen sto alene med ansvaret for at befolkningen fikk de tjenestene de hadde behov for. Sammen med ansvaret, ble også de økonomiske betingelsene lagt om fra øremerkede tilskudd, til rammetilskudd. Med andre ord skulle kommunene få ganske frie tøyler for å utvikle omsorgstjenestene sine (Daatland, Veenstra, Kjølvik, Otnes og Aksøy, 2012, s. 82-84).

1.3 Hvordan er det nå?

Lov om sosial omsorg eksisterer ikke nå lenger; i dag er kommunens helse- og omsorgsplikter overfor innbyggerne hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven, og individets rettigheter er lovfestet i lov om pasient- og brukerrettigheter. Helse- og omsorgstjenesteloven går ikke i dybden på det som i størst grad karakteriserer eldreomsorg; hjemmebaserte tjenester og sykehjem, og det er for eksempel ikke fastsatt noe krav til hvor stor dekningsgrad av sykehjemsplasser en kommune skal ha. Det er dermed opp til faglig vurdering og skjønn å vurdere hver enkelt sak, samt kommunens kapasitet og satsing hvordan tjenesten organiseres og hva slags tilbud man får. Lov om pasient- og brukerrettigheter, på sin side, stadfester individets rett til hjelp fra kommunen, jmf. § 2-1 a. Pasient- og brukerrettighetsloven gir rett til opphold på sykehjem dersom det «er det eneste tilbudet som kan sikre pasienten eller brukeren nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester» (Pasient- og brukerrettighetsloven, §§ 1, 2). Med dette er kommunen tvunget til å sikre en viss sykehjemskapasitet; enten ved drifte selv, eller ved å kjøpe tjenester av andre.

Begge formålparagrafene legger vekt på å sikre tjenester av kvalitet, og å ivareta den enkelte pasient og brukers integritet og verdighet, og mye av lovgivningen er lite konkret; det blir opp til vurdering i hver enkeltsak å vurdere hva som er adekvat tilbud. Effektiv ressursbruk er også et punkt i formålparagrafen til helse- og omsorgsloven. Det kan ut ifra formålparagrafen antyde at det foreligger om ikke stridende hensyn, så kanskje vridende faktor.

Pr 2015 hadde Norge 428 kommuner. Tall fra 2016 viser at gjennomsnittlig antall innbyggere var i snoue 12200, mens mediankommunen hadde 4700 innbyggere. Etter kommunesammenslåingen, pr 1. januar 2020, var tilsvarende tall i underkant av 15000 og mediankommunens folketall lå på ca. 5100. Store kommuner trekker altså opp gjennomsnittstallet kraftig opp. Uten å gå i detalj, så har Norge stor variasjon i befolkningsstørrelse i kommunene. Etter siste kommunereform, altså pr. 1. januar 2020, hadde 126 av norske kommuner under 3000 innbyggere. Det tilsvarer ca. 35% av de norske kommunene. 44 hadde over 25000, 19 hadde over 50000 og 7 over 100000 (Hagen, 2020). I tillegg er Norge geografisk sett stort; og arealet er relativt skjevfordelt. Noen av de befolkningsmessig minste kommunene har store areal, mens andre er relativt små. Det er dermed utfordrende for kommunene, men også nødvendig, å få laget lokale ordninger som er i stand til å imøtekomme både dagens og morgendagens utfordringer.

Økonomisk effektivitet trengs neppe å være forankret i noen formålsparagraf for at kommuner skal velge effektive løsninger. I det presset kommunene står overfor, må kommunene vekte forskjellige hensyn. Det er kommunene som til syvende og sist har ansvaret for tjenestene, og som må velge å forvalte oppgaven; enten ved å følge minstestandard, eller ved mer satsing og aktiv prioritering. Hvilke faktorer som slår ut i prioriteringen, vil oppgaven vise senere. Hvordan man tilrettelegger eldreomsorg og forebygger sykdom i Oslo, trenger ikke å være den beste løsningen i et grisgrendt strøk, eller i en befolkning der demografien er annerledes. Denne oppgaven vil ikke gi svar på hvordan å håndtere eldrebølgen, men den vil forhåpentligvis si noe om hvordan kommunene allerede løser oppgaven, og om det er noen spesielle faktorer som gjør seg gjeldende. I tilfelle det er noen spesielle sammenhenger som påvirker kommunenes valg, kan kunnskapen og forståelsen av disse sammenhengene kanskje bidra til bedre tilrettelegging og mer effektiv ressursbruk i fremtiden også.

1.4 utfordringer fremover

I de siste ti årene har den kommende eldrebølgen fått oppmerksomhet; hvordan skal samfunnet gi like gode tjenester når antallet som trenger tjenestene vokser og antallet som er i arbeid ikke følger denne veksten? Og hvordan vil behovene være? NOU 2011:11 har 3 ulike hypoteser for eldrebølgen: 1) at flere leveår også gir flere gode leveår, og at behovet for hjelp ikke blir større enn i dag, 2) at økt levealder betyr bedre helse, og dermed mindre behov for hjelp enn i dag, og 3) perioden med dårlig helse og behov for hjelp vil være lang (NOU 2011:11 s. 26).

Beregninger fra Statistisk Sentralbyrå viser at antallet over 70 år vil øke fra 12% til 21%, altså 1 av 5 i 2040. I tillegg vil aldersfordelingen være skjevt fordelt i landet. Urbane strøk vil oppleve tilflytning, mens bygder vil oppleve fraflytning, forutsatt at dagens trend fortsetter (Leknes, 2016). Som konsekvens vil noen steder oppleve å ha høy andel av eldre pr yngre innbygger. For den enkelte kommune medfører dette et stort ansvar for å finne løsninger og egnet organisering på fremtidens eldreomsorg.

Belastningen på eldreomsorgen er varslet å bli stor, etterspørselen etter personell likeså. I 2011 leverte Kåre Hagen m.fl. en NOU (NOU 2011:11) «Innovasjon i omsorg». Utredningen har som mål å gi forslag til hvordan omsorgsoppgavene kan møtes og løses. Hjelp til selvhjelp, innsats for at folk skal evne til å bo alene, samt bruk av ny velferdsteknologi er konklusjonen til utredningen. Utredningen legger vekt på at kommunene vil, i tillegg til å være stor arbeidsgiver innenfor eldreomsorgen, også være innovatør og innkjøper på

teknologimarkedet, men også en mer aktiv pårørendesatsing. Med andre ord å involvere familien mer i omsorgen i fremtiden (NOU 2011:11, s. 16, 70-80, 98-99, 114-115, 139, 155-158).

1.5 Hva er sykehjem og hva er hjemmetjeneste?

Sykehjem er institusjon for folk som trenger medisinsk pleie og omsorg, men hvor pasientene/brukerne ikke kvalifiserer til sykehusopphold. Terminal pleie og pleie og omsorg for demente er blant oppgavene sykehjem skjøtter, og som retter seg særlig mot den eldre befolkningen (Braut, 2018). Sykehjems plass er allikevel ikke aldersbetinget; alle med behov for sykehjems plass, har krav på dette etter helse- og omsorgstjenesteloven (Helse- og omsorgstjenesteloven; §3).

Tall viser imidlertid at både bruken av sykehjem (og aldershjem) er gått ned, og at det er en klar forskjell i tildeling av helse- og omsorgstjenester ut ifra hvilken alder man har. Bruken av hjemmetjenester har økt, og særlig blant yngre (Otnes, 2015).

Hjemmetjenester er en samlekategori for tjenester utført i hjemmet, ytt av kommunen til mennesker med behov for hjelp. Kostra sin definisjon på hjemmetjenester er følgende: «Praktisk bistand: hjelp til daglige gjøremål, Praktisk bistand - opplæring i daglige gjøremål, Praktisk bistand: brukerstyrt personlig assistanse BPA, helsetjenester i hjemmet (tidl. «hjemmesykepleie»), avlastning utenfor institusjon, omsorgslønn.» (Kostra, 2020).

Kategorien er ganske omfattende, og med rom for stor ulikhet i tjenesteformen som ytes, og i tidsbruken som gis til den enkelte bruker.

Hjemmetjenester er adskillig mer individorientert, der enhver tjeneste er basert på bestilling og vedtak, mens sykehjems plass bærer preg av å være en slags pakkeløsning, der alt av beboerens behov dekkes i ett.

1.6 Finansiering

Ved langtidsopphold på sykehjem, dvs. 60 døgn eller mer pr kalenderår, kan det kreves egenbetaling på 75% av inntekten inntil folketrygdens grunnbeløp. Over folketrygdens grunnbeløp kan 85% kreves. Loven sier at enhver bruker skal ha 25% av folketrygdens grunnbeløp til fri disposisjon. I tillegg gis det ved lov rabatt dersom en person ufrivillig må dele rom med en annen (Forskrift for egenandel om kommunale helse- og omsorgstjenester, §§ 3, 8, 9, 10). Når det kommer til hjemmetjenester, er de av en annen karakter, de er spesialbestilte enkelttjenester utført i hjemmet til den enkelte bruker. En svært individualistisk

ordning med andre ord. Disse tjenestene betales ved egenandeler, og skal ikke overstige selvkost, og er priset til gjennomsnittlig timelønn for tjenesten som utføres. På inntekt under 2G skal det ikke være høyere enn 210 kroner pr måned.

Ved bruk av hjemmetjenester har staten større ansvar for finansieringen for brukeren, enn ved bruk av sykehjem. Dette skyldes at ved bruk av sykehjem er egenbetalingen så høy, og sykehjem dekker alt av behov; medisiner, legetilsyn og lignende er inkludert i betalingen for sykehjem. For hjemmetjeneste, derimot, er store kostnader fremdeles statlige. Brukerne av hjemmetjenester vil gjerne også være konsumenter av legetjenester, medisiner på blå resept og hjelpemidler som ellers dekkes av statlig egenandelskort (Hagen m.fl., 2011, 24).

Finansieringssystemet er sammensatt, og kan i prinsippet virke vridende; det er stor forskjell på utgiftene og hvem som betaler. Hagen m.fl. finner allikevel ikke noen god begrunnelse for hvorfor finansieringssystemet er organisert slik, og mener det ikke foreligger noen overordnede prinsipper (Hagen m.fl., 2011, s. 27).

2.0 Teori

Jeg har valgt å bruke Wallace Oates sin desentraliseringsteori for min undersøkelse av prioritering av eldreomsorgen i norske kommuner. Denne teorien beskriver forskjellige forvaltningsnivåer, hvilket nivå som er best egnet til å ivareta forskjellige oppgaver i samfunnet, og lokalmyndighetenes fortrinn i å skape de beste tjenestene for folk.

Kommunene i Norge har en viktig rolle som forvaltningsnivå. Kommunen er allikevel ikke bare et forvaltningsnivå, som i forståelsen av å være forlenget arm av staten. Kommuner utgjør egne demokratiske enheter, de har ansvar for mange oppgaver og de har store budsjetter. Det er derfor naturlig å velge en teori som kan bidra til å analysere hvorvidt lokale faktorer påvirker prioriteringene i eldreomsorgen i kommunen.

2.1 Lokalt selvstyre eller likebehandling?

Hvordan tjenester organiseres er ikke helt uavhengig av omstendighetene rundt og krav fra samfunnet; det kan være økonomiske, profesjonsetiske og krav til likebehandling uavhengig av bosted.

I Norge står to verdier sterkt; idéen om lokalt selvstyre og idéen om likhet. Disse to verdiene står i strid med hverandre; forventningen om at man skal få lik behandling uavhengig av hvor

man bor i landet, samtidig som lokalstyret skal ha avgjørende beslutningsmyndighet for politikktutforming og prioriteringer. Den ene verdien krever aktiv bruk av sentral styring for å redusere det lokale handlingsrommet, mens den andre krever mest mulig fravær av sentral styring.

Fiva, Hagen og Sørensen (2017) skiller mellom likhet i valgmuligheter og absolutt likhet. Likhet i valgmuligheter tar utgangspunkt i en aktiv omfordelingspolitikk fra statens side. Kommunene vil ha forskjellig utgangspunkt for skattelegging og evne for å tilby tjenester. Ved økonomisk omfordelingen pålegger ikke staten kommunene å utføre noen oppgaver, men staten tilrettelegger for at kommunene har mulighet til å gjøre det. Ved absolutt likhet, vil derimot samme tjenester og standard kreves uavhengig av bosted. For å sikre dette, må nasjonalt lovverk brukes for å redusere kommunenes handlingsrom (Fiva, Hagen og Sørensen, 2017, s. 25). I Norge brukes både økonomisk omfordeling, samt lovverk til å sette minstestandarder for en del ytelser som anses å være samfunnets ansvar å ivareta. Lovreguleringen av de kommunale tjenestene varierer; grunnskolen er den sterkest regulerte tjenesten kommunen tilbyr, men også denne har kommunen anledning til å påvirke selv (Martinussen og Pettersen, 2001, s. 392). At det er satt lovregulerte minstestandarder betyr imidlertid ikke at det ikke er rom for kommunal prioritering innenfor vedkommende tjeneste; en kommune kan velge å prioritere tjenestene utover dette.

2.2 Hva er en kommune?

Dag Ingvar Jacobsen har i sin bok «Perspektiver på kommune-Norge - en innføring i kommunalkunnskap» satt opp fire perspektiver som er godt egnet for å forstå en kommunes rolle. Han beskriver kommunen som territorium, tjenesteyter, politisk arena, og del av nasjonalstaten.

I Norge er staten det øverste forvaltningsnivået, med lovgivende og bevilgende myndighet (Jacobsen, 2009, s. 160). Med andre ord har ikke norske kommuner selvstendighet og autonomi som lovgiver. Når det kommer til bevilgninger, fikk kommuner i 2015 35% av inntektene sine som rammeoverføringer og 5% som øremerkede midler. Det meste av øvrige inntekter besto av egne skatter og gebyrer. (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2015, s. 26). Felles lovgivning forankrer kommunen som en del av nasjonalstaten. Det er imidlertid skjedd endringer i kommuneloven som er interessant når det gjelder forholdet mellom kommune og stat. I kommuneloven fra 1992 ble kommunen som en del av nasjonen

vektlagt. Kommunen skulle være en effektiv forvalter «innenfor rammen av det nasjonale fellesskap» (Kommuneloven, 1992). Ordet «selvstyre» er ikke nevnt her. I kommuneloven fra 2018 (endret noe i 2019), nevnes ikke ordet «nasjon» overhodet i formålsparagrafen.

Kommunenes rolle som del av nasjonalstaten er underordnet i den nye formålsparagrafen. Det som trekkes frem derimot, er lokalt selvstyre, og folkelig deltakelse (Kommuneloven, 2018). I 2016 ble også lokalt selvstyre grunnlovsfestet, i § 47 (Grunnloven, 1814). I lovverket har kommunene fått en betydelig viktigere rolle nå enn de hadde, men fremdeles er kommunene underlagt Stortingets lover, og kommunene er avhengig av bevilgningene de får fra staten. Kommuner som politisk arena er, som nevnt over, blitt trukket betydelig frem som viktig beslutningstaker. Ønske om, og behovet for, lokaldemokrati er jo å forankre politikken nærmest folk, og dermed få best mulige løsninger på lokalt nivå. De fleste kommuner er styrt etter formannskapsmodellen som er konsensusorientert i sin tilnærming til politiske beslutninger, i motsetning til den parlamentariske modellen som er mer konkurranse- og konfliktfylt (Fiva, Hagen og Sørensen 2017, s. 137-146). Kommunen har store budsjetter, og ansvar for å organisere, forvalte og prioritere mange oppgaver. Kommunene er forpliktet til å følge nasjonal lovgivning, men denne gir sjelden detaljert innholdsmessige beskrivelser, kun overordnede krav. Den nye formålsparagrafen i kommuneloven vektlegger «representativt lokaldemokrati med sterk innbyggerdeltakelse». Det er ikke bare de formelle beslutningsorganene som teller som politisk arena og aktivt demokrati, men deltakelse og respons fra innbyggerne.

Kommuner er geografisk inndelte enheter, og det er stor variasjon i areal og befolkningsstørrelse. Inndelingene har historisk vært bundet av fysiske forhold som fjell, elver, innsjøer osv., næringsfortrinn og hensiktsmessige administrative forhold (Jacobsen, 2009, s. 20, 29). Beliggenheten for kommunene spilte større rolle for kommunenes næringsgrunnlag tidligere enn i dag, grunnet primærnæringsens størrelse. I dag er ikke primærnæringen like stor i sitt omfang; den sysselsetter ikke like mange (Jacobsen, 2009, s. 29-30).

Allikevel har kommunene mange oppgaver som er stedbundne. Mange av kommunenes oppgaver i dag, er tjenester som har en fysisk beliggenhet innenfor kommunens grenser, og mange av innbyggerne i en kommune vil ha benyttet seg av minst én kommunal tjeneste (Jacobsen, 2009, s. 49-50).

2.3 Desentraliseringsteoremet

Siden jeg har valgt å se på kommuner som enhet, lokal tjenesteyting og prioritering av offentlig gode, har jeg derfor valgt å bruke Wallace Oates sitt desentraliseringsteorem som teoretisk ramme. Teorien er egnet til å forklare beslutninger på lokalt nivå, og begrunne disse ut ifra lokale forutsetninger, forhold og behov.

Det er betimelig å påpeke at med begrepet «federalism» mener Oates alt som ligger mellom en unitær stat og et desentralisert anarki (Oates, 1972, s. 3, 17-18), og ikke føderalisme som statlig organisasjonsform. Med begrepet menes altså enhver stat som har minst to forvaltningsnivåer; en sentralmyndighet, og deretter desentralisert forvaltningsnivå, og en oppgavefordeling mellom disse. Jeg velger å starte med Oates sin egen definisjon, eller selve teoremet. Deretter beskriver jeg modellen ved å presentere sentralmaktens rolle først, godets karakter, og etter det jeg ser nærmere på lokalnivåets funksjon.

For a public good – the consumption of which is defined over geographical subsets of the total population, and for which the cost of providing each level of output of the good in each jurisdiction are the same for the central government or the respective local government – it will always be more efficient (or at least as efficient) for local governments to provide the Pareto-efficient levels of output for their respective jurisdictions than for the central government to provide any specified and uniform level of output across all jurisdictions. (Oates, 1972, s. 35).

2.4 Goders karakter

Siden oppgaven handler om prioritering av goder, kan det være nyttig å ha avklart hva som grovt sett kjennetegner forskjellige goder, og hva som menes med «offentlig gode». Tabellen under viser en kategorisering av hvordan et gode lar seg fordele, og om det er mulig å ha et egnet og effektivt prissystem for godet.

Figur 1: Figur med kategorisering av goder.

	Ekskluderende	Ikke-ekskluderende
Rivaliserende	Ekskluderende og rivaliserende. Privat/individuellt gode.	Rivaliserende og ikke-ekskluderende.
Ikke-rivaliserende	Ikke-rivaliserende, men ekskluderende.	Ikke-ekskluderende og ikke-rivaliserende: rent kollektivt gode.

(Hagen og Sørensen, 2003, s. 34).

Hvorvidt et gode er ekskluderbart, går på om det er mulig å utestenge folk fra bruk. Dersom det ikke er mulig å ekskludere folk fra bruk, vil gratispassasjerproblemet raskt oppstå. Hvis folk har anledning til å benytte seg av et gode uten å betale for det, vil de fleste gjøre det. Det vil da være ulønnsomt å besørge godet. Når et gode er ekskluderende, er det mulig å ta en pris, og gratispassasjerproblemet vil reduseres (Fiva, Hagen og Sørensen, 2017, s. 52)

Med rivaliserende gode, menes goder der bruken for en person synker eller forsvinner ved en annen persons bruk av samme gode. Ikke-rivaliserende goder er goder der en persons bruk, ikke påvirker en annen persons bruk av samme gode. Strømmetjenester er godt eksempel på ikke-rivaliserende gode (Fiva, Hagen og Sørensen, 2017, s. 52).

Rene kollektive goder, er ikke-ekskluderende og ikke-rivaliserende. Det er goder som er en statlig oppgave å forsyne samfunnet med. Forsvar er et åpenbart eksempel.

Det som omtales som offentlige goder i Oates sin teori, er dog ikke kollektive goder, men private goder, eller individuelle goder. Det er goder som det kan settes pris på – dette er jo et av kriteriene i teoremet – og bruken av godet er rivaliserende og ekskluderende. At disse godene er gjort offentlige, er altså en politisk villet beslutning, og ikke konsekvens av godets økonomiske natur. Både sykehjemsplass og hjemmesykepleie er tjenester det er mulig å ekskludere folk fra å bruke, og en persons bruk av tjenestene, begrenser andres bruk av tjenestene. Fordelingshensyn er en viktig begrunnelse for å gjøre et privat gode under offentlig ansvar (Fiva, Hagen og Sørensen, 2017, s. 55).

Oates begrunner desentralisering av oppgaver ut ifra tre hovedgrunner til dette; allokering, innovasjon og ansvarliggjøring. Det er imidlertid oppgaver som ikke egner seg for lokalnivå, men som sentralmyndigheter må ta seg av.

2.5 Sentralmyndigheten

En stat kjennetegnes av å ha suverenitet over territorium, og å være høyeste myndighet, uavhengig av oppgavefordeling (Knudsen, 2018). Statens fordel er nettopp makten og kontrollen over territoriet og innbyggerne, og muligheten her til å sette i verk tiltak som lokale myndigheter ikke er i stand til. Staten har en stabil befolkningsmasse sammenlignet med lokalsamfunn; det er lavere terskel for å flytte fra en kommune til en annen, enn å flytte fra et land til et annet (Oates, 1972, s. 8). Det samme gjelder for næringsvirksomhet. Staten har derfor en viktig posisjon i omfordelingspolitikk. Mens andre statlige oppgaver har et mer rendyrket økonomisk preg, er omfordeling av midler politisk forankret. Det er først og fremst at staten er, i en del skattelegging, den mest effektive skatteinnkreveren, fordi den ikke er

bundet av hvor folk bor. Ved høy inntektsbeskatning – uavhengig av hva det store ønsket i befolkningen måtte være – så vil ikke staten ha samme problem med at folk flytter fra beskatning. Dermed har staten anledning til å beskatte progressivt, og omfordele dette til lokalsamfunn som sliter sosioøkonomisk eller på annen måte er avhengig av ekstra bevilgninger for å kunne opprettholde og drifte grunnleggende tjenester (Oates, 1972, s. 7-8). Omfordelingspolitikken skjer gjennom inntektsbeskatning og tilskudd, enten som betingede tilskudd eller ubetingede tilskudd; altså øremerkede tilskudd eller rammefinansiering (Oates, 1972, s. 65, 80-81). Ubetingede tilskudd gir vesentlig større frihet til lokalmyndighetene, og er definitivt det vanligste i Norge.

For å sikre samfunnsøkonomisk stabilitet, er staten nødt til å ha ansvar for stabiliseringspolitikken. Dette er overordnet pengepolitikk for å bevare stabil handel, regulere renter og omløp av penger for å unngå inflasjon.

I tillegg kommer statens rolle i å sørge for kollektive goder for samfunnet. Siden kollektive goder er av den art at godet hverken er rivaliserende ved bruk, og at det heller ikke går an å ekskludere folk fra å bruke det, så er det vanskelig å få satt en pris på det. Det er en type gode det er lett å være gratispassasjer på, og derfor trengs en felles, sentral forvalter av slike goder for samfunnet (Oates, 1972, s. 8-9).

2.6 Lokalmyndigheter

Oates begrunner lokalmyndighetenes egnethet som tjenesteyter, med deres fortrinn ved å være nær befolkningen, ha kjennskap til forutsetninger og preferanser der godet skal ytes og fordeles. Utgangspunktet er at det eksisterer forskjellige behov, og at disse imøtekommes best på lokalt nivå. Å plassere beslutningsmyndighet nærmest borgerne, vil gi best tilpassede løsninger, i tråd med befolkningens ønsker og behov. Behovene kan ofte begrunnes i geografiske forhold, sosiodemografiske forhold, økonomiske forhold osv., og kreve politisk tilpassede ordninger etter det. Allikevel er det et poeng å ha med at det er gjenspeiling av borgernes ønsker, som er avgjørende; kommuner som er like med tanke på økonomi, demografisk sammensetning og geografiske forutsetninger, kan allikevel velge å prioritere og organisere tjenestetilbudene sine forskjellig. Det viktigste er nettopp nærheten mellom beslutningstakerne, og befolkningen. Det er lettere å tilby tjenester for en mindre og mer homogen gruppe som etterspør samme tjenester.

Teoremet er strengt, og satt på spissen; svært få goder har totalt fravær av stordriftsfordeler. Mange goder vil ha en fast utgift som administrasjonskostnad, husleie etc. som vil gjøre at

prisen faller dersom man produserer mer. Kjernet i teoremet er at det er konkurrerende hensyn mellom fordelingseffektivitet og kostnadseffektivitet. I valget mellom disse to, vil fordelingshensynet gi mest gevinst.

Teorien vektlegger ressursallokering, og gevinstene dette gir fremfor stordrift. En standardisert utforming og porsjonering av goder er heller ikke nødvendigvis økonomisk effektivt, selv om selve produksjonen av godet er billig. Mange ville fått goder de ikke hadde behov for eller ønsket, og mengden ville vært fordelt på en uhensiktsmessig måte, uten tanke på behov. Jo mindre et lokalsamfunn er, jo bedre vil samsvar mellom preferanser og løsninger være. Tilsvarende vil stordriftsfordelene minske jo mindre lokalsamfunnene er. Det siste her kan dog avhjelpest ved at lokalmyndigheter ikke trenger å produsere goder selv, men kan kjøpe det av andre som er i stand til å produsere mer effektivt og i større kvantum (Oates, 1972, s. 45).

NIBR-rapport fra 2003 har en god redegjørelse for forskjellige kostnadstyper som forekommer i tjenesteyting. Den første er anleggsbetingede faste kostnader. Dette er kostnad som er uavhengig av aktivitet, men som er forutsetning for aktivitet. Eksempel er grunnbemanning, forsikring og lignende. Den andre er kapasitetsbetingede faste utgifter. Dette er utgifter som er knyttet til variasjon i kapasiteten; når en ny sykehjemsavdeling åpnes, vil det følge med utgifter til dette, selv om andelen pasienter ikke er flere. Den siste er variable utgifter. Denne er knyttet til den faktiske produksjonen av tjenester. Når økning i eldre som trenger hjemmehjelp går opp, så vil flere ansatte i hjemmetjenesten være en variabel kostnad (Hansen, 2003, s. 53, 54).

Befolkningens mobilitet mellom lokalsamfunn er også en viktig bidragsyter til effektiv ressursallokering. Charles Tiebout skrev i sin artikkel «A pure theory of local expenditures» om hvordan goder skulle fordeles og finansieres gjennom «voting with feet». I Tiebouts modell er gode-fordelingen ikke-politisk. Tiebout har en instrumentalistisk tilnærming til offentlige goder. For å få optimal tjenesteyting må hver og en ta sin egen inntekt og skattevilje og preferanser, og flytte til kommunen som leverer den blandingen av tjenester til det nivået av skatt man er villig til å betale. Tiebout forutsetter i sin modell at forflytning er kostnadsfritt, at arbeid er tilgjengelig overalt, dvs. at alle kan få samme jobb uavhengig av hvor de bor, så de flytter kun avhengig av skattevilligheten og ønske om offentlige goder (Tiebout, 1956).

Mobilitet er også viktig og medvirkende faktor for hva slags preferanser en befolkning har, men desentraliseringsteoremet forutsetter ikke mobilitet slik Tiebout gjør (Oates, 1972, s. 12, 37, 50). Desentraliseringsteoremet forutsetter heller ikke at kommuner skal ha homogen befolkning, og at det skal være heterogenitet mellom kommunene. Desentraliseringsteoremet er åpen for at sentral styring *kan* være like effektivt som lokal tjenesteyting, gitt at hele befolkningen er lik/ulik overalt, men at sentral tjenesteyting aldri vil bli mer effektivt fordi distansen og mangelen på informasjon og kjennskap til behovene er så stor, at det enten vil bli dyrt å innhente informasjonen om preferansene, eller så vil løsningene bli lite treffsikre. Gevinstene ved desentralisert beslutningstaking og tjenesteyting vil dermed best vises dersom kommuner faktisk har en befolkning med sammenfallende behov og preferanser, og dersom kommunens befolkning avviker fra omkringliggende kommuner (Oates, 1972, s. 37, Fiva, Hagen og Sørensen, 2017, s. 20).

I desentraliseringsteorien, vektlegges politiske beslutninger og beslutningstakernes evne til å respondere på lokale preferanser. Preferansene gis av befolkningen, og befolkningssammensetningen er dermed ikke likegyldig. Selv om de offentlige godene er av privat karakter, forvaltes de jo på en kollektiv måte, som krever et visst kollektivt konsum. Størrelsen på tjenestetilbudet, vil gjenspeiles i skattenivået. Folk som ønsker stor, offentlig tjenesteyting, har anledning til å flytte til kommuner som tilbyr dette, mens folk som ønsker å betale mindre skatt, og ha mindre tjenestetilbud, kan velge dette. I tillegg skal selve utvalget og tilpasningen av goder, være i samsvar med befolkningens preferanser (Oates, 1972, s. 50, 51).

Begrunnelsen for teorien er at effektivitet oppnås best når det er korrespondanse mellom behov og preferanser, og godefordelingen. For at dette skal skje, må beslutningene tas på lavest og hensiktsmessige mulig nivå. Innbyggere skal bli hørt og sett i den praktiske politikktutforming, og politikken skal skapes for dem. Hvert lokalsamfunn har et avgrenset område, en gitt befolkning og eget demokratisk styre hvor de skaper og konsumerer tjenester. Hensikten er å få tilpasset størrelsen på tjenestene mest mulig, og justert tjenestens innhold og utforming best mulig ut ifra forholdene og preferansene. En statlig løsning ville blitt «one size fits all», og vært lite sensitiv for at det er variasjoner i befolkningens sammensetning, forhold og smak. Lokale myndigheter, derimot, kjenner de lokale forholdene godt, og er mottakelig for tilbakemeldinger. Betingelsen i teorien er at lokaldemokratiet vil være i stand til å sikre

befolkningen et politisk styre som fatter beslutninger i tråd med deres ønsker. Politikere som ikke tar hensyn til folks preferanser og ønsker, vil ikke bli gjenvalgt (Oates, 1972, s. 74). Nærheten mellom politiske myndigheter og folk, medfører også en effektivisering og ansvar i seg selv. Det blir mer transparent med beskatningen og forsyningen av goder. Befolkningen kan direkte se hva de får igjen, og befolkningen har en bedre anledning til å vurdere hvorvidt godene er verdt skattenivået (Oates, 1972, s. 12, 13). Lokalt valgte vil ha sterke incentiv til å være lydhøre overfor borgerne også. Dersom innbyggerne er misfornøyde, vil de ikke bli gjenvalgt; ved sentral styring er det hele landet som skal velge politisk ledelse, og de vil ikke ha noe incentiv til å tilpasse seg lokale ønsker. Et aspekt som følger av dette, er befolkningens opplevelse av hvorvidt beslutningene som fattes overhodet er legitime. Beslutningsnærheten skaper en transparens og tillit mellom borgerne og beslutningstakerne, som gjør at beslutninger som egentlig ikke er ønsket, kan få aksept og oppslutning dersom prosessen ved beslutningen har vært korrekt (Fiva, Hagen og Sørensen, 2017, s. 20, 21).

Et siste argument for desentralisering, er innovasjon. I dette perspektivet, er kommunene et stort antall uavhengige produsenter, som utvikler nye måter å produsere og organisere tjenester på. Det er vesentlig mindre risikofylt for en kommune å teste og eksperimentere med nye løsninger, enn det ville vært for en stat å iscenesette tilsvarende for hele landet. En kommune vil også ha sine incentiver til å gjøre det; det er ganske kort vei mellom utgift og resultat – koster noe mye uten å gi godt resultat, vil det skape press på å finne bedre løsning. Innovasjonen vil sette press på omkringliggende kommuner; effektive løsninger vil bli spredt til andre områder, og det vil ikke bli akseptert å holde på ineffektive løsninger (Oates, 1972, s. 12, 13). Som Samuelson skriver i «A pure theory of public expenditures», så vil folk ha mest mulig av goder, men betale minst mulig for det (Samuelson, 1954, s. 387). Det vil være krav fra folk om mest mulig effektiv ressursallokering og løsninger i fordelingen av goder.

2.7 Tidligere forskning

Det finnes mye forskning på helse- og omsorgstjenester, både som konkurrerende sektor til andre kommunale tjenester, og som en egen sektor som skal dekke mange behov og aldersgrupper. Etersom pleie- og omsorgssektoren har utviklet seg fra å være institusjonsbasert til å bli stadig mer hjemmebasert, er det kommet mye forskning til på dette området. Det er gjort tilfredshetsanalyser, økonomiske analyser og analyser av dekningsgrader for de forskjellige tjenestene, og det er i tillegg gjort kvalitative undersøkelser.

En rapport utarbeidet ved Universitetet i Oslo tok for seg utviklingen av kommunens helse- og omsorgstjenester fra 1986-2010, og kostnadsfordelingen mellom de to tjenestene. Rapporten ser på tjenestenes ulike finansieringsmodeller, og dermed også forskjellen i fordeling av finansiering mellom kommune, stat og bruker. Rapporten viser at institusjonsbruk, som enhetskostnad, er vesentlig mer dyrt for kommunene. Brukerbetaling for institusjon er ca 12,3% av enhetskostnaden, mot 1,7% for hjemmetjenester. På den andre siden betaler staten ca 5% av enhetskostnaden for institusjonstjeneste og om lag 13% for hjemmetjenester (tallene er regnet som gjennomsnitt for årene 2007, 2008 og 2009) (Hagen m.fl, 2011, s. 32). Studien viser brutto driftsutgifter til helse- og omsorgstjenester øker når bruttoinntektene øker. Studien viser også at det er en kamp om ressursene til ulike aldersgrupper og trengende folk i kommunen. Ellers fant de at høy andel over 80 år hadde negativ effekt på bruk av institusjon og positiv effekt på bruk av hjemmetjenester (Hagen m. fl. 2011, s. 54, 56, 58, 59, 63).

Borge og Haraldsvik sin studie fra 2005, om institusjonsorienterte og hjemmetjenesteorienterte kommuner, fant at kommuner som var institusjonsbaserte kommuner hadde sterkere kommuneøkonomi (målt som korrigerte frie inntekter), var mer spredtbygd og færre innbyggere, og i tillegg hadde lavere dekningsgrad. De fant også at institusjonsorienterte kommuner brukte mer penger pr innbygger, men at det ikke var mer penger pr innbygger over 80 år. Dette begrunnes med at institusjonsbruken er høyere i kommuner med høy andel eldre. På den andre siden fant de at i hjemmetjenesteorienterte kommuner, var hjemmetjenestene mer omfattende, dvs. flere timer hjelp til brukeren, brukerne er tyngre både på institusjon og i hjem, og det er flere årsverk pr bruker på institusjon (Borge og Haraldsvik, 2005). Borge og Haraldsvik har i sin studie ikke kontrollert for noen politiske faktorer, så studien tar ikke for seg om det faktisk er noen ønsker bak prioriteringene.

Gautun og Hermansen (2011) fant samme resultat som Borge og Haraldsvik; Frie inntekter pr innbygger og bruk av institusjon hadde positiv sammenheng. Tilsvarende fant de at områder med spredtbygd befolkning har signifikant høyere bruk av institusjonsplasser for folk over 80 år (Gautun og Hermansen, 2011, s. 45, 46, 47, 48). Gautun og Hermansen hadde også en kvalitativ undersøkelse blant helsepersonell, og denne viste at det var forskjeller mellom kommunene her også. Jo større kommunen var, desto flere sykepleiere oppga mangel på

hjemmesykepleie og særlig mangel på sykehjemsplass i kommunen der de bodde som et problem for tilbudet (Gautan og Hermansen, 2011, s. 81).

En masteroppgave fra 2009, skrevet av Åsmund Hermansen, tok for seg prioritering mellom institusjonsbasert og hjemmebasert omsorg, men som en budsjettanalyse, der han brukte netto driftsutgifter som avhengig variabel. Hermansens resultater viser at alderssammensetning har betydning, og antakeligvis kan forklares ved behov for forskjellige kommunale tjenester, og dermed også en konkurranse om kommunens midler. Hans resultat viser at kommuner med stor andel eldre prioriterer institusjonsbasert tjenesteyting (Hermansen, 2009, s. 80).

Hermansen har da sett på driftsutgiftene til institusjon og til hjemmetjenester. I den sekvensielle regresjonsanalysen, blir aldersdimensjonen svakere, men fortsatt statistisk signifikant; politiske og sosiale variabler fanger opp en del av forklaringen, og Hermansen tolker det dithen at behovsvariabelen har en interessedimensjon (Hermansen, 2009, s. 80).

Videre viser Hermansens resultater at frie inntekter, overraskende nok, bare er statistisk signifikant for 2002. Resultatene viste at hans påstand om at kommuner med høye frie inntekter prioriterte institusjon kun ble støttet for det ene året, mens det ikke fikk støtte for det andre året. Hermansen hadde andel av pleie- og omsorgssektoren av budsjettet totalt som egen variabel, og denne var viktigst i forklaringen for analysen for 2006 (Hermansen, 2009, s. 81). Hermansen har fokus på politisk beslutningstagning, og konkluderer med at det har betydning for kommuner hvem som sitter i kommunestyret. Politikk spiller altså rolle for hva som vektlegges, og dermed også for prioriteringen mellom institusjonsbaserte og hjemmebaserte tjenester (Hermansen, 2009, s. 111).

Rapporten «Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester» fra 2011, beskriver også hvordan bruk av tjenestene har endret seg over tid. Mens aldershjem tidligere utgjorde en stor andel av eldreomsorgen, så var aldershjem, mer som et bo-kollektiv å regne, dvs. en husholdningsform i trygge rammer. Fremveksten av hjemmetjenestene, har redusert bruk av institusjon, og gjort om bruken av sykehjem fra å være en alternativ boform, til en institusjon der de som er så syke at de ikke lenger er i stand til å ta vare på seg selv bor (Ramm, 2011, s. 50-51).

Sykehjembrukerne og hjemmetjenestemottakerne er dermed ikke samme gruppe brukere som det var tidligere, og det er heller ikke samme gruppe mennesker som er på sykehjem og som mottar hjemmetjenester.

Flere studier og undersøkelser har vist at det er variasjoner i tilfredsheten og omfanget med bruk av tjenestene. Monkerud og Sørensen (2010) fant i sin studie «Smått og godt?

Kommunestørrelse, ressurser og tilfredshet med det kommunale tilbudet» at folk i små kommuner er mer fornøyd med hjemmesykepleie, hjemmehjelp og sykehjem enn befolkningen i store kommuner. SINTEF-rapporten «Eldreomsorgen i Norge: Helt utilstrekkelig eller best i verden?» har tilsvarende resultater (SINTEF, 2009, s. s. 64-71). SINTEF-rapporten viser også, at det på landsbasis, er liten forskjell mellom folks tilfredshet med sykehjem og hjemmetjenester; de aller fleste er fornøyd. Rapporten kommer til samme resultat som Monkerud og Sørensen; små kommuner er mer tilfredse med tilbudet enn store kommuner. I tillegg viser rapporten at eldre er mer tilfredse enn yngre, og at jo nærmere tjenesten man er erfaringsmessig, desto mer fornøyd er man (SINTEF, 2009, s. 67-69). I rapporten kom det også frem at behovet for pårørende var stort; de fleste som mottok omsorgstjeneste følte seg avhengig av pårørende for å kunne få sin stemme hørt, fremme sine krav (SINTEF, 2009, s. 77). Rapporten avdekket også en klar forskjell mellom menn og kvinner i synet på om familien bør ta seg mer av de eldre; mens menn er mer positive til å støtte opp om familien som omsorgsfunksjon, så er kvinner vesentlig mer negativ (SINTEF, 2009, s. 83-84).

2.8 Analysemodell

I en tjenesterelasjon er det, forenklet sett, to parter; tilbyder og etterspørter. I kommunal tjenesteyting er det kommunen som er tjenesteyter og befolkningen som er tjenestemottaker. Hver kommune vil, ifølge Oates, ha sine forutsetninger som skaper tilbudet og etterspørselen. Som øverste ansvarlig for beslutninger i kommuner, er det politisk valgte lederskapet. Det er disse som må ta hensyn til behovene og etterspørselen etter tjenester og rammene for å organisere tilbudet. I dette, ligger det flere hensyn som krever kjennskap til kommunens befolkning, økonomi og struktur. I tillegg til denne kjennskapen, har denne modellen tatt høyde for at i dette politikk-området, kan kjønn også ha påvirkningskraft i beslutningsprosessen.

Det viktigste redskapet for politiske myndigheter når de prioriterer, er økonomi. Hvor knappe ressurser kommunen har, er avgjørende for hvor omfattende tilbud de kan gi til innbyggerne. Har kommunen sterk økonomi vil de kunne gi mye større omfang av tjenester, og mye dyrere tjenester, enn dersom kommunen har trang økonomi. På den andre siden vil en kommune med trang økonomi ha et incentiv til å effektivisere sine løsninger, og finne alternative former for organisering som utnytter ressursene best mulig.

Kommunestørrelse spiller sentralt inn for en kommunes anledning til å bygge ut et tilbud som både balanserer prioriteringshensynet, og stordriftsfordelene. En liten kommune vil ha stor nytte av nærheten mellom beslutningstagerne og befolkningen, men ha småskalaulemper, mens store kommuner vil ha stordriftsfordeler og mindre prioriteringseffektivitet. I en analyse av kommunal tjenesteyting er kommunestørrelse dermed interessant variabel;

kommunestørrelse er med på å berede tilbudet både som en økonomisk faktor, og som en faktor som kan indikere tjenestens treffsikkerhet.

Beslutningstakerne må også her ta hensyn til hva som er hensiktsmessig av tjenester i områder der bosetningsmønsteret er spredtbygd. Særlig er en slik avveining relevant for en tjenesteform som skal ytes nettopp i hjemmet. Da må kostnad ved en såpass desentralisert tjeneste som hjemmetjeneste, som vel er det mest desentraliserte av tjenester man kan få, veies opp mot det man faktisk får av tjenester.

Oates beskriver i sin teori, at, i tillegg til lokale forhold som må tas hensyn til, så vil den store fordelene ved desentralisert tjenesteyting- og beslutningstaking være dersom befolkningen er homogen og har felles ønsker. Det er lettere å etterspørre tydelig en tjeneste og en ønsket prioritering dersom det er homogenitet i gruppen. Og det er tilsvarende enkelt å komme til enighet om kostnadsnivå.

I en befolkning vil naturlig nok ikke alle være like og ha felles interesse; det vil for eksempel være forskjellig aldersgruppe, bo både menn og kvinner, og forskjellige husholdningsformer. Allikevel kan størrelsen på en slik gruppe kanskje angi en interesse, som kommunen må ta hensyn til i sin prioritering og i sin organisering av tilbud.

Andel over 65 år er en gruppe som kan gi en indikasjon både på etterspørselen nå, men også på hva kommunen planlegger for. Gruppen representerer en del av befolkningen som er ferdig med yrkeslivet, og som dermed ofte ikke har så stor inntekt, og som i stadig større grad vil få problemer med helsen. Deres etterspørsel etter hjelp fra kommunen, vil antakeligvis være av betydning for kommunen, og kommunen må ta hensyn til gruppens størrelse.

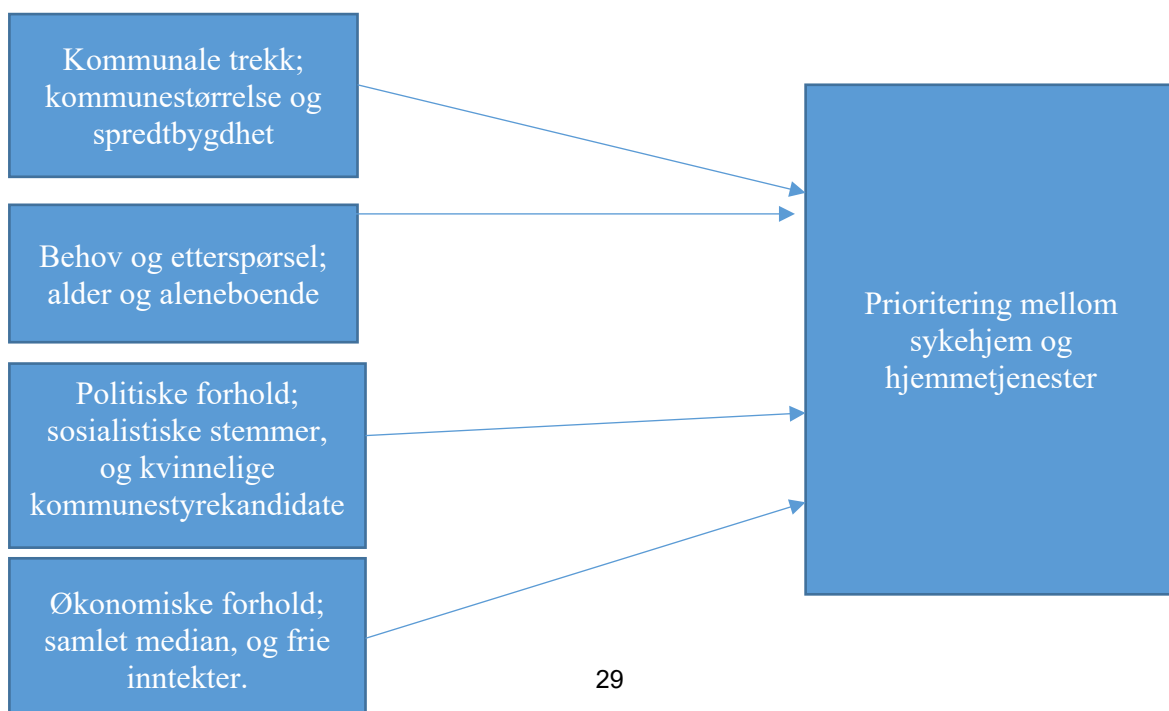
Tilsvarende vil andel aleneboende kunne være en gruppe med felles interesser. Gruppens absolutte fellesnevner, er at de bor alene, og ikke har noen pårørende hos seg. Det er dermed plausibelt å tro at de vil være fullt avhengig av kommunens hjelp. Tilrettelegging av tjenester slik at folk ikke er avhengig av privat bistand, kan derfor bli en særlig prioritering i kommuner med mange aleneboende.

Den mest direkte tilbakemeldingen som gis til det politiske beslutningsapparatet, er ved stemmegivning ved valg. Politikere blir holdt til ansvar for sine valg og prioriteringer den siste perioden, og blir, med forutsetning om informert og rasjonell stemmegivning, kastet eller valgt for ny periode ut ifra sine oppnåelser. Det er en direkte måte å se hvilken hovedretning folk ønsker for politikken, og kan både være tilbakemelding på perioden som har vært, og beskjed om ønsket kurs frem over. Et valg er ikke folkeavstemning, så den vil ikke gi et Ja/Nei-svar på et politikk-område. Det kan allikevel være en indikasjon på hovedretningen folk ønsker fremover, hvem man gir tillit til, og politikerne vil antakeligvis ikke kunne føre en politikk som velgerne er dypt uenig i.

Befolkningens inntektsnivå, kan tolkes både som en faktor som legger grunnlaget for kommunens tilbud, ved å utgjøre en del av finansieringsgrunnlaget for det kommunale tjenestetilbudet, men det kan også ses på som en etterspørselsfaktor. Man kan tenke seg at mennesker med høy inntekt også har andre forventninger og krav til tilbudet enn folk med dårligere råd, og at inntekten dermed vil fungere som en etterspørselsfaktor.

Desentraliseringsteoremet sier at tjenesteyting er best når den tar hensyn til lokale faktorer og tilpasses stedlige ønsker og forhold. Modellen over skal teste om prioritering mellom hjemmetjenester og sykehjem er preget av så lokal prioritering, og at det dermed er variasjon mellom kommunene i hvordan kommunene prioriterer tjenestene, eller om beslutningstagningen her er indifferent for lokale forhold.

Figur 2: Modell for analysen.



Borge og Pettersen (1998) fant signifikante resultater av frie inntekter pr innbygger sin effekt på utgifter i skolen; kommuner med høye frie inntekter pr innbygger, vil også bruke mer på skole.

(<http://folk.ntnu.no/larseb/Likeverdige%20skoletilbud%20og%20kommunale%20inntekter%20ALLFORSK.pdf>). Kirsti Rosenvold Bruun (2018) fant at kommuner med høye frie inntekter i signifikant større grad planla nye sykehjemsplasser og omsorgsboliger, sammenlignet med kommuner med lave frie inntekter. Ifølge resultatene, så det ut til at det var økonomien alene som var avgjørende, og ikke helsen eller behovet som var større i disse kommunene.

Med høyere frie inntekter pr innbygger, vil også prioriteringen av ressurskrevende oppgaver være større. Derfor vil kommuner med høy andel frie inntekter pr innbygger prioritere sykehjem høyere.

Hypotese 1: Det er positiv sammenheng mellom frie inntekter pr innbygger og prioritering av sykehjem.

Betaling for sykehjemsplass beregnes direkte fra en persons inntekt, så det er derfor interessant å se om størrelsen på medianinntekten har betydning for organiseringen av eldreomsorgen. Mange artikler har benyttet seg av inntektsstatistikk (Blom-Hansen, Monkerud og Sørensen 2006, Martinussen og Pettersen 2001, Jacobsen og Schönning Holtskog 2013). Martinussen og Pettersens resultat er at inntekt har en positiv men svak effekt på prioritering av grunnskole (Martinussen og Pettersen, 2001, s. 401). Medianinntekt kan tenkes å ha effekt enten ved at politikerne benytter seg av muligheten som ligger der til å vri prioriteringen over til sykehjem som betales som andel av inntekten. Men det kan også tenkes å ha effekt ved at folk med høyere inntekt har høyere forventninger til tjenestetilbudet. Basert på Martinussens og Pettersens resultater om inntektseffekten, vil samlet medianinntekt ha en positiv sammenheng med prioritering av sykehjem.

Hypotese 2: Det er positiv sammenheng mellom medianinntekt og prioritering av sykehjem.

Monkerud og Sørensen (2010), skriver i artikkelen «Smått og godt? Kommunestørrelse, ressurser og tilfredshet med det kommunale tilbudet» om folks tilfredshet med utvalgte tjenestetilbud ut ifra kommunestørrelse. Resultatene her, viser at det jevnt over er mindre tilfredshet med alle kommunale tilbud, jo større kommunen er, bortsett fra kulturtilbud og kollektivtrafikk. Det ser imidlertid ut som at sykehjem kommer dårligere ut med tilfredsheten

enn hjemmehjelp og hjemmesykepleie jo større kommunen er. Ut ifra dette kan jeg anta at små kommuner prioriterer sykehjem høyere enn store kommuner, og at tilfredsheten er et gjenspeil av politisk prioritering.

Hypotese 3: Det er negativ sammenheng mellom kommunestørrelse og prioritering av sykehjem.

Hvordan kommunene prioriterer i eldreomsorgen, kan også være påvirket av alderssammensetningen i befolkningen. Ettersom det er prioritering i eldreomsorg jeg undersøker, så er andelen eldre i kommunene relevant variabel å ha med seg. En del studier velger å ta med seg flere alderssegment (Martinussen og Pettersen 2001, Svaleryd 2009), men jeg har valgt å kun ta med gruppen 65 år og oppover. Jeg skal se på prioriteringen innad i eldreomsorgen, mellom hjemmetjenester og sykehjemsplass, og ikke se på eldreomsorg som konkurrerende tjenesteyting (og utgiftspost) mot andre kommunale tjenester som retter seg mot andre aldersgrupper. Resultatene fra Martinussen og Pettersen viser i sin studie der de undersøker hvor politisk styrt skolen er, at aldersgruppe er en interessegruppe, men at eldre ikke er noen sterk interessegruppe. Det var foreldre av barnehagebarn som var konkurrent for skolesatsing, og ikke aldersgruppen 67 år og oppover (Martinussen og Pettersen, 2001, s. 401). Martinussen og Pettersens resultat om eldre som svak interessegruppe kan tyde på at eldre blir nedprioritert i budsjettforhandlinger, og at man dermed går for billigste løsning. I tillegg vil en 65 åring sjeldent ende på sykehjem – sykehjemsbeboere har høy gjennomsnittsalder. I kommuner med høy andel eldre vil man derfor satse mer på hjemmetjenester, og heller jobbe forebyggende.

Hypotese 4: Det er negativ sammenheng mellom høy andel eldre og prioritering av sykehjem.

Spredtbygdhet er mindre brukt enn totalt befolkningstall og alder som variabel, men siden min oppgave tar utgangspunkt i å undersøke om det er ulik organisering av eldreomsorgen i norske kommuner, med den underliggende antakelsen om at det er det, og at det skyldes lokale forhold, så er dette en naturlig variabel å ta med. Martinussen og Pettersen brukte tetthet som variabel da de så på prioritering av grunnskolen i norske kommuner, og fikk forventede resultater; høyere befolkningstetthet ga flere elever pr klasse, og lavere kostnad pr

elev. Økt befolkningstetthet ga også vesentlig lavere kostnader til bygg og skolemateriell (Martinussen og Pettersen, 2001, s. 399-401).

På grunn av tjenestenes innhold, nemlig helse- og omsorgshjelp, er det grunn til å anta at det er av betydning at tjenesten er i rimelig nærhet. De to tjenestene er som nevnt ikke bare forskjellige i økonomisk forstand, men også helt forskjellig i sin fysiske organisering. I spredtbygde strøk, med lange distanser mellom folk, vil hjemmetjenester dermed være mer uhensiktsmessig som tjenesteform. Lange distanser vil gjøre hjemmetjenester svært dyrt relativt til selve tjenesteytingen; selv om en pleier ikke er lenge hos en bruker, kan tiden (og kostnaden) ved å komme seg til brukeren være stor. Den økonomiske gevinsten man kan oppnå i tettbygde strøk, vil man ikke oppnå i spredtbygde strøk.

Hypotese 5: Det er en positiv sammenheng mellom spredtbygghet og prioritering av sykehjem.

En rapport fra SSB i 2007 (Falnes-Dalheim og Slaastad, 2007) viste at det er forskjeller i både størrelse på husholdninger, og andel aleneboende rundt om i landet. Rapporten «Aleneboendes levekår» fra 2006 viser at det er stort sprik i gruppen «aleneboende»; det er ikke noe ensartet gruppe. Allikevel viser rapporten at andelen med helseproblemer er høyere for aleneboende, særlig blant eldre. Rapporten antyder at det både er på grunn av langvarig aleneboenhet, og på grunn av manglende rutiner og regelmessig samvær som fører til dårligere helse (Mørk, 2006).

Ut ifra resultatene til SSB, er det grunn til å tro at en stor andel aleneboende vil bli ansett som en ekstra utfordring for kommunene. Både har gruppen større helseplager, og de mangler nær person til hjelp og rutiner i det daglige. Derfor er antakelsen her, at kommuner med høy andel aleneboende, vil ha mer bruk av sykehjem.

Hypotese 6: Det er en positiv sammenheng mellom aleneboende og sykehjem.

Høyre-venstre-aksen er grunnleggende for orienteringen i norsk politisk landskap.

Konfliktlinjene som er i dag, kunne ses, dog med andre dimensjoner, i annet tid og rom, i samfunnet Anne-Lise Seip (1984) beskrev om velferdsstatens fremvekst. Tanken bak å dele godkjente stemmer inn i sosialistisk/ikke-sosialistisk er at synet på størrelse av skattenivå og

offentlig tjenestetilbud følger av den tradisjonelle høyre-venstre-dimensjonen i norsk politikk (Sørensen og Monkerud, 2004, s. 11, 12). Ved bruk av en slik parti-dikotomi, fant Blom-Hansen, Monkerud og Sørensen fant i sin studie «Do parties matter for local revenue policies? A comparison of Denmark and Norway» at sosialistiske partier har en positiv effekt på inntekt og eiendomsskatt, mens de har en negativ effekt på bruk av egenbetalinger. De konkluderer allikevel med at ideologiske skiller ikke har stor avgjørende effekt på lokalnivå i Norge (Blom-Hansen, Monkerud og Sørensen, 2006).

Det er selvsagt en åpenbar svakhet ved denne variabelen; hensikten med kommunepolitikk er jo å være lokalt tilpasset. Å tolke antall som stemte sosialistisk ut ifra hva partiene på nasjonalt nivå sier, vil ikke være riktig. For det første fordi de fleste kommuner har formannskapsmodell, og dermed en annen tilnærming til politikkutforming og beslutninger enn nasjonalt nivå. Men mange kommuner er også små, med en annen forbindelse mellom politikere og folk. Norsk mediankommune var i 2016 på 4700 innbyggere. Konsensusorientert beslutningstaking og såpass små kommuner kan i seg selv ha betydning for hvordan folk stemmer.

Allikevel tar jeg utgangspunkt i at det er en grunnleggende forskjell på sosialistiske og ikke-sosialistiske partier i deres ønske om ekspansiv offentlig tjenesteyting, som ikke endres så kraftig fra lokallag til lokallag. Mens sosialistiske partier ønsker omfattende offentlig velferdstilbud, er ikke-sosialistiske partier mer skeptisk til offentlig inngripen, og mer opptatt av effektivisering av tjenestetilbudet.

Hypotese 7: Det er positiv sammenheng mellom andel sosialistiske stemmer, og andel beboere på sykehjem.

Valget av kvinnelige kommunestyrekandidater som en variabel i analysen, er tatt fordi det er meningsfylt å se om prioriteringen mellom hjemmetjenester og sykehjem kan være påvirket av kvinners politiske deltakelse. Tanken er at selve feltet, altså eldreomsorg, i seg selv har en klar kjønnsdimensjon, og at denne kjønnsdimensjonen vil være en politisk interessedimensjon. Helse- og sosialpolitikk, herunder eldreomsorg, er en sektor det er naturlig å tenke seg blir påvirket av kvinnelig representasjon. Kvinner har tradisjonelt hatt omsorgsrolle i familien, og det er en sektor som sysselsetter mange kvinner – både sammenlignet med menn, men også som en stor sektor (SSB, 2020). Det er derfor plausibelt å

tro at andelen kvinnelige representanter i kommunestyrene vil påvirke prioriteringene i eldreomsorgen.

Det er gjort noen studier i Sverige på hvordan kvinnelig representasjon påvirker politikken av Bratton og Ray (2002) og Svaleryd (2009). Bratton og Ray undersøkte kvinnenes inntog i kommunestyrene og utbyggingen av barnehager i Norge, fra 1975-1991. Utgangspunktet her, var at kvinner har en gruppeinteresse, og at denne vil gjenspeiles politisk. Bratton og Ray fant signifikante resultater for at kvinners politiske deltakelse hadde effekt på barnehageutbygging. De fant også at virkningen var størst i starten, da det var relativt sett få kvinner, men til gjengjeld også stor mangel på barnehager. Når dekningen her gikk opp, ble virkningen mindre.

Svaleryd så på kvinnelige kommunestyrerepresentanters effekt på offentlige utgifter til forskjellige politikkområder. Studien tar for seg perioden 1976-1997, og så på utgiftene til barnehage og skole forholdsmessig til eldreomsorg. Hun fant at kvinnelige politikere, spesielt på venstresiden, prioriterer barnehage og skole (Svaleryd, 2009).

Sanitetskvinnenes pårørende-rapport fra 2019, viser at pårørende-rollen overfor egne foreldre er den soleklart største i dag. I tillegg viser rapporten at det er kvinnene som utfører de typiske pleie-oppgavene, at det påvirker kvinnene negativt iblant annet jobbsituasjon og helsemessig, og at kvinner i mye større grad opplever rollen som pårørende som belastende. Ut ifra dette er det rimelig å anta at andel kvinnelige kommunestyrerepresentanter vil påvirke prioriteringen i eldreomsorgen, og det er naturlig å tenke seg at kvinner ønsker å redusere egen omsorgsrolle.

Hypotese 8: Det er positiv sammenheng mellom andel kvinnelige kommunestyrerepresentanter og sykehjem.

3.0 Metodekapittel

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for valg av metode, innsamlingsprosessen, hva slags type data som er valgt og fordeler og ulemper ved disse, og en konkretisering og vurdering av hvordan jeg har tilpasset dataene til eget bruk i denne oppgaven.

3.1 Valg av metode

For å besvare problemstillingen min om hvilke faktorer som ligger bak hvordan eldreomsorgen organiseres, har jeg valgt kvantitativ metode. Pr 2015 hadde Norge 428 kommuner og hver av dem med ansvar for eldreomsorgen i sin kommune. Kvantitativ metode er egnet for å gjøre analyser med mange enheter, som for eksempel av 428 kommuner. Informasjonen man ønsker å ha om enhetene, må defineres i en eller flere variabler, og det må være målbart. Fordelen med en kvantitativ analyse, er nettopp at man får sett på mange enheter, og at resultatene er i tall. Målet for oppgaven er å kunne si noe om hvorfor kommunene organiserer eldreomsorgen slik de gjør; om man kan se noe mønster. Med kvantitativ metode testes hypoteser basert på stort utvalg av data, og både fremgangsmetode og funn er strukturert (Ringdal, 2018, s. 110-111).

I denne analysen er det norske kommuner som er enhetene, $n=428$. Det er noe frafall på tallene jeg bruker; fire kommuner som mangler tall for hjemmetjenester, og en kommune mangler tall for sykehjem. Jeg anser allikevel ikke dette for å være noen stor ødeleggelse for analysen; i analysen for sykehjem har jeg svar for 427 enheter, og for hjemmetjenesten 424, og til sammen er det 423 kommuner med i analysen, så dette er veldig godt grunnlag for å kunne besvare problemstillingen min.

En tverrsnittstudie gir et øyeblikksbilde av det som studeres, og slutningene av oppgaven kan dermed ikke sies å ha mer forklaringsverdi enn for 2015. Å få et slikt bilde av hvordan kommunene prioriterer trenger allikevel ikke å være helt uten verdi, så lenge man ikke trekker slutninger det ikke er hold for (Ringdal, 2018, s. 151-152).

Jeg har valgt 2015 som tidspunkt for denne analysen. Jeg valgte å konsentrere meg om ett år, fordi jeg ville se på om organiseringen av eldreomsorg kan forklares av lokale forhold. Sektoren utvikler seg stadig, så en studie over flere år kunne definitivt vært spennende. En slik studie avhenger imidlertid av at data for alle variabler er tilgjengelig for flere år, hvilket er vanskelig med å kombinere forskjellige registre og databaser, og at enhetene er de samme, som til dels er vanskelig med kommunesammenslåinger. En tverrsnittstudie kan si mye om situasjonen på sitt gitte tidspunkt, og nettopp kunne gi den informasjonen man måler. I denne oppgaven er jeg ute etter å se om kommunale forhold påvirker prioriteringen i eldreomsorgen. En tverrsnittstudie vil kunne vise meg dette, for et gitt tidspunkt.

Valg av akkurat året 2015 var fordi dette året har mye tilgjengelig data. NSD har ikke data, som er relevant for meg, etter 2015, og mye data fra KOSTRA starter opp i 2015. Derfor fikk

jeg best utgangspunkt for å velge meg variabler ved å velge 2015 som år. Valgene av variabler er gjort fordi jeg tror disse vil kunne si noe om hvordan kommunene velger å organisere seg; jeg tror variablene vil vise og forklare lokale forskjeller. Om det skulle vise seg at en, flere eller alle av variablene ikke påvirker organiseringen, så vil det ikke ødelegge for hverken analyse eller diskusjon. Funnene blir ikke mindre interessante fordi man ikke får bekreftet sin mistanke.

Videre i metodekapittelet vil jeg ta for meg hvordan jeg samlet inn dataene, hva slags type data jeg benytter meg av, jeg vil ta for meg operasjonaliseringen av variablene, reliabilitet og validitet, samt regresjonsanalyse.

3.2 Innsamling av data

Mine data er samlet inn fra rapporteringssystemet K^Ommune-S^Tat-R^Apportering (KOSTRA) som publiseres på Statistisk sentralbyrå, og i tillegg har jeg noe data fra kommunedatabasen Norsk senter for forskningsdata. Disse er begge store innsamlere, kvalitetssikrere og forvaltere av data, om enn for noe forskjellige formål. SSB er en offentlig institusjon, og ligger under finansdepartementet, men er faglig uavhengig. NSD er underlagt kunnskapsdepartementet, men er også en uavhengig institusjon (NSD, 2020). SSB er utadrettet leverandør av statistikk, og har som grunnsyn at felles faktagrunnlag og lett tilgjengelig statistikk av høy kvalitet er et gode for samfunnet (SSB, 2020). NSD sin virksomhet er mer rettet mot forskere og studenter.

Dataene jeg benytter meg av, er i all hovedsak allment tilgjengelig. Jeg har hentet inn data om sykehjem og hjemmetjenester, all data på de økonomiske variablene, samt all befolkningsdata er hentet fra SSB sine nettsider. Informasjon om politiske forhold i kommunen og kommunestyrerepresentanter, er hentet fra kommunedatabasen NSD drifter. Ikke noe av mitt datagrunnlag er underlagt noe videre personvernregler med egen kontrakt mellom meg og NSD, det er imidlertid en forpliktelse å sende NSD kopi av oppgaven etter bruk av deres kommunedatabase.

Alle nedlastninger fra ssb.no er lastet ned som dokument under kategorien «alle kommuner». Jeg har deretter «renset vekk» øvrige kommuner som ikke eksisterte i 2015, ved å bruke en kommunenummerliste.

3.3 Registerdata

Dataene jeg benytter meg av, er i all hovedsak registerdata. Registerdata er ikke representativt for befolkningen. Disse dataene dekker kun sitt eget spesifikke område, og registrerer kun etter ett eller få kjennetegn. Respondentene, eller de registrerte, er dermed ikke nødvendigvis mange, men registerdata har den fordel at responsen, eller innrapporteringen, er stor og funnene dermed dekker stort for det man undersøker. Som forsker slipper man å trekke noe utvalg, vente på respons, vurdere svarprosenten og lignende. Det er som oftest lite frafall av enheter i gruppen som registreres. Bruk av offentlige registre, som for eksempel IPLOS-registeret, tar dermed utgangspunkt i hele befolkningen, aggregert til kommunenivå, når det registreres. Registerdata er som oftest ganske «smale» i sin innhenting av informasjon, det følger av å være registrering av en gitt variabel. Dermed må informasjonen settes sammen med annen informasjon hentet fra andre registre og databaser (Folkestad, 2017, s. 3-5). Registerdata er dog ikke laget for forsknings- og statistiske formål. Registerne er laget av praktisk og administrative formål, og kan ha annet innhold eller definisjon enn det som er ønskelig for et statistisk formål. En forsker eller forsknings- og statistikk institusjon ville kanskje samlet inn data etter andre indikatorer, ønsket å registrere etter andre mål, men innsamling av data er dyrt, så gjenbruk av eksisterende registre er dermed en attraktiv kilde også til forskningsformål. Endringer i definisjoner og lignende, kan gjøre at registrene kan bli vanskelige å sammenligne også (Ringdal, 2018, s. 162).

KOSTRA som jeg har brukt, er et stort system for registerdata. KOSTRA er ment som aktivt styringsverktøy, og utarbeides også nettopp for å samkjøre kommunenes registreringer i for eksempel ressursbruk. Fra 2001 ble alle kommuner og fylkeskommuner forpliktet til å rapportere inn til KOSTRA. Registreringen skjer etter bestemte kriterier; kommuneregnskap skal for eksempel føres etter KOSTRA-funksjoner. Meningen med systemet er at kommunenes tall skal være sammenlignbare og transparente. Myndighetene trenger registrering av kommunal drift som gir hensiktsmessig informasjon, som nettopp er egnet som grunnlag for å kunne fatte beslutninger. Med den massive informasjonsinnsamlingen KOSTRA gjør, og den standardiseringen de har – at alt måles likt – er det selvsagt også en attraktiv kilde til forskning (SSB, 2018). Innsamling av data er kostbart, så kostnad-nytte bør uansett vurderes selv om registerdataene ikke presist skulle måle det man ønsker (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2019). Målefeil kan alltid forekomme, og i denne oppgaven, vil jeg tro at befolknings- og husholdningstallene er mest sårbare for det. Det skyldes at folk

ikke alltid rapporter flyttinger i riktig tid, og at det det er folk uten oppholdstillatelse i Norge. Allikevel er statistikken på dette området også svært god, og statistikkleverandørene er godt kjent med problematikken (SSB, 2020).

3.4 Operasjonalisering

Operasjonalisering er å finne en egnet og målbar indikator for den variabelen man har valgt seg ut. Å gjøre en teoretisk definisjon målbar gjennom egnet variabel (Tuftes, 2019, s. 35).

Min problemstilling er prioritering i eldreomsorgen, der sykehjem og hjemmetjenester inngår i en og samme avhengige variabel. Jeg har valgt å konstruere en variabel, der jeg dividerer andelen over 80 år som er på sykehjem, med andelen over 80 år som mottar hjemmetjenester.

På denne måten kommer det relative forholdet mellom disse to tjenesteformene frem

Min operasjonalisering har vært å gjøre eldreomsorgen til et valg mellom sykehjem og hjemmebaserte tjenester. Begge tjenestene yter medisinsk og ikke-medisinsk hjelp, forskjellen ligger i sykehjemmets mer kollektivt organiserte struktur og «pakkeløsning», mens hjemmebaserte tjenester er individorienterte. Variablene er andelen over 80 år som mottar hver av tjenestene.

Økonomiske forhold har jeg operasjonalisert som frie inntekter pr innbygger og samlet medianinntekt. Disse målene gir hver sin vinkel på økonomien i kommunen; frie inntekter pr innbygger er kommunens disponible inntekter, og skal dekke lovpålagte oppgaver og for oppgaver de selv ønsker å prioritere.

Første økonomiske variabel er frie inntekter pr innbygger. Variabelen er valgt fordi frie inntekter er en stor inntektspost for kommunen, og det er en finansieringskilde for blant annet eldreomsorgen. Frie inntekter sto i 2015 for ca. 75% av de kommunale inntektene (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2015, s. 26). Frie inntekter er summen av kommunens egne skatteinntekter og rammeoverføringer fra staten. Midlene dekker lovpålagte oppgaver og kommunens egne prioriteringer. Hvordan fordelingen av frie inntekter påvirker tjenesteutbyggingen er dermed interessant å se. Det er en fordel at tallet er i kroner pr innbygger. Det er et håndgripelig mål, lett å sammenligne. Tallet vil dog kunne holde skjult informasjon som spiller rolle. Noen steder er tjenesteyting dyrere – det er ikke mulig å gjøre det tilsvarende billig som andre steder. Frie inntekter pr innbygger, som et mål på prioritering, vil ikke være i stand til å fange opp at kommunene ikke stiller likt her. Noen kommuner vil ha

mindre prioriteringsrom, fordi deres kostnad ved tjenesteyting er høyere, som tilsvarer at inntektene reelt er lavere. En del av dette kompenseres kommunene riktig nok for i de frie inntektene, men noen kommuner vil ha betydelige strukturelle ulemper ved å ha så lav befolkning at det begrenser mulighetene for effektivisering.

Tallene for frie inntekter pr innbygger er hentet fra SSB

(<https://www.ssb.no/statbank/table/12134/>). Grunn av skjevfordeling, har jeg valgt å bruk naturlig logaritme på denne variabelen. Transformasjonen reduserer skjevheten, og gjør variabelen blir mer normalfordelt (Field, 2013, s. 203).

Samlet median inntekt er et mål som viser hvor inntektsnivået for medianborgeren ligger.

Variabelen skal måle om prioriteringen er sensitiv for folks privatøkonomiske velstand; om det finnes noen vridende effekt. Median er mindre sensitiv for ekstremverdier enn

gjennomsnitt. Det gir mer hensikt å se om kommuneledelsen vrir prioriteringene etter

medianinntekten, fordi dette gjenspeiler midtpunktet, enn gjennomsnittet dersom dette

egentlig er basert på stor ulikhet, og noen få med veldig høy inntekt. Tallet er hentet fra SSB

(<https://www.ssb.no/statbank/table/06944/>), og måler samlet medianinntekt pr husholdning for skatt. Dette inkluderer kapitalinntekter. Tallet er ikke gjort noe videre med.

Befolkningstallene kommer opprinnelig fra det sentrale folkeregisteret. Fødsler og dødstill

registreres løpende i folkeregisteret, og tallene hos SSB oppdateres både årlig og kvartalsvis

slik at det er mulig å se endring i befolknings sammensetning- og størrelse. Dette registeret har

informasjon som inkluderer folks kjønn, alder og bosted, og kan brukes i analyser for

befolkningsendringer, demografiske forhold, og kobles opp til andre registre. Jeg har hatt

befolkning aggregert på kommunenivå, altså ikke individnivå. Gjennom denne har jeg valgt ut

totalbefolkning, aldersgruppe og «Spredtbygdhet», i tillegg til tall for aleneboende fra

husholdningsstatistikken fra SSB. Målet med disse variablene er å se om det er visse særtegn i

befolkningsstrukturen hos kommuner som gir utslag i prioriteringene.

Total befolkningsstørrelse ble en måte å måle kommunestørrelse på. Det er stor variasjon

blant Norges kommuner, og denne variabelen måler om det er noen sammenheng mellom

prioritering i eldreomsorgen og befolkningsstørrelsen i kommunene. Tallene er absolutte, og

de er hentet fra <https://www.ssb.no/statbank/table/07459/> . Tallene for kommunestørrelse er

såpass skjevfordelt, at disse har jeg transformert med naturlig logaritme. Variabelen blir mer

normalfordelt med logaritmisk transformasjon (Field, 2013, s. 203). Variablene spredtbygd,

over 65 år og aleneboende er selvsagt regnet ut ifra det ikke-loggede befolkningstallet.

Jeg har benyttet meg av Statistisk sentralbyrås ferdige aldersgrupperinger, med gruppene 0-19, 20-64 og 65 og oppover (<https://www.ssb.no/statbank/table/07459/>). Jeg har valgt å kun bruke sistnevnte gruppe. Jeg har regnet om denne gruppen som andel av totalbefolkningen, så tallet er i prosent. Det er stort sprik mellom 65 og 80 år, så kommuner med en stor andel i denne kategorien kan fremdeles ha mange under 80 år. Allikevel vil variabelen fange opp en stor gruppe som er ferdig med yrkeslivet, og som stadig blir eldre. Kommuner med en stor andel av denne aldersgruppen kan tenkes å organisere annerledes, at de planlegger for eldrebølgen.

Med «spredtbygdhet» menes prosentandel av totalbefolkningen som bor spredtbygd. Jeg valgte å bruke tall for Spredtbygdhet fremfor tettbygdhet nettopp fordi jeg skal teste ut om det er variasjoner i lokal organisering. Spredtbygdhet og tettbygdhet måler for så vidt det samme, bare motsatt retning. Jeg valgte spredtbygd fordi jeg ser etter lokal variasjon, og har desentraliseringsteoremet som teori. For å unngå multikollinearitet har jeg kun tatt spredtbygdhet som variabel (Ringstad, 2018 s.422-423, 430-431). Variabelen måtte regnes om til prosent, fordi tallene fra SSB var oppgitt i absolutt antall mennesker bosatt i spredtbygd område pr kommune (<https://www.ssb.no/statbank/table/05212/>).

Variabelen aleneboende har jeg tatt med for å se om den formen for hushold har noe å si for prioriteringene. Tanken bak denne variabelen, er at bomønster varierer i landet, og at dette har konsekvenser for enkeltmenneskes evne til å imøtekomme alderdom og sviktende helse.

Hensikten er å se om andel aleneboende har noe å si for måten kommunene tilpasser eldreomsorgen på. Tallene for variabelen er fra SSB sin befolkningsstatistikk, i underkategorien husholdningsstatistikk (<https://www.ssb.no/statbank/table/06070/>). Denne er oppgitt i absolutt tall for hver kommune, og regnet om til prosentandel.

For å måle politiske preferanser, har jeg hentet valgdata fra NSD, om stemmegivning fra kommunevalget i 2011. Jeg valgte å hente data om stemmegivning; antall godkjente stemmer. På denne måten får jeg informasjon om befolkningens preferanser.

Politikk måtte måles på en eller annen måte; prioriteringer og ressursbruk er politiske spørsmål.

Jeg valgte å bruke stemmegivning, fordi dette gir befolkningens oppslutning for partier, og man kan ane generelle sympatier ut ifra det. Tanken bak oppgaven er jo å oppdage lokale forskjeller, og forskjeller i partilag som tilhører ett og samme parti skal heller ikke glemmes. Man kan allikevel ha en antakelse om at det kan være et hoved skille mellom sosialistiske og

ikke-sosialistiske partier i ønske om offentlige størrelsen på offentlig sektor, styring og pengebruk. Derfor har jeg valgt å lage variabelen «andel sosialistiske stemmer». For å unngå multikollinearitet, måler jeg kun sosialistiske partier. I kategorien «andel sosialistiske stemmer» inngår NKP, Rødt, SV og AP. Denne kategoriseringen er brukt før, blant annet av Hansen & Kjellberg i 1976 i deres studie om utgiftsnivået blant norske kommuner. De borgerlige partiene, sentrumpartiene, mindre partier som Samenes Parti, Kystpartiet og Demokratene, lokale lister og felleslister er da i den andre gruppen. Jeg har summert antall godkjente stemmer for NKP, Rødt, AP og SV, og regnet dette som prosent av totalt antall godkjente stemmer.

For å se om kjønn i seg selv representerer noen form for interesse i prioriteringen, har jeg valgt å se på kvinners deltakelse i politikken. Her har jeg valgt å se på de kvinnelige kommunestyrekandidatene, og gjort disse som en andel av totalt antall kommunestyre kandidater.

Tallene for kvinnelige kommunestyrekandidater er også fra NSD, og disse er også i absolutte tall. Dette er blitt regnet som en andel av totalt antall kommunestyrekandidater.

3.5 Reliabilitet og validitet

Med reliabilitet menes dataens pålitelighet, og i hvilken grad dataene inneholder målefeil. Det sier noe om nøyaktigheten til dataene man bruker. vil det være akseptabelt med tilfeldige målefeil, så sant det ikke rammer skjevt og systematisk, og berører en viss gruppe enheter i undersøkelsen, samt hvis undersøkelsen er stor. Feilene vil utligne hverandre (Tuft, 2019, s. 148). Tilfeldig målefeil kan skje på grunn av feilregistrering, misforståelse, unøyaktige svar og lignende. Systematisk målefeil skyldes derimot en systematiske svikt i målingen. Dette er når målinger er gjort på en slik måte at det systematisk påvirker enhetenes respons.

Mine data er registerdata, så det er lite rom for skjønn og tolkning fra respondentenes side.

Alle kommunene har samme tellesystem for å telle antall brukere av sykehjem.

Feilregistreringer kan imidlertid skje. Kommunenes innrapportering av sine tall for sykehjem- og hjemmetjenester via IPLOS, og deretter til KOSTRA, som begge har fastsatte kriterier for registrering og kontroll, gjør at det er liten grunn til å tro at dataene skulle lide av lav reliabilitet. Jeg anser det som svært lite sannsynlig at det kan forekomme systematisk feilregistrering hos en kommune, uten at det skulle bli oppdaget hos KOSTRA. Tilsvarende

gjelder for de øvrige tallene jeg har hentet fra KOSTRA; de er registrert etter bestemte kriterier, og er kontrollert.

Tallene for godkjente stemmer og andel kvinnelige kommunestyrerepresentanter, hentet fra NSD, har sin opprinnelse fra valgdirektoratet. Dette er totaltelling av stemmene i hver enkelt kommune. Stemmer ved valg går gjennom fintelling, og det er liten grunn til å tro at dataene er lite reliable. For andel kvinnelige kandidater i kommunestyret, er tallene basert på telling av antallet kvinnelige kandidater i hvert kommunestyre fra valget i 2011, og gjort som andel av totalt antall kandidater. Det er liten grunn til å tro at tellingen av antall kvinner i kommunestyret skulle bli feilregistrert; det er en begrenset gruppe å registrere.

I den grad det er hensiktsmessig med noen konkludering, vil jeg si at mine data har høy reliabilitet. De har fulgt stramme standarder for registrering, og følges opp av KOSTRA ved avvik.

Validiteten bestemmes av hvorvidt dataene er i stand til å måle det jeg faktisk ønsker å måle. Høy validitet betyr at dataene er i stand til å besvare spørsmålet som er stilt, mens lav validitet betyr at dataene ikke er egnet til å besvare problemstillingen. Høy validitet er avhengig av høy reliabilitet; ved systematisk målefeil, vil validiteten være lav, dataene vil ikke være i stand til å besvare problemstillingen (Ringdal, 2018, s.102, 103).

Mine data stammer fra registre, og slipper unna faren som systematisk målefeil ved Ringdal kaller «enighetssyndromet og sosial ønskelighet» (Ringdal, 2018, s. 371). Enighetseffekten er at respondenten svarer «ja» uavhengig av innholdet på spørsmålet, mens sosial ønskelighet er å svare det som oppfattes som sosialt ønskelig, selv om det ikke stemmer overens med respondentens egen mening eller erfaring (Ringdal, 2018, s. 371).

Når det gjelder mine data, så vil validiteten først og fremst måles på hvilke variabler jeg har valgt. Mål for avhengige variabler; andel brukere over 80 år for hver av tjenestene, er et konkret mål som sier noe om kommunens tjenesteyting til folk over 80 år generelt, og hvilken tjenesteyting folk får spesielt. I valg av økonomiske variabler, er det mye å velge av, alle med sterke og svake sider. Min avhengige variabel kunne også vært målt ved se på utgiftene til hver av tjenestene. Problemet med et slikt mål er imidlertid at det ikke vil ta hensyn til at kommuner ikke stiller likt i hvor effektivt tjenestene kan drives. Noen kommuner vil ikke ha grunnlag for å dra stordriftsfordeler, og vil ha høyere utgifter, selv om de i utgangspunktet er effektive i driftskostnader.

Når det gjelder de uavhengige variablene, så stiller i utgangspunktet kategorien «lokale forhold» seg ganske åpen for valg. Dette er imidlertid en analyse der jeg skal undersøke kommunenes valg i eldreomsorgen, og til grunn for valg ligger det knappe ressurser. De uavhengige variablene er valgt ut for å få undersøkt flere forklaringsmuligheter for hvorfor eldreomsorgen organiseres slik den gjør; for å se om det er et mønster. Det er imidlertid ikke slik man ikke kunne valgt andre variabler. Det finnes for eksempel mange økonomiske indikatorer for kommuneøkonomien, og det går an å argumentere for gyldigheten for mange av dem. Det viktigste er først og fremst å være bevisst på styrken og svakheten til målene man velger ut. Dataene om befolkning og politisk preferanse, vurderer jeg også til å ha validitet. Det måler politiske forhold, og det måler demografiske forhold slikt som tiltenkt.

3.6 Regresjonsanalyse

For å teste min analysemodell, benytter jeg meg av multippel regresjonsanalyse. Dette er en metode som er egnet for variabler på forholdstallsnivå, som er det jeg har (Ringdal, 2018, s. 282). Antakelsen ved regresjonsanalyse, er at det finnes sammenheng mellom avhengig variabel y og uavhengig variabel x . Ved multippel regresjonsanalyse, som jeg benytter meg av, har man flere uavhengige variabler. På denne måten får man testet fenomenet y ved flere parametere, og disse kontrollerer effekten av hverandre. Ved multippel regresjonsanalyse har man dermed større sannsynlighet for å finne den reelle sammenhengen mellom avhengig og uavhengig variabel, og hvor sterk den er, enn ved enkel regresjonsanalyse. Man kan få oppdaget spuriøse effekter (Tuft, 2019, s. 124). Valg av variabler er selvsagt avgjørende for hvor godt og effektivt en slik kontroll er. Ringdal (2018) setter opp tre punkter for hvordan å lage en regresjonsmodell. Det er å ta med aktuelle x -variabler, samtidig som de irrelevante lukes ut. I tillegg må man være var på målefeil. I en lineær regresjonsanalyse, må sammenhengen mellom X og Y være lineær; forutsetningene for dette står nedenfor.

Forutsetningene for en lineær regresjonsanalyse, er at:

- Residualene har et gjennomsnitt på 0 i populasjonen.
- Det er forutsettes at variansen er lik for alle de uavhengige variablene (x -variablene). Det vil si at det er homoskedastisitet.
- Residualene skal være ukorrelerte med hverandre og x -variablene.
- Residualene er normalfordelte.

- X-variablene må ikke være perfekt korrelerte. (Ringdal, 2018, s. 422).

Regresjonsligningen ser sånn ut med tre uavhengige variabler: $Y_i = b_0 + b_1X_{1i} + b_2X_{2i} + b_3X_{3i} + e_i$ (Ringstad, 2018, s. 411). b_0 er konstant leddet for Y når x-variablene settes til 0. b viser endringen når X økes med en enhet. Hver av de over representerer hver sin variabel, og i multippel regresjonsanalyse kan det i utgangspunktet være uendelig (Ringdal, 2018, s. 411).

4.0 Resultater

Her vil jeg kort presentere deskriptiv statistikk for hver av tjenestene som inngår i avhengig variabel, og deretter for prioriteringsraten som er avhengig variabel. Etter det følger en rask gjennomgang av korrelasjonene, og deretter presenteres resultatene av multippel regresjonsanalyse. Disse kommenteres kort her, og blir grundigere diskutert senere. Neste del, er diskusjonen. Her drøfter jeg resultatene, vurderer resultatene mot tidligere forskning og setter det inn i teoretisk ramme. I denne delen vil jeg først og fremst forholde meg til regresjonsanalysen, men også benytte meg av de bivarierte korrelasjonene.

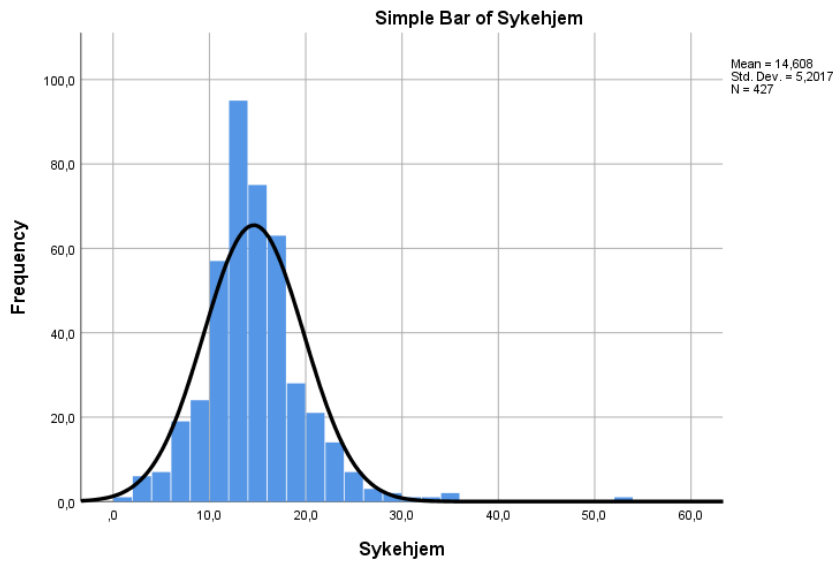
Sykehjem Hjemmetjenester

Tabell 1: Deskriptiv statistikk: Sykehjem og hjemmetjenester

	N.	Minimum	Maksimum	Gjennomsnitt	Standardavvik	Skjevhet	Standard feil
Sykehjem	427	0,0	52,4	14,608	5,2017	1,404	0,118
Hjemmetj.	424	20,7	55,7	35,819	6,0707	0,316	0,119
Valid N (Listwise)	423						

Den deskriptive statistikken viser at mens minimum for sykehjem er 0% (Utsira), så er minste andel av brukere av hjemmetjenester 20,07%. Maximumstallene, på den andre siden, viser at det er max 52,4% av befolkningen over 80 år som er på sykehjem, og max 55,7% andel over 80 år som mottar hjemmetjenester. 52% over 80 år på sykehjem, er et svært høyt tall, men

dette avviker sterkt fra gjennomsnittet, og det kan kanskje også forklares ved høy bruk av korttidsplasser også.

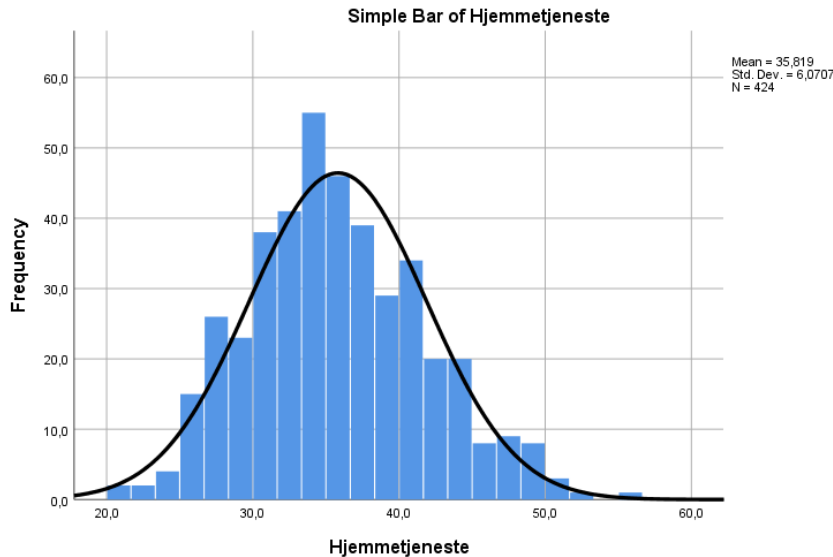


Figur 3:

Normalfordelingskurve for dekningsgrader på sykehjem.

Gjennomsnittstallet viser stor forskjell på de to tjenesteformene; 14,6% for sykehjem og 35,8% for hjemmetjenester. Det er altså vesentlig flere som mottar hjemmetjenester enn som har sykehjems plass.

Figur 4: Normalfordelingskurve fordekningsgrader for bruk av hjemmetjenester.



Standardavviket viser noe større variasjon for hjemmetjenester enn for sykehjem, når man sammenligner tallet isolert, med 6,07% mot 5,2% for sykehjem. Men standardavvik på 5,2% rundt et gjennomsnitt på 14,6% er vesentlig mer avvik enn 6,07% variasjon rundt et gjennomsnitt på 35,8%. Variasjonen for andel brukere på sykehjem er åpenbart større, enn for andel brukere av hjemmetjenester. Tallene for skjevhet viser også at det er forskjell i de to tjenesteformene; hjemmetjenester har en skjevhet på 0,316, mens sykehjem ligger på 1,404. En perfekt symmetrisk normalfordeling vil være 0, så jo lenger ut avvikene er, desto mer asymmetrisk er fordelingen.

Tabell 2: Deskriptiv statistikk: Prioriteringsvariabelen

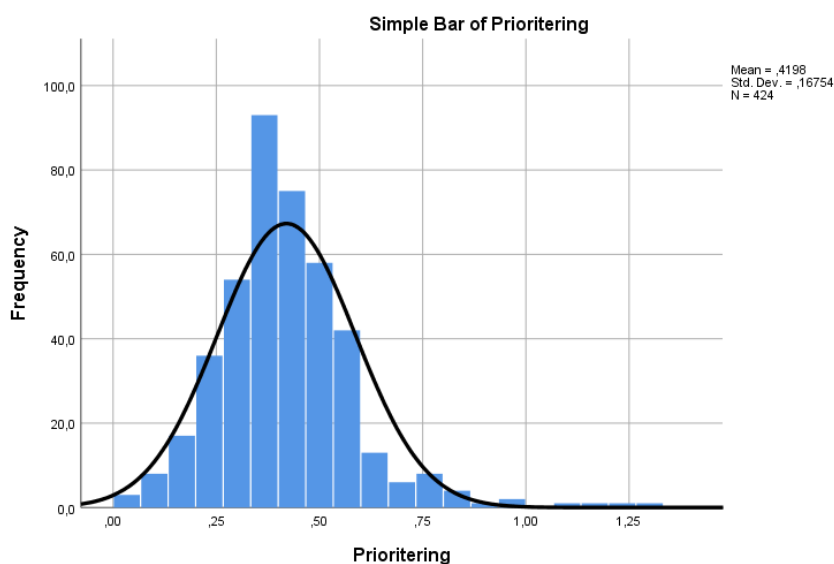
	N	Minimum	Maksimum	Gjennomsnitt	Standardavvik	Skjevhet	Standard feil
Prioriteringsraten	424	0,0	1,33	0,4198	0,16754	1,286	0,119
Valid N (listwise)	424						

Tolkningen av disse tallene må gjøres med varsomhet. I utgangspunktet gir raten <1 prioritering for hjemmetjenester, >1 prioritering for sykehjem, og 1= lik prioritering. Allikevel er det kun sykehjem som er av rimelig fast størrelse og innhold; hjemmetjenester varierer såpass at å konkludere bastant på at det skal være lik prioritering mellom de to

dersom raten =1, raskt blir misvisende. Det er viktig å huske på at variabelen er basert på dekningsgrad, og ikke volum og innhold.

Under er en normalfordelingskurve av prioriteringsvariabelen. Den viser at fordelingen er mer skjev enn fordelingen for hjemmetjenester, men mindre spissformet enn sykehjemskurven.

Figur 5: Normalfordelingskurve for prioriteringsvariabelen



4.1 Korrelasjoner

Korrelasjoner viser den statistiske sammenhengen mellom to variabler, og varierer mellom -1 og 1. Ved 0 er det ingen sammenheng, og sammenhengen blir tilsvarende sterkere jo nærmere -1 og 1 korrelasjonskoeffisienten, Pearsons R, er.

Tabell 3: Korrelasjonsmatrise, med de bivarierte korrelasjonene.

		V1	V2	V3	V4	V5	V6	V7	V8	V9
Prioritering V1	Pearson Correlation	1	,333**	-,099*	-,276**	,132**	,179**	,112*	0,028	,120*
LN frie inntekter V2	Pearson Correlation	,333**	1	-,355**	-,831**	,588**	,585**	,331**	-0,085	-0,004
Samlet median V3	Pearson Correlation	-,099*	-,355**	1	,331**	-,673**	-,294**	-,804**	-,349**	-,181**
LN kommunestørrelse V4	Pearson Correlation	-,276**	-,831**	,331**	1	-,611**	-,708**	-,165**	,121*	-0,013
Over 65 (prosent) V5	Pearson Correlation	,132**	,588**	-,673**	-,611**	1	,586**	,508**	,159**	,140**
Spredbygd (prosent) V6	Pearson Correlation	,179**	,585**	-,294**	-,708**	,586**	1	0,094	-,141**	0,022
Aleneboende (prosent) V7	Pearson Correlation	,112*	,331**	-,804**	-,165**	,508**	0,094	1	,336**	,191**
Sosialistiske stemmer (prosent) V8	Pearson Correlation	0,028	-0,085	-,349**	,121*	,159**	-,141**	,336**	1	,137**
Kvinner komm.st. (prosent) V9	Pearson Correlation	,120*	-0,004	-,181**	-0,013	,140**	0,022	,191**	,137**	1
** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).										
* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).										

De bivariate korrelasjonene, viser at det er frie inntekter pr innbygger, som har sterkest og positiv sammenheng med prioriteringsraten. Sammenhengen er allikevel moderat, den er ikke større enn 0,333. Kommunestørrelse er nest størst, med negativ korrelasjon på -0,276.

Prioriteringen går til fordel for hjemmetjenester jo større kommunene er. Dette kan ses i sammenheng med korrelasjonen for frie inntekter pr innbygger; små kommuner har høyere frie inntekter pr innbygger enn store kommuner.

Spredtbygdhet viser positiv, signifikant korrelasjon. Korrelasjonen er allikevel ikke så sterk som i utgangspunktet forventet.

Videre viser korrelasjonen for aldersgruppen 65 år og oppover, positiv og signifikant korrelasjon med avhengig variabel. Tilsvarende er korrelasjonen for aleneboende positiv og signifikant, men hverken aleneboende eller alder har spesielt sterke korrelasjoner.

For de politiske variablene, er det interessant å se at sosialistiske stemmer er den eneste variabelen som ikke er signifikant korrelert med prioriteringsvariabelen. For kvinner derimot er sammenhengen både signifikant og positiv, men som for de fleste øvrige variablene er styrken relativt lav; bortsett fra sosialistiske velgere har alle variablene signifikant korrelasjon med avhengig variabel, men ingen av variablene har veldig sterk korrelasjon med prioriteringen mellom hjemmetjenester og sykehjem.

4.2 Regresjon

Siden den avhengige variabelen har den konstruksjonen som den har, er den ustandardiserte regresjonskoeffisienten B svært lav. Denne gir jo endringen på avhengig variabel, altså prioriteringen, dersom uavhengig variabel endrer seg med én enhet. Beta-koeffisientene er standardiserte slik at de uavhengige variablene skal være sammenlignbare og at det gir mening å måle forskjellige variabler med forskjellige mål (dog på samme målenivå), i en og samme analyse.

Tabell 4: Regresjonsanalyse (OLS) med Betakoeffisient og B.

	B	Betakoeffisient	Sign.
(Konstant)	-3,469		0,000
Frie inntekter pr innb. (LN)	0,346	0,368	0,000
Samlet medianinntekt	7,435E-8	0,033	0,728
Kommunestørrelse (LN)	-0,011	-0,078	0,431

Spredtbygd (prosent)	0,000	0,039	0,575
Over 65 år (prosent)	-0,009	-0,201	0,12
Aleneboende (prosent)	0,002	0,051	0,563
Sosialistiske stemmer (prosent)	0,001	0,073	0,154
Kvinnelige kand. kommunestyret (prosent)	0,005	0,130	0,006
Justert R² = 0,128			

Justert R² er forholdsvis lav for regresjonen. Det er åpenbart utenforliggende faktorer som påvirker prioriteringen av sykehjem og hjemmetjenester som modellen ikke fanger opp. Resultatene viser allikevel hvilken forklaringskraft variablene har, og dermed hvor sterk forklaring disse har for prioritering mellom sykehjem og hjemmetjenester. Til tross for at justert R² ikke er veldig høy, gir den nettopp svar på det denne oppgaven ser etter; hvor stor betydning har kommuneøkonomi, kommunestørrelse, demografiske variabler og politiske forhold har å si for prioritering mellom hjemmetjenester og sykehjem. Forklaringsevnen i modellen vil også avhengig av enhetene i analysen, og den avhengige variabelen. (Tuftes, 2018 s. 126, Ringdal, 2018, s. 409, 410).

Regresjonsanalysen viser at det er positiv sammenheng mellom frie inntekter pr innbygger og prioritering av sykehjem. Frie inntekter pr innbygger er den uavhengige variabelen som har klart størst effekt på prioriteringen av de variablene som er med i denne analysen. Frie inntekter har positiv sammenheng med prioritering av sykehjem.

Samlet medianinntekt er svakt positiv, men ikke statistisk signifikant, og kan dermed ikke sies å ha noen effekt for prioritering for valg av tjenester.

Kommunestørrelse er ikke statistisk signifikant. Det er ingen sammenheng mellom kommunestørrelse og hvordan kommunene prioriterer i eldreomsorgen.

Kommunens ansvar for den aldrende delen av befolkningen, er en av faktorene som har statistisk signifikant effekt på prioriteringen. Kommuner med større andel aldrende befolkning, vil prioritere hjemmetjenester til fordel for sykehjem.

Spredtbygdhet har heller ingen statistisk signifikans på prioriteringen mellom hjemmetjenester og sykehjem. Tilsvarende gjelder for aleneboende også.

Andel aleneboende er svakt positivt, men ligger også langt utenfor signifikansnivået. Tilsvarende er det for andel sosialistiske stemmer. For andel kvinnelige kandidater i kommunestyret derimot, er betakoeffisienten relativt sterk og positiv, samt signifikant. Med andre ord blir sykehjem prioritert sterkere med økt andel kvinnelige kandidater i kommunestyrene.

4.3 Diskusjon

Den deskriptive statistikken viser at det er åpenbare forskjeller mellom kommunene, og at særlig sykehjem har adskillig mer variasjon enn hjemmetjenester. Den deskriptive statistikken for frie inntekter, viser at frie inntekter, til tross for bruk av naturlig logaritme, fremdeles er ganske skjev. Frie inntekter varierer altså ganske mye mellom kommunene, og det er særlig som utslag av statlig omfordelingspolitikk. Små kommuner får mye penger, mens store kommuner får relativt lite.

Regresjonsanalysen, og resultatene for de frie inntektene støtter opp om dette; den positive sammenhengen mellom prioriteringsraten og frie inntekter pr innbygger, viser at romsligere økonomi gir mer bruk av sykehjem. Hvorvidt denne prioriteringen er rasjonell, om økt bruk av sykehjem trengs, eller om det er av manglende innovasjon og nytenkning innenfor omsorgstjenester, er et annet spørsmål. Oates sier jo i «Fiscal Federalism» at små enheter, altså kommuner, og begrenset adgang til ressurser øker sannsynligheten for innovasjon og effektive løsninger innenfor tjenesteytingen. En mulig tanke, kan være at økte frie inntekter, gir mindre incentiv til effektivisering innenfor eldreomsorgen, at den høye andelen eldre på sykehjem ikke er resultat av så mye annet enn relativt sterk kommuneøkonomi, og manglende nytenkning, og at det ikke er utslag av noe mer spesifikt behov eller et strukturelt forhold ved kommunen, men heller en ren prioritering man har råd til.

Tidligere forskning har bekreftet at frie inntekter har positiv effekt på sykehjemdekningen (Borge og Harladsvik 2005, Gautan og Hermansen 2011). Det tyder på at tjenesten er inntektselastisk, og at økonomiske forhold er avgjørende for utbygging av tjenesten.

Hypotesen 1 «*Det er positiv sammenheng mellom frie inntekter pr innbygger og prioritering av sykehjem*» beholdes.

Kvinnelige kandidater i kommunestyrene er statistisk signifikant med prioritering av sykehjem, og viser med dette at offentlig politikk er en del av beslutningssystemet for slike

tjenesteprioriteringer. Det mer overraskende i analysen, er at prioriteringen ser ut til å være mer avhengig av kjønn fremfor partitilhørighet. Dette støttes også av korrelasjonene. Det kan dermed se ut til at kvinner har en felles interesse i omsorgssektoren. Et slikt syn får støtte fra tidligere forskning. SINTEFS rapport fra 2009 og Sanitetskvinnenes rapport fra 2019 har påpekt kjønnsdimensjonens rolle i tilnærmingen til eldreomsorgen, og fokusert særlig på pårønderrollen. Gautan og Hermansen (2011) hadde undersøkelse blant de ansatte i eldreomsorgen; her er det også en overveldende kvinnedominans, og kan tolkes som erfaring som også påvirker forskjellen mellom kvinner og menn. Arbeidstakere innenfor helse- og omsorgssektoren er ikke en liten yrkesgruppe, og kjønnsdominansen der, kan naturlig nok gjenspeiles i en politisk interessekonflikt.

Bratton og Ray fant i sin studie, resultater som viste at kvinners inntog i kommunestyrene, hadde betydning for barnehageutbyggingen. Betydningen ble mindre ettersom gapet mellom tilbud og etterspørsel sank. For eldreomsorgens del, har andelen sykehjemsplasser sunket; gapet mellom tilbud og etterspørsel har vokst. Her er det mulig at kvinners betydning for prioritering har økende betydning, snarere enn avtakende, slik Bratton og Ray fant i sin studie. Ansvarliggjøringen er en av de tre faktorer som medvirker til å gjøre lokalmyndigheter til best egnet tjenestenivå. Nærhet og lydhørhet overfor folk er ment å bli reflektert i den praktiske politikk- og tjenesteutforming. At et sakskompleks ikke følger tradisjonelle konfliktlinjer, betyr ikke med det at de ikke er politiske eller fyller det politiske rom. At kvinnelig deltakelse i politikken nettopp har effekt på prioritering mellom sykehjem og hjemmetjenester viser dette.

Hypotesen 8 «*Det er positiv sammenheng mellom andel kvinnelige kandidater i kommunestyret og sykehjem*» beholdes.

Regresjonsanalysen viser at det ikke kan bevises noen sammenheng mellom kommunestørrelse og prioritering i eldreomsorgen. Det teoretiske utgangspunktet var at desentralisert tjenesteyting, ga best tilpasset løsninger, og at hjemmetjenester og sykehjem er svakt lovregulerte tjenester; det er dermed stort rom for kommunal prioritering. Resultatet er dermed overraskende. Slik Oates beskriver det i «Fiscal federalism» er gjelder det å finne en perfekt balanse mellom økonomisk stordriftsfordel og prioriteringseffektivitet. Det skulle rimeligvis være grunn til å tro at det er forskjell mellom små og store kommuner i deres prioritering av tjenestene. Korrelasjonene gir meg allikevel litt støtte for min hypotese.

Korrelasjonen mellom kommunestørrelse og frie inntekter er også høy; den er på $-0,831$, så det er med andre ord stor sammenheng mellom kommunestørrelse og frie inntekter.

Monkerud og Sørensens funn om at befolkningen i større kommuner var mindre tilfreds med tilbudet av sykehjem og hjemmetjenester enn befolkningen i mindre kommuner, kan passe inn i bildet; dersom små kommuner har bedre utbygd tilbud, er det grunn til å tro at innbyggerne er mer fornøyde med tilbudet også.

Variabelen ligger like fullt utenfor signifikansnivået.

Hypotesen 3 «*Det er negativ sammenheng mellom kommunestørrelse og prioritering av sykehjem*» forkastes.

I likhet med Hermansen (2009) finner jeg ingen effekt av spredtbygdhet, bortsett fra at han i en av sine tre samspillsanalyser, en samspillsanalyse om partifragmentering, fant effekt for det ene året (Hermansen, 2009, s. 109). I den tradisjonelle analysemodellen, som er mest sammenlignbar, får han heller ingen signifikant effekt. Det er imidlertid viktig å være oppmerksom på at utgangspunktet for Hermansens og min oppgave er ulik; Hermansen har gjort en utgiftstudie med driftsutgiftene for institusjon og hjemmebaserte tjenester som avhengig variabel, mens jeg har tatt utgangspunkt i dekningsgradene av sykehjem og hjemmetjenester.

Spredtbygdhet synes å være av liten betydning for prioritering av tjenestene.

Betakoeffisienten er lav ($0,039$) i tillegg til å ligge langt utenfor signifikansnivået.

I likhet med betakoeffisienten, så er også korrelasjonen positiv. Dette tyder på at det tross alt er en viss trekning mot å prioritere sykehjem. Borge og Haraldsvik fikk signifikante resultater på spredtbygdhet i sin studie; spredtbygd bosetning ga økt bruk av sykehjem.

Spredtbygd bosettingsmønster gir ikke signifikant forklaring for prioritering i eldreomsorgen i denne analysen. Det ser altså ut til at prioriteringen mellom sykehjem og hjemmetjenester, er indifferent for befolkningens bosetningsmønster. Forventningene her, var at spredtbygd bosetningsmønster, vil ha effekt på hvordan det er hensiktsmessig å organisere tjenestene, og dermed vri prioriteringen. Det kan skyldes at folk ønsker å bo lengst mulig hjemme, og at prioriteringen mellom hjemmetjenester og sykehjem er mer jevn enn tidligere. Borge og Haraldsvik fant jo i sin studie fra 2005, positiv sammenheng mellom spredtbygd bosetning og sykehjem, men prioriteringene kan ha endret seg. Spredtbygde kommuner kan ha mindre spisset tjenesteprofil, og de kan ha beveget seg i retning av å bruke stadig mer hjemmetjenester, til tross for at dette ikke nødvendigvis er den mest effektive løsningen. En

forklaring kan være at spredtbygde kommuner har relativt høye frie inntekter pr innbygger, og at kommunen tilpasser tjenestene til folks ønsker, som i dette tilfelle kan være ønske om å få bo lengst mulig hjemme.

Spredtbygdhet ser ikke ut til å ha en vridende effekt på tilbudet.

Hypotesen 5 «*Det er en positiv sammenheng mellom spredtbygdhet og prioritering av sykehjem*» må forkastes.

At andel over 65 år gir statistisk signifikant resultat, gir støtte til hypotesen min om at kommunene tar hensyn til alderssammensetningen i befolkningen når de foretar prioriteringsbeslutninger. Dette støtter Oates teorem om at beslutninger på lokalt nivå vil være sensitive for behovene og forholdene der tjenester ytes.

Gruppen 65 år og eldre er dog ingen homogen gruppe. Dette kan forklare hvorfor hjemmetjenester prioriteres; innenfor en såpass stor, men aldrende gruppe, vil det være økt behov for pleie- og omsorgshjelp, men behovene vil variere stort i omfang. Hjemmetjenester vil være adskillig mer tilpasset både for å møte nåtidig etterspørsel, men kan også være en måte å forberede morgendagens utfordringer. Borge og Haraldsvik (2005) kom jo i sin studie frem til at institusjonsorienterte kommuner hadde lavere dekningsgrader enn hjemmetjenestekommuner. En kommune med mange eldre, vil være avhengig av et adekvat tilbud for alle, og tilrettelegging for pleie- og omsorg i hjemmet ser ut til å være det prioriterte alternative for kommuner med mange eldre. Omsorgstjenesten er preget av et klientell med uensartet behov; sykdomsbildet, behovene og alvorlighetsgraden varierer stort. Dette taler for å prioritere hjemmeomsorgen, og det støtter også opp om LEON-prinsippet fra 1974 om behandling på lavest mulig effektive omsorgsnivånivå. Kommuner med stor andel over 65 år kunne allikevel tenkes å prioritere sykehjem; en stadig økt andel eldre, vil antakeligvis bety at en del også vil ha behov for døgkontinuerlig omsorg og pleie.

Hypotesen 4 «*Det er negativ sammenheng mellom høy andel aldrende og prioritering av sykehjem*» beholdes.

Variasjon i andel aleneboende har ingen statistisk signifikant effekt på prioriteringen av hjemmetjenester og sykehjem. Dette kan gjenspeile at aleneboende ikke er noen ensartet gruppe, og at aleneboende dermed ikke har noen felles interesse når det kommer til eldreomsorg. Allikevel ville det være plausibelt å tro at kommuner ville ta høyde for høy andel aleneboende når deres tjenesteutforming blir både planlagt og vedtatt – særlig når det gjelder tjenester som omhandler helse- og boevnen til eldre.

Av de bivariate korrelasjonene, er aleneboende høyt og negativt korrelert med samlet medianinntekt, og positivt korrelert med folk over 65 år. Det er altså ganske sterk sammenheng mellom aleneboende, aldrende og lav inntekt. Resultatene fra Sanitetskvinnenes rapport (2019) og SINTEFs rapport (2009) viste at eldre pleietrengende var avhengig av pårørende rundt seg, både for ekstra praktisk bistand som kommunen ikke gir, men også bistand til å kreve hjelp fra kommunen. At aleneboende ikke gir resultat betyr altså ikke nødvendigvis at det ikke er et ekstra behov som må dekkes, men snarere at det ikke dekkes; at det er en ulempe å være enslig når man skal kreve sin rett. Det kan tenkes at disse tjenestene krever så aktiv etterspørsel, at enslige, hjelpetrengende ikke når frem til beslutningstakerne, og dermed ikke får noe utslag for prioriteringen. Andel aleneboende utgjør uansett ingen avgjørende vekt i prioriteringen mellom sykehjem og hjemmetjenester.

Hypotesen 6 «*Det er en positiv sammenheng mellom aleneboende og sykehjem*» må dermed forkastes.

Legitimiteten ved politiske beslutninger, og den endelige ansvarliggjøringen for politisk prioritering avgjøres ved valg. I tilfelle for prioritering og valg av tjenesteform innenfor eldreomsorgen, ser det allikevel ut til at dette ikke er avgjørende for valget. Resultatet kan tolkes som at prioriteringen internt i eldreomsorgen er lite politisert, og at den store prioriteringskampen for eldreomsorgen først og fremst står overfor andre sektorer og interessegrupper i samfunnet. Det kan også tolkes som at lokalpolitikken er mer konsensusorientert, og bærer mindre preg av ideologiske konfliktlinjer og mer preg av lokal pragmatisme. Den ideologiske konfliktlinjen ville nok vært mer synlig i spørsmål om privat eller kommunal drift av tjenestene, og klarere fremsto som en kamp mellom markedsbasert og effektiviserte løsninger, mot ikke-profiterte kommunalt driftet tilbud. Det ligger dog utenfor denne problemstillingen å undersøke. De bivariate korrelasjonene tyder også på at dette ikke er en politisert prioritering. Det er den eneste uavhengige variabelen som ikke er signifikant med avhengig variabel.

Martinussen og Pettersen (2001) fikk i sin studie av grunnskolen, resultater som viste at lokalpolitikk hadde betydning for prioritering av grunnskolen. Det er imidlertid forskjell på å sammenligne ressursallokering og utgifter mellom grunnskoler, og det å se på prioritering mellom sykehjem og hjemmetjeneste; Martinussen og Pettersen fant resultater for ressursutnyttelse pr lærer, utgifter pr klasse, elever pr klasse etc. Analysen er knyttet opp til

institusjon. Min analyse ser på prioritering mellom institusjon og hjemmetjeneste, og bruker dekningsgradene.

Hypotesen 7 «*Det er positiv sammenheng mellom andel sosialistiske stemmer, og andel beboere på sykehjem*» forkastes.

Resultatene for samlet medianinntekt, tyder på at dette ikke har noen vridende effekt på prioriteringen mellom hjemmetjenester og sykehjem. Dette kan skyldes at sykehjem koster kommunen såpass mye uansett at det ikke lønner seg selv om egenbetalingen er høy. Hagen m.fl. beskrev i sin rapport (Hagen m.fl., 2011) at finansieringsmodellen(e) la til rette for vridning ved høyere disponibel inntekt. De hadde ikke selv analyse om det faktisk var vridende for kommunal prioritering, men lagde beregninger for at det kunne være det. De påpekte også alternativer for sykehjem som heldøgnbemannede omsorgsboliger som løsninger her.

Tolkningen som etterspørselsfaktor, faller også bort. Tanken om at økt medianinntekt, gir økte forventninger til tilbudet og dermed økt utbygging av sykehjem, ser ikke ut til å stemme overens med resultatet. Det kan ha sammenheng med at det i Norge, generelt, er tradisjon for en likhetstanke, og dermed ikke vil være stor aksept for å spekulere i folks betalingsevne- og vilje for helse- og omsorgstjenester. De politiske beslutningene og prioriteringene må forankres i befolkningen, og politikk basert på høyest mulig egenbetaling for helse- og omsorgstjenester, vil kunne få et oppslutningsproblem.

Rasjonelle velgere vil kaste politikere som ikke gjør en god jobb. Det ser ikke ut til at velgere ønsker å basere eldreomsorgen på privatøkonomiens styrke. Korrelasjonen mellom prioritering og medianinntekt, viser at det er en veldig svak og negativ korrelasjon. Ellers er Median eneste variabel som korrelerer negativt med alle øvrige variabler bortsett fra kommunestørrelse.

Hypotese 2 «*Det er positiv sammenheng mellom medianinntekt og prioritering av sykehjem*» forkastes.

Totalt er resultatene sprikende. Ut ifra deskriptiv statistikk kan det se ut til at det er mer knapphet på sykehjem, og at det er såpass dyrt, at prioriteringen her er vesentlig mer utsatt for variasjon. Resultatene for frie inntekter tyder på dette, og korrelasjonen med kommunestørrelse tyder også på at det er et mønster med at små kommuner prioriterer sykehjem mer, selv om det ikke bekreftes i regresjonsanalysen.

Tjenesteprioriteringen ser allikevel ut til å være sensitiv for etterspørselen fra gruppen 65 år og eldre. Dette samsvarer godt med Oates modell for beslutningstagning; jo større en interessegruppe er, jo lettere er det å få en samlet etterspørsel etter en tjeneste, og jo nærmere beslutningstagerne er behovet eller etterspørerne, jo bedre tilpasset vil tjenesten være.

I tråd med Oates teori i «fiscal federalism», opptrer kommunene ansvarlig. Resultatet for kvinnelige politikere viser dette. Analysen viser at kommunene helt klart følger kommuneøkonomiens spillerom, og at det tas hensyn til kommunenes inntekter når prioriteringer gjøres. Kommunene har et selvstendig ansvar for å sørge for økonomisk ansvarlighet og en balanse i tjenesteytingen som er ønsket av befolkningen. Resultatene viser at aktiv politikk og økonomiske rammer har betydning for tjenesteprioriteringen.

Prioriteringene er dermed forankret i forholdsvis gjennomsiktede og legitime faktorer; det er mulig å påvirke politisk utfall dersom man er sterkt uenig i prioriteringen.

Også i imøtekommelse for behov viser kommunen seg å være beslutningsdyktig. Responsen overfor folk over 65 år viser at kommunen tilpasser sine tjenester nettopp til de gruppene som er berørt av de aktuelle tjenestene. Kommuner er altså ikke likegyldige til etterspørselen eller til omfanget av behovet til sine innbyggere, men snarere imøtekommende. Variasjonen her, viser at lokal beslutningstagning spiller rolle for tjenestetilbudet.

Noe av begrunnelsen for at resultatene er såpass svake, kan også ligge i at kommuner ikke nødvendigvis anser sykehjem og hjemmetjenester som konkurrerende tjenester, men utfyllende tjenester. Kommuner vil neppe tenke at det er et mål i seg selv å ha X% over 80 år på sykehjem; selv om det er en veksling mellom sykehjem og hjemmetjenester, vil bruken først og fremst bero på at folk faktisk har behov for tjenestene.

4.4 Avslutning

I denne oppgaven har jeg sett på prioritering mellom sykehjem og hjemmetjenester, og forsøkt å se om prioriteringer mellom hjemmetjeneste og sykehjem kan forklares ut ifra desentralisert beslutningsnivå. Resultatene av analysene har vist at det er noe forskjell på kommunene, og at det er særlig økonomi som spiller rolle. Beslutningstagning viste seg også å være statistisk signifikant, men her er det kjønn snarere enn partitilhørighet som spiller den store rollen. Dette betyr at politikk og politisk beslutningstagning er av betydning for hva slags tjenester folk får, men resultatene av analysen peker i retning av at eldreomsorgen ikke har en ideologisk dimensjon over seg, men først og fremst kjønn. Alder

ga også statistisk signifikant effekt, og prioritering til fordel for økt bruk av hjemmetjenester. Dette tyder på at norske kommuner tar hensyn til alderssammensetningen, og at de til dels også legger opp omsorgstjenestene etter økende behov som ennå ikke har meldt seg for fullt. Det er grunn til å tro at kommuner med stor andel over 65 år, bevisst ønsker å legge opp til aktiv bruk av hjemmetjenester, etter LEON-prinsippet, for at folk kan ivareta egen helse- og boevne lengst mulig, og ikke bli en for stor byrde for kommunens helse- og omsorgstjenester. Resultatene viser at mye ikke varierer mellom kommunene, slik som i utgangspunktet var antatt. Kommunestørrelse, spredtbygghet, andel aleneboende, andel sosialistiske stemmer og medianinntekt ga ikke signifikant resultat. Kommunestørrelse er imidlertid høyt korrelert med frie inntekter pr innbygger.

Det kan også skyldes at tjeneste til dels er lovregulerte med minstestandarder, og at det kommunene uansett må ha et tilbud; de kan ikke prioritere seg bort fra hele oppgaven. Variabelvalg har antakeligvis en del å si. En mer omfattende analyse av sykehjem og hjemmetjenesters volum og innhold, kunne kanskje gitt andre resultater. Tilsvarende vil andre uavhengige variabler, kunne gi nye funn. Utdanning hos pleiepersonell, forekomst av demens og andre sykdommer som er typiske for eldre, kan være tenkelig variabel.

5.0 Litteraturliste

Blom-Hansen, J., Monkerud, L. C., og Sørensen, R. (2006). Do parties matter for local revenue policies? A comparison of Denmark and Norway. *European Journal of Political Research*, 45(3), 445-465. Hentet fra:

<https://ejpr.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1475-6765.2006.00305.x>

Borge, L. E. og M. Haraldsvik (2005): Ressursbruk og tjenestetilbud i institusjons- og hjemmetjenesteorienterte kommuner. *Trondheim: Senter for økonomisk forskning AS*. SØF rapport nr. 01/05. Hentet fra:

[file:///C:/Users/Bruker/Downloads/S%C3%98F%20rapport%20nr.%2001_05%20Ressursbruk%20og%20tjenestetilbud%20i%20institusjons-%20og%20hjemmetjenesteorienterte%20kommuner%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Bruker/Downloads/S%C3%98F%20rapport%20nr.%2001_05%20Ressursbruk%20og%20tjenestetilbud%20i%20institusjons-%20og%20hjemmetjenesteorienterte%20kommuner%20(1).pdf)

Borge, L. E. og I Pettersen (1998). Likeverdig skoletilbud og kommunale inntekter.

ALLFORSK Hentet fra:

<http://folk.ntnu.no/larseb/Likeverdig%20skoletilbud%20og%20kommunale%20inntekter%20ALLFORSK.pdf>

Bratton K. A., og Ray L.P. (2002). Descriptive Representation, Policy Outcomes, and Municipal Day-Care Coverage in Norway. *American Journal of Political Science* Vol. 46 (2), s. 428-437

Hentet fra: https://www.jstor.org/stable/3088386?seq=1#metadata_info_tab_contents

Braut, G. S. (2018, 4. desember) Sykehjem. Hentet fra: <https://sml.snl.no/sykehjem>

Bruun, K. R. Utbygging av sykehjem og omsorgsboliger for eldre. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(01), 75-76. Hentet fra:

https://www.idunn.no/tidsskrift_for_omsorgsforskning/2018/01/utbygging_av_sykehjem_og_omsor

Daatland, S. O., Veenstra, M., Kjellvik, J., Otnes, B, og Aksøy, H. (2012). Bærekraftig omsorg. *Oslo: NOVA Rapport*, 2, 2012. Hentet fra: https://www.seniorporten.no/wp-content/uploads/2015/04/NOVA_barekraftig_omsorg.pdf

Falnes-Dalheim, A., og Slaastad, T. I. (2007). Færre unge-flere eldre. *Statistisk Sentralbyrå*.

https://ssb.brage.unit.no/ssb-xmlui/bitstream/handle/11250/179461/Kap3-FalnesDalheim_Slaastad.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Fiva, J. H., Hagen, T.P., og Sørensen R. (2017) *Kommunal organisering. Effektivitet, styring og demokrati*. (7. utg). Oslo: Universitetsforlaget.

Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. sage.

Folkestad, B. (2017). *Registerdata innan pleie-og omsorgssektoren*. (Senter for omsorgsforskning: 07/2017). Høgskulen Vestlandet. Hentet fra:

https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/2491609/rapport_07_2017-web.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Gautun, H. og Å. Hermansen (2011). Eldreomsorg under press. Kommunenes helse- og omsorgstilbud til eldre. (FAFO-rapport 2011:12). Oslo. Hentet fra:

https://www.faf.no/media/com_netsukii/20203.pdf

Grunnloven. (1814). Kongeriket Noregs grunnlov (LOV-1814-05-17). Hentet fra:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1814-05-17-nn?q=grunnloven>

Hagen, A. (2020, 3. januar). Store endringer i kommunekartet- og statistikken. Hentet fra:

<https://www.ssb.no/offentlig-sektor/artikler-og-publikasjoner/store-endringer-i-kommunekartet-og-statistikken>

Hagen, T. P., Negera Amayu, K., Godager, G., Iversen, T., & Øien, H. (2011). *Utviklingen i kommunenes helse-og omsorgstjenester 1986-2010* (No. 2011: 5). University of Oslo, Health Economics Research Programme. Hentet fra:

https://www.med.uio.no/helsam/forskning/nettverk/hero/publikasjoner/skriftserie/2011/2011_5.pdf

Forskrift for kommunale helse- og omsorgstjenester (2011). FOR-2011-12-16-1349 Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1349>

Hansen. T. (red.) (2003). *Mellom politiske prinsipper og lokal pragmatisme.*

Kommunesammenslutningenes legitimeringsgrunnlag. (NIBR-rapport 2003:10) Hentet fra: <https://fagarkivet-hioa.archive.knowledgearc.net/bitstream/handle/20.500.12199/5803/2003-10.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Hansen, T., & Kjellberg, F. (1976). Municipal expenditures in Norway: Autonomy and constraints in local government activity. *Policy & Politics*, 4(3), 25-50.

Helsedepartementet. (1974-75). *Om sykehusbygging m.v. i et regionalisert helsevesen.* (Meld. St. 9 1974-75) Hentet fra: https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1974-75&paid=3&wid=b&psid=DIVL117&pgid=b_0059&s=True

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester mm. (LOV-2011-06-24-30) Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Hermansen, Å. (2009). *Hjemme eller institusjon? En studie av norske kommuners prioriteringer mellom institusjonsbasert og hjemmebasert omsorg.* (Masteroppgave).

Univesitetet i Oslo, Oslo. Hentet fra:

<https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/15033/Masteroppgaven.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Huseby, B. M., & Paulsen, B. (2009). *Eldreomsorgen i Norge: Helt utilstrekkelig- eller best i verden.* (SINTEF A11522). Hentet fra:

https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/okt/pdf-filer/rapport_a11522_eldreomsorgen_i_norge.pdf

Jacobsen D. I. (2009). *Perspektiver på kommune-Norge. En innføring i kommunalkunnskap.* Kristiansand: Fagbokforlaget.

Jacobsen, D. I., & Holtskog, K. H. S. (2013). Nærhetseffekten–kommunal service, kommunestørrelse og ny teknologi. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 54(04), 408-436. Hentet fra: https://www.idunn.no/tfs/2013/04/naerhetseffekten_-_kommunal_service_kommunestoerrelse_ogny

- Kluge, L. Lov om sosial omsorg av 5. juni 1964. *Lov og Rett*, 91(08), 464-473. Hentet fra: https://www.idunn.no/lor/1964/08/lov_om_sosial_omsorg_av_5_juni_1964
- Knudsen, O. F. (2018, 16. juli). Stat. Hentet fra: <https://snl.no/stat>
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2019, 1. november). Kostra. Kommune-stat-rapportering. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommuneokonomi/kostra/id1233/?expand=factbox2675879>
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2015). *Rapport fra teknisk beregningsutvalg for kommunal og fylkeskommunal økonomi*. November 2015. Hentet fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/5793ef452cd2404bafa23522921a1e1d/tbu_nov_2015.pdf
- Kommuneloven. (1992). Lov om kommuner og fylkeskommuner (LOV-1992-09-25-107). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NLO/lov/1992-09-25-107>
- Kommuneloven. (2018). Lov om kommuner og fylkeskommuner (LOV-2018-06-22-83). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-22-83?q=kommuneloven>
- Kostra (2020, 15. juni): Andel innbyggere over 80 år som bruker hjemmetjenester. <https://www.ssb.no/statbank/kompis/kompis.aspx?id=27c919e9-b2a8-4faa-b54b-6957f0bdd25d&ver=101901&val=KOShtj80aarover0001&lang=no>
- Leknes, S. (2016, 26. juni). Befolkningsframskrivinger fram til 2040 for hver enkelt kommune – søk i kart. Hentet fra: <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/befolkningsframskrivinger-fram-til-2040-for-hver-enkelt-kommune-sok-i-kart>
- Martinussen, Pål E. og Per A. Pettersen (2001): "Linking Coalitions to Policy Output: the Case of Local Government in Norway", *Government and Policy* 19 391-411. Hentet fra: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1068/c9944>
- Monkerud, L. C., og Sørensen, R. J. (2010). "Smått og godt? Kommunestørrelse, ressurser og tilfredshet med det kommunale tjenestetilbudet.". *Norsk Statsvitenskapelig Tidsskrift*, 26(04), 265–294. Hentet fra: <https://www.idunn.no/file/pdf/45485129/art01.pdf>
- Mørk, E. (2006). *Aleneboendes levekår*. Statistisk sentralbyrå. Hentet fra: <https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/sa81/sa81.pdf>
- Norsk Senter for forskningsdata (2020). Om NSD. Hentet fra: <https://nsd.no/om/>
- NOU 2011:11 (2011) *Innovasjon I omsorg*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/5fd24706b4474177bec0938582e3964a/no/pdfs/nou201120110011000dddpdfs.pdf>

- Oates, W. (1972). *Fiscal federalism USA*: Harcourt Brace Jovanovich
- Otnes, B. (2015, 14. oktober). Stadig mer hjelp til dem under 67 år. Hentet fra: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/stadig-mer-hjelp-til-dem-under-67-ar>
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. LOV-1999-07-02-63. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Ramm, J. (2013). Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester. *Statistisk sentralbyrå*, 107. Hentet fra: https://seniorporten.no/dokumenter/SSB_Eldres%20bruk%20av%20helse-%20og%20omsorgstjenester.356059.pdf
- Ringdal, K. (2018). *Enhet og mangfold* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget
- Samuelson, P. A. (1954). The pure theory of public expenditure. *The review of economics and statistics*, 387-389. <https://www.jstor.org/stable/pdf/1925895.pdf>
- Sanitetskvinnene (2019). Pårørendeundersøkelse 2019. Utført av Opinion AS på vegne av Norske Sanitetskvinner. Hentet fra: <https://sanitetskvinnene.no/sites/default/files/2020-01/NKS%20P%C3%A5r%C3%B8rendeunders%C3%B8kelse%2013.12.19.pdf>
- Seip, A. L. (1997). *Nasjonen bygges 1830-70*. Oslo: Aschehougs Norges historie, Bind 8.
- Seip, A. L. (1994). *Veiene til velferdsstaten: norsk sosialpolitikk 1920-1975*. Gyldendal.
- Seip, A. L. (1986). *Velferdsstaten Norge. Det norske samfunn*, Oslo: Gyldendal.
- Sosialdepartementet. (1974-75). *Om sykehusbygging m.v. i et regionalisert helsevesen*. (Meld. St. 9 1974-75) Hentet fra: https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1974-75&paid=3&wid=b&psid=DIVL117&pgid=b_0059&s=True
- Statistisk Sentralbyrå (2020) Befolkning. Alders- og kjønnsfordeling i kommuner, fylker og hele landets befolkning (k) 1986-2020. Hentet fra: <https://www.ssb.no/statbank/table/07459/>
- Statistisk Sentralbyrå (2020, 20. august). Befolkning. Om statistikken. Hentet fra: <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkemengde>
- Statistisk Sentralbyrå (2020) Familier og husholdninger. Privathusholdninger etter husholdningstype (k) (b) 2005-2020. Hentet fra: <https://www.ssb.no/statbank/table/06070/>
- Statistisk Sentralbyrå. (2020). Helse- og sosialpersonell. Kjønn og aldersfordeling blant personer med helse- og sosialfaglig utdanning 4.kvartal 2008-2019. <https://www.ssb.no/statbank/table/07938/tableViewLayout1/>

Statistisk Sentralbyrå (2020) Inntekts- og formuesstatistikk for husholdninger. Inntekt for husholdninger, etter husholdningstype. Antall og median (k) (b) 2005-2018. Hentet fra: <https://www.ssb.no/statbank/table/06944/>

Statistisk Sentralbyrå (2018, 15. mars). Kommune-stat-rapportering KOSTRA. Hentet fra: <https://www.ssb.no/offentlig-sektor/kostra/>

Statistisk Sentralbyrå (2020) Kommuneregnskap. Utvalgte nøkkeltall for kommuneregnskap (k) 2015-2019. Hentet fra: <https://www.ssb.no/statbank/table/12134/>

Statistisk Sentralbyrå. (2020). SSBs virksomhet: Tall som forteller. Hentet fra: <https://www.ssb.no/omssb/om-oss/ssbs-virksomhet-tall-som-forteller>

Statistisk Sentralbyrå (2020) Tettsteders befolkning og areal. Folkemengde etter kjønn, og etter tettbygd/spredtbygd strøk (k) 1990-2020. Hentet fra: <https://www.ssb.no/statbank/table/05212/>

Svaleryd, H. (2009). Women`s representation and public spending. *European journal of political economy*. Vol. 25 (2), s. 186-198. Hentet fra: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0176268009000020?token=705A9B281896E5EF27DB6FCCA8F23D55F899FE55316C85D0795225A4CF8289DF99E5B846B84181622B2A9C6786932748>

Sørensen, R. J., & Monkerud, L. C. (2004) Lokaldemokrati og kommuneskatt. Velgerne stemmer på politiske partier, men spiller det noen rolle? *Handelshøyskolen BI, Sandvika*. Hentet fra: <http://home.bi.no/a0110709/Artikkel%20til%20lokaldemokratikommisjonen%20desember%202004.pdf>

Tiebout, C. M. (1956). A pure theory of local expenditures. *Journal of political economy*, 64(5), 416-424. Hentet fra: <https://www.jstor.org/stable/pdf/1826343.pdf>

Tufte, P. A. (2019). *Hvordan lese kvantitativ forskning?* (1. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

6.0 Vedlegg 1: Deskriptiv statistikk for uavhengige variabler:

Variabler	N	Minimum	Max	Gjennomsnitt	Standardavvik	Skjevhet	Standarsfeil
LN frie inntekter	428	10,69	11,91	10,9478	0,18063	1,164	0,118
Samlet median	428	463000	856000	619936,92	73983,625	0,646	0,118
LN Komm. Str.	428	5,33	13,38	8,5185	1,17907	0,512	0,118
Over 65 år. Prosent	428	9,52	29,62	19,4113	3,77777	0,075	0,118
Spredtbygd. Prosent	428	0,25	100,00	46,0207	27,17606	0,260	0,118
Aleneboende. Prosent	428	23,69	50,36	35,7704	4,48645	0,096	0,118
Sosialistiske stemmer	430	0,00	85,98	34,5860	14,11890	0,012	0,118
Kvinner komm. Styr.	428	24,76	60,00	41,8360	4,19364	-0,182	0,118
Valid N Listwise	426						