



MASTEROPPGÅVE

Mastergrad i organisasjon og leiing

Ny kunnskap i kommunane

Om kommunane si oppfølging av kunnskapskrava i samhandlingsreforma

av

Hilde Søreide

16. oktober 2015

Boks 133, 6851 SOGNDAL, 57 67 60 00, fax: 57 67 61 00 – post@hisf.no – www.hisf.no

Masteroppgåve i:

Organisasjon og leiing

Tittel:

**Ny kunnskap i kommunane
Om kommunane si oppfølging av kunnskapskrava i
samhandlingsreforma**

Engelsk tittel:

**New knowledge in the municipalities
How the municipalities are monitoring the new knowledge
requirements in the Coordination reform.**

Forfatter:

Hilde Søreide

Emnekode og emnenamn:

MR690 Masteroppgåve i organisasjon og leiing

Kandidatnummer:

7

Publisering i institusjonelt arkiv, HiSF Biblioteket (set kryss):

Eg gjev med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane løyve til å
publisere oppgåva i Brage.Eg garanterer at eg har opphav til oppgåva, saman med
eventuelle medforfattarar. Opphavsrettsleg beskytta materiale er
nytta med skriftleg løyve.Eg garanterer at oppgåva ikkje inneheld materiale som kan stride
mot gjeldande norsk rett.JA_ _ Nei_ _

Dato for innlevering:

16. oktober 2015

Eventuell prosjekttilknytning ved HiSF

Emneord (minst fire): Samhandlingsreform,
omgåande hjelp, kompetanse, kommune.

Tittel og samandrag:

Ny kunnskap i kommunen.

Hovudtemaet i oppgåva er kommunane si oppfølging av kunnskapskrava i samhandlingsreforma. Korleis førebur kommunane seg på å implementere omgåande hjelp-post-kravet (ØH-kravet) i samhandlingsreforma i forhold til kompetanseheving? Det er gjort ei kvantitativ undersøking med ein tverrsnittstudie. Undersøkinga er gjort i fylka Akershus, Oppland, Hordaland og Sogn og Fjordane.

Respondentane har formelle roller som kommunalsjef eller helse- og omsorgssjef. Utvalet til analysen består av 41 kommunar. Funna frå undersøkinga er presentert i eige analysekapittel. Analysen er til slutt drøfta i høve teori om iverksetting.

Undersøkinga er gjennomført våren 2015.

Funna tyder på at kommunane har komme langt på veg med iverksettinga av ei utfordrande og krevjande reform – ei reform med mange krav og utfordringar/omveltingar for kommunane.

Fleirtalet av respondentane gir uttrykk for at det er utfordrande og krevjande å sette i gang reformkrava. Men kommunane har kontroll på kompetansen som trengst, og er godt førebudde på å sette i gang ein omgåande hjelp-post, uavhengig av geografisk plassering, økonomi og storleik.

Title and summary:

New knowledge in the municipality.

The main subject of the thesis is how the municipalities are monitoring the new knowledge requirements in the Coordination reform. How do municipalities prepare themselves regarding competence to adhere to the requirements regarding local emergency departments in the Coordination reform? A quantitative survey with a cross-sectional study was executed. The counties of Akershus, Oppland, Hordaland and Sogn og Fjordane participated in the study.

The participants in the studies have formal roles as municipal leaders or health care managers. The sample consists of forty-one municipalities. The findings from this survey are presented in a separate analysis chapter. In the end, the analysis is discussed in relation to the theory of implementation.

The survey was carried out in spring of 2015.

The findings suggest that municipalities have come a long way with the implementation of a challenging and demanding reform - a reform with several demands and challenges/ upheaval for the municipalities.

The majority of the participants expressed that it will be both challenging and demanding to initiate the reform requirements. However, municipalities control the expertise needed, and is well prepared to implement a local emergency department, regardless of geographical location, economy and size.

Forord

Denne masteroppgåva er den avsluttande delen med litt over fire år med studie på deltid i organisasjon og leiing ved Høgskulen i Sogn og Fjordane. Studie har vore veldig spennande og lærerike, der eg har lært mykje som eg alt har fått god nytte av i jobbsamanheng, men òg privat. Studiet har utvikla meg som person, spesielt med å ha trua på meg sjølv og ikkje minst det å delta ved diskusjonar i litt større forsamlingar.

Sjølv om dette prosjektet har vore mitt prosjekt, er det veldig mange som har bidrege på vegen til målet.

Difor vil eg først og fremst få takke min tolmodige og kunnskapsrike rettleiar Oddbjørn Bukve. Utan di gode hjelp og støtte hadde det vore umogleg for meg å komme i mål med dette prosjektet.

Eg ønskjer å takke respondentane mine som tok seg tid til å svare på undersøkinga, utan dykk hadde det ikkje blitt noko undersøking.

Eg vil takke mamma og pappa for at dei har stilt opp med pass for Nusse når matmor har forsvunne inn i si eiga oppgåveverden.

Takk til Ove for den tolmodigheita, støtta og gode hjelpa eg har fått ved alle eksamenar og no til slutt med masteroppgåva.

Takk til tante Gro, som peika ut vegen eg måtte gå for å nå målet mitt om å bli tilsett ved avdeling for helsefag ved HiSF, og god støtte undervegs i studiet.

Takk til gode medarbeidarar ved HiSF for interessa dykk har vist, støtta, gode ord og motivasjonen dykk har gitt til ein ny spire som meg innan utdanningsmiljøet.

Eg ønskjer òg å takke medstudentane mine for at dykk har gjort studietida lærerik og inspirerande.

No skal dagane nytast med turar og kos med Nusse og kjærasten, jobb og handarbeidet skal takast fram att.

Førde, oktober 2015

Innholdsliste

1 Introduksjon	9
2 Tidlegare forskning	11
3 Bakgrunn	14
3.1 Velferdsstaten	14
3.2 Reformteori etter New Public Management.....	15
4 Teori	18
4.1 Iverksettingsteori	18
4.1.1 Ovanfrå og ned	21
4.1.2 Nedanfrå og opp.....	24
4.2 Bakgrunn for val av teori	27
5 Metode	28
5.1 Kvantitativ metode	28
5.2 Utval.....	28
5.4 Spørjeskjema som forskingsmetode	30
5.5 Spørjeskjema.....	31
5.5.1 Kompetanseplan i kommunen.....	31
5.5.2 Kompetansedekning.....	31
5.5.3 Organisering av tilbudet om ØH-post	32
5.6 Prosedyre	32
5.7 Analysemetodar.....	32
5.7.1 Frekvensanalyse	32
5.7.2 Bivariat analyse (krysstabellar)	33
5.7.3 Signifikanstest av krysstabellar.....	33
5.7.4 Variansanalyse (ANOVA)	33
5.8 Reliabilitet og validitet	33
5.9 Forskingsetikk	34
6 Analyse	36

6.1 Dekning.....	36
6.1.1. Geografisk plassering og dekning.....	36
6.1.2 Kommuneøkonomi og dekning	38
6.1.3 Kommunestørrelse og dekning	40
6.2 Kompetanseplanlegging.....	42
6.2.1 Geografisk plassering og kompetanseplanlegging.....	43
6.2.2 Kommuneøkonomi og kompetanseplanlegging.....	46
6.2.3 Kommunestørrelse og kompetanseplanlegging.....	48
6.3 Kompetanseheving	51
6.3.1 Geografisk plassering og kompetanseheving	52
6.3.2 Kommuneøkonomi og kompetanseheving	55
6.3.3 Kommunestørrelse og kompetanseheving.....	58
6.4 Rekruttering.....	61
6.4.1 Geografisk plassering og rekruttering	61
6.4.2 Kommuneøkonomi og rekruttering	63
6.4.3 Kommunestørrelse og rekruttering	65
6.5 Lokale og utstyr	67
6.5.1 Geografisk plassering og lokale og utstyr	68
6.5.2 Kommuneøkonomi og lokale og utstyr.....	70
6.5.3 Kommunestørrelse og lokale og utstyr.....	72
6.6 Interkommunalt samarbeid.....	74
6.6.1 Geografisk plassering og interkommunalt samarbeid.....	75
6.6.2 Kommuneøkonomi og interkommunalt samarbeid	76
6.6.3 Kommunestørrelse og interkommunalt samarbeid	78
6.7 Rehabilitering	80
6.7.1 Geografisk plassering og rehabilitering.....	80
6.7.2 Kommuneøkonomi og rehabilitering.....	82

6.7.3 Kommunestørrelse og rehabilitering.....	83
6.8 Generell vurdering.....	84
6.8.1 Geografisk plassering og generell vurdering.....	84
6.8.2 Kommuneøkonomi og generell vurdering.....	85
6.8.3 Kommunestørrelse og generell vurdering	85
6.9 Samanfatning av bivariat analyse.....	86
7 Korleis førebur kommunane seg på å implementere ØH-kravet i samhandlingsreforma med tanke på kompetanseheving?	88
7.1 Kva kompetansebehov har kommunane?.....	88
7.1.1 Sjukepleiedekning	88
7.2 Kva tiltak blir sette i verk for å auke kompetansen?	89
7.2.1 Kompetanseplanlegging.....	90
7.2.2 Kompetanseheving	91
7.2.3 Rekruttering.....	93
7.3 Har kommunane utstyret og lokala som trengst for å implementere eit ØH-tilbod i kommunen?.....	95
7.4. Interkommunalt samarbeid	96
7.5 Har kommunane lykkast med å implementere tidlegare krav utifrå samhandlingsreforma?	98
7.5.1 Rehabilitering	98
7.5.2 Generell vurdering.....	99
8 Konklusjon.....	101
9 Litteraturliste	102
Vedlegg 1	106
Vedlegg 2	108

Figurliste

Figur 1. Iverksetting under varierende kombinasjoner av uklarhet og konflikt. (Offerdal, 2000)	20
Figur 2. kommuneressursar/strukturelle trekk.	27

Tabelliste

Tabell 1. Kommunen har god sjukepleiedekning.....	36
Tabell 2. Kommunen har god tilgang på sjukepleiarar som er kvalifiserte til å jobbe ved ein ØH-post.....	36
Tabell 3. Kommunen har god sjukepleiedekning/Plassering geografisk.	37
Tabell 4. Kommunen har god tilgang på sjukepleiarar som er kvalifiserte til å jobbe ved ein ØH-post/Plassering geografisk.	38
Tabell 5. Kommunen har god sjukepleiedekning/Økonomi.	39
Tabell 6. Kommunen har god tilgang på sjukepleiarar som er kvalifisert til å jobbe ved ØH-post/Økonomi.....	40
Tabell 7. Kommunen har god sjukepleiedekning/Kommunens innbyggartall.	41
Tabell 8. Kommunen har god tilgang på sjukepleiarar som er kvalifiserte til å jobbe ved ØH-post/Kommunens innbyggartall.....	42
Tabell 9. Har kommunen kompetanseplan?	42
Tabell 10. Det kjem tydelig fram i kompetanseplanen kven som har ansvaret for å gjennomføre dei ulike tiltaka i planen.	42
Tabell 11. Kompetanseplanen blir brukt aktivt.	42
Tabell 12. Kommunen har kartlagt kva kompetanse sjukepleiarane i kommunen har.	43
Tabell 13. Kommunen har kompetanseplan/Plassering geografisk.	44
Tabell 14. Det kjem tydelig fram i kompetanseplanen kven som har ansvaret for å gjennomføre dei ulike tiltaka i planen/Plassering geografisk.....	44
Tabell 15. Kompetanseplanen blir brukt aktivt/Plassering geografisk.....	45
Tabell 16. Kommunen har kartlagt kva kompetanse sjukepleiarane i kommunen har/Plassering geografisk.	45
Tabell 17. Kommunen har kompetanseplan/Økonomi	46
Tabell 18. Det kjem tydelig fram i kompetanseplanen kven som har ansvaret for å gjennomføre dei ulike tiltaka i planen/Økonomi.....	47
Tabell 19. Kompetanseplanen blir brukt aktivt/Økonomi.....	47
Tabell 20. Kommunen har kartlagt kva kompetanse sjukepleiarane i kommunen har/Økonomi.....	48

Tabell 21. Kommunen har kompetanseplan?/Kommunens innbyggartall.	49
Tabell 22. Det kjem tydelig fram i kompetanseplanen kven som har ansvaret for å gjennomføre dei ulike tiltaka i planen/Kommunens innbyggartall.	49
Tabell 23. Kompetanseplanen blir brukt aktivt/Kommunens innbyggartall.	50
Tabell 24. Kommunen har kartlagt kva kompetanse sjukepleiarane i kommunen har/Kommunens innbyggartall.	50
Tabell 25. Kommunen har lykkast med å heve kompetansen på akuttsjukepleie gjennom vidareutdanning.....	51
Tabell 26. Kommunen har lykkast med å heve kompetansen på akuttsjukepleie gjennom nyrekrutering.....	51
Tabell 27. Det blir satsa på vidareutdanning av sjukepleiarar som er tilsette i kommunen. .	51
Tabell 28. Sjukepleiarane i kommunen syner stor interesse for å ta vidareutdanning innan akuttsjukepleie.	52
Tabell 29. Kommunen har lykkast med å heve kompetansen på akuttsjukepleie gjennom vidareutdanning/Plassering geografisk.	52
Tabell 30. Kommunen har lykkast med å heve kompetansen på akuttsjukepleie gjennom nyrekrutering/Plassering geografisk.	53
Tabell 31. Det blir satsa på vidareutdanning av sjukepleiarar som er tilsette i kommunen/Plassering geografisk.	54
Tabell 32. Sjukepleiarane i kommunen syner stor interesse for å ta vidareutdanning innan akuttsjukepleie/Plassering geografisk.....	54
Tabell 33. Kommunen har lykkast med å heve kompetansen på akuttsjukepleie gjennom vidareutdanning/Økonomi.	55
Tabell 34. Kommunen har lykkast med å heve kompetansen på akuttsjukepleie gjennom nyrekrutering/Økonomi.	56
Tabell 35. Det blir satsa på vidareutdanning av sjukepleiarar som er tilsette i kommunen/Økonomi.	57
Tabell 36. Sjukepleiarane i kommunen syner stor interesse for å ta vidareutdanning innan akuttsjukepleie/Økonomi.....	57
Tabell 37. Kommunen har lykkast med å heve kompetansen på akuttsjukepleie gjennom vidareutdanning/Kommunens innbyggartall.	58
Tabell 38. Kommunen har lykkast med å heve kompetansen på akuttsjukepleie gjennom nyrekrutering/Kommunens innbyggartall.	59
Tabell 39. Det blir satsa på vidareutdanning av sjukepleiarar som er tilsette i kommunen/Kommunens innbyggartall.....	60

Tabell 40. Sjukepleiarane i kommunen syner stor interesse for å ta vidareutdanning innan akuttsjukepleie/Kommunens innbyggartall.	60
Tabell 41. Kommunen satsar på rekruttering av sjukepleiarar utanfrå med kompetansen som trengst ved ØH-posten.....	61
Tabell 42. Det er vanskeleg å rekruttere sjukepleiarar til kommunen.....	61
Tabell 43. Kommunen satsar på rekruttering av sjukepleiarar utanfrå med kompetansen som trengs ved ØH-posten/Plassering geografisk.	62
Tabell 44. Det er vanskeleg å rekruttere sjukepleiarar til kommunen/Plassering geografisk.	63
Tabell 45. Kommunen satsar på rekruttering av sjukepleiarar utanfrå med kompetansen som trengs ved ØH-posten/Økonomi.	64
Tabell 46. Det er vanskeleg å rekruttere sjukepleiarar til kommunen/Økonomi.	65
Tabell 47. Kommunen satsar på rekruttering av sjukepleiarar utanfrå med kompetansen som trengs ved ØH-posten/Kommunens innbyggartall.	66
Tabell 48. Det er vanskeleg å rekruttere sjukepleiarar til kommunen/Kommunens innbyggartall.....	67
Tabell 49. Kommunen har utstyr tilgjengelig som trengs ved ØH-posten.....	67
Tabell 50. Kommunen har godt eigna lokale til ØH-posten.	68
Tabell 51. Er eventuelle lokale dykk har til rådighet til ØH-posten tilknytt andre helseavdelingar i kommunen?	68
Tabell 52. Kommunen har utstyr tilgjengelig som trengst ved ØH-posten/Plassering geografisk.....	69
Tabell 53. Kommunen har godt eigna lokale til ØH-poste/Plassering geografisk.....	69
Tabell 54. Er eventuelle lokale dykk har til rådighet til ØH-posten tilknytt andre helseavdelingar i kommunen?/Plassering geografisk.	70
Tabell 55. Kommunen har utstyr tilgjengelig som trengs ved ØH-posten/Økonomi.	71
Tabell 56. Kommunen har godt eigna lokale til ØH-posten/Økonomi.....	71
Tabell 57. Er eventuelle lokale dykk har til rådighet til ØH-posten tilknytt andre helseavdelingar i kommunen?/Økonomi.	72
Tabell 58. Kommunen har utstyr tilgjengelig som trengs ved ØH-posten/Kommunens innbyggartall.....	73
Tabell 59. Kommunen har godt eigna lokale til ØH-posten/Kommunens innbyggartall.	73
Tabell 60. Er eventuelle lokale dykk har til rådighet til ØH-posten tilknytt andre helseavdelingar i kommunen?/Kommunens innbyggartall.....	74
Tabell 61. Har kommunen slått seg i saman med nærliggande kommunar for å greie å utføre ØH-kravet?	74

Tabell 62. Korleis samarbeider dykk med andre kommunar?	75
Tabell 63. Har kommunen slått seg i saman med nærliggande kommunar for å greie å utføre ØH-kravet?/Plassering geografisk.	75
Tabell 64. Korleis samarbeidar dykk med andre kommunar?/Plassering geografisk.....	76
Tabell 65. Har kommunen slått seg i saman med nærliggande kommunar for å greie å utføre ØH-kravet?/Økonomi.	77
Tabell 66. Korleis samarbeider dykk med andre kommunar?/Økonomi.....	78
Tabell 67. Har kommunen slått seg i saman med nærliggande kommunar for å greie å utføre ØH-kravet?/Kommunens innbyggartall.....	79
Tabell 68. Korleis samarbeider dykk med andre kommunar?/Kommunens innbyggartall. ...	79
Tabell 69. Kommunen har greidd å sette i gang kravet om rehabiliteringstilbod ut frå samhandlingsreforma.	80
Tabell 70. Iverksettinga av rehabiliteringstilbodet har vore vellykka.	80
Tabell 71. Kommunen har greidd å sette i gang kravet om rehabiliteringstilbod ut frå samhandlingsreforma.	81
Tabell 72. Iverksettinga av rehabiliteringstilbodet har vore vellykka/Plassering geografisk.	81
Tabell 73. Kommunen har greidd å sette i gang kravet om rehabiliteringstilbodet ut frå samhandlingsreforma/Økonomi.	82
Tabell 74. Iverksettinga av rehabiliteringstilbodet har vore vellykka/Økonomi.	83
Tabell 75. Kommunen har greidd å sette i gang kravet om rehabiliteringstilbod ut frå samhandlingsreforma/Kommunens innbyggartall.	83
Tabell 76. Iverksettinga av rehabiliteringstilbodet har vore vellykka/Kommunens innbyggartall.....	84
Tabell 77. Samhandlingsreformas krav er krevjande og vanskeleg å få sett i gang i kommunen.	84
Tabell 78. Samhandlingsreformas krav er krevjande og vanskeleg å få sett i gang i kommunen/Plassering geografisk.	85
Tabell 79. Samhandlingsreformas krav er krevjande og vanskeleg å få sett i gang i kommunen/Økonomi.	85
Tabell 80. Samhandlingsreformas krav er krevjande og vanskeleg å få sett i gang i kommunane/Kommunens innbyggartall.	86

1 Introduksjon

Hovudtemaet i denne oppgåva er korleis kommunane førebur seg på å auke kompetansen som samhandlingsreforma set krav om når det gjeld omgåande hjelp-post (ØH-kravet).

Målet med oppgåva er å undersøke om ein treng meir kunnskap i kommunane for å greie å realisere kravet om ØH-posten som er sett i samhandlingsreforma. Er det forskjell på kor i landet kommunane ligg når ein ser på om dei greier å ha og få tak i profesjonar med riktig kompetanse for å sette i gang eit tilbod om ØH-post?

Samhandlingsreforma fører til at ein større del av pasientgangen blir overført frå spesialisthelsetenestene til den kommunale helse- og omsorgstenesta.

ØH er når ein pasient treng omgåande hjelp, altså når vedkommande er i ein tilstand eller situasjon der utgreiing eller behandling er påtrengande nødvendig. For å komme under denne kategorien treng ikkje tilstanden å vere kritisk eller livstruande, men pasienten har behov for utgreiing eller behandling utan å måtte vente (Helsedirektoratet, 2012).

Ein fagleg forsvarleg ØH-post krev blant anna at personellet har observasjons-, vurderings- og handlingskompetanse. Det er nødvendig å styrke grunnkompetansen for alle faggrupper som skal behandle og ha oppfølging av dei aktuelle pasientgruppene som tilbodet gjeld for. I tillegg vil det vere krav til prosedyrekunnskap som for eksempel hjarte-lunge-redning (HLR) og nødvendig bruk av medisinsk utstyr. Slikt medisinsk utstyr kan vere elektrokardiografi (EKG) og oksymeter, oksygenbehandling, blodprøvetaking, katetrisering, handtering av sentralt venekateter (CVK) og administrering av væske og legemiddel intravenøst.

Kommunane må sørge for nødvendig opplæring av personell, ha planar og rutinar for undervisning, hospitering, rettleiing og praktisk trening (Helsedirektoratet, 2014).

Dette rettar fokuset inn mot mi problemstilling, der eg vil sjå på kva som blir gjort for å skaffe og ta i bruk kompetansen som må til for å kunne nå kravet om ein ØH-post i kommunen på ein god måte. Utifrå dette blir mitt forskingsspørsmål:

Korleis førebur kommunane seg på å implementere ØH-kravet i samhandlingsreforma med tanke på kompetanseheving?

- Kva kompetansebehov har kommunane?

- Kva tiltak blir sette i verk for å auke kompetansen?

- Har kommunane utstyret og lokala som trengst for å implementere eit ØH-tilbod i kommunen?

- *Korleis er samarbeidet med andre kommunar?*
- *Har kommunane lykkast med å implementere tidlegare krav i samhandlingsreforma?*
- *Kva har strukturelle trekk ved kommunen å seie for tilgangen på kompetansen, utstyr, lokale og samarbeidet med andre kommunar som trengst for å lykkast med å implementere ØH-posten?*

Eg vil sjå på fleire kommunar og korleis dei greier å implementere ØH-kravet med tanke på kompetanse. Eg tek utgangspunkt i ein kvantitativ forskingsmetode og ønskjer å sjå på kommunar som er geografisk plasserte vest og aust i landet, små og store kommunar og økonomi. Er det forskjellar mellom små og store kommunar, når det gjeld økonomi, og har det nokon innverknad om kommunane ligg nært geografisk til der politikken blir utforma? Har desse tre strukturelle trekka innverknad på korleis iverksettinga av reforma blir i dei ulike kommunane?

2 Tidlegare forskning

Samhandlingsreforma tredde i kraft i 2012 og er såleis ei relativt ny reform sjølv om ho starta i 2012. Ho er bygd opp på ein slik måte at det er gitt eit tidsrom der kommunane kan førebu seg på endringane som kjem. Dette gjeld òg kravet om ein omgåande hjelp-post i kommunen.

Når eg søker i databasar som Idunn, BIBSYS og SveMed+, og på Google er det lite som står spesifikt om ØH-post i kommunen og kompetanseheving på dette området. Eg har brukt søkeord som «samhandling», «kompetanseheving», «ØH-post», «kommune» og «reform». Eg har søkt med enkle ord, men også i kombinasjonar med fleire ord. Det er ein del masteroppgåver som omhandlar samhandlingsreforma, men ofte legg dei vekt på IKT-sambanda mellom instansane, førebyggjande helsearbeid, rehabilitering og samhandling mellom spesialisthelsetenesta og kommunane.

Det er lite av tidlegare forskning på oppgåvene kommunen skal ha for ØH-senger og den kompetansen som trengst ved dette tilbodet. I ei masteroppgåve som tek for seg samhandling i kommunen, kjem det fram ved intervju av pleie- og omsorgsleiarar at kommunane ser behov for å auke kompetansen innanfor akuttstjukepleie. Informantane gir her uttrykk for at rekruttering av folk med rett kompetanse er ei av dei største utfordringane for kommunen når det gjeld å sette samhandlingsreforma i verk. Dei er opptekne av kompetanse, og det kjem fram at rekruttering innanfor pleie- og omsorg er ei utfordring for kommunane. Resultat frå tidligare forskning viser at kommunane er opptekne av å rekruttere personell og å auke kompetansen generelt (Ellingsen, 2013).

I St.meld. nr. 47 (2008–2009) er det teke med litt om korleis andre land har løyst tilnærma like tenester i kommunane. I Danmark har dei starta eit arbeid der dei har etablert ei rolle dei kallar klinisk ekspertsjukepleiar i kommunehelsetenesta. Der skal kompetansen rettast inn mot pasientar med kroniske lidingar som kols, astma, diabetes, epilepsi og hjertelidningar. I England arbeider kliniske ekspertsjukepleiarar hos fastlegane, på walk-in-klinikkar (lågterskel), på eldresenter og i oppsøkande verksemder. Ei anna løysing er å vurdere om det er mogleg å erstatte ei personellgruppe av ei anna på eit bestemt område (St.meld. nr. 47 [2008–2009]).

Det er gjort ein analyse av Nav-reforma som bygger på forskning som er gjort gjennom evaluering som Stortinget vedtok skulle følge reforma. Nav-reforma var den største

forvaltningsreforma som hadde vore sett i verk då ho starta i 2005. Det er ein del likskapstrekk mellom Nav-reforma og samhandlingsreforma. Nav-reforma var ei reform som tok sikte på å endre det organisatoriske designet i den offentlege velferdsforvaltninga. Reforma gjekk over mange år, slik òg samhandlingsreforma tek sikte på. Alle Nav-kontora i alle kommunane i landet vart etablerte trinnvis. Nav-reforma vart i likskap med samhandlingsreforma sett i gang av Stortinget og forma av dei tankane Stortinget hadde om korleis den framtidige organiseringa av arbeids- og velferdsforvaltninga burde vere. Reforma hadde stor støtte ute i organisasjonane (Andreassen & Aars, 2015). Før samhandlingsreforma var det òg stor einigheit om at ein trong ei ny reform, sidan vi står overfor ei eldrebølge (Haga, 2011). Til liks med samhandlingsreforma var òg Nav-reforma ei klart politikardriven reform; det var politikarane som utforma reforma. Då reforma var vedteken, trekte politikarane seg tilbake, og kommunane fekk fridom til å organisere krava i reforma.

Det kjem fram i analysen at etableringa av Nav-kontor ikkje har ført til fleire i jobb eller færre på stønad, som var eit av hovudpunkta i reforma. Resultatet vart i starten dårlegare enn før reforma, men det gjekk seg til, og resultatet gjekk etter kvart i ei meir positiv retning. Reforma vart dermed endra og meir tilpassa den enkelte kommunen enn det som var tenkt frå politisk hald.

I analysen kjem det fram at mange meiner at det hadde fungert betre med færre Nav-kontor enn minst eitt i kvar kommune. Dette fører til mange små kontor på grunn av mange små kommunar i Noreg. Ein av påstandane er at små kontor gir svake faglege miljø, og at det ikkje er mogleg å ha fullgod kompetanse innanfor alle Nav-tilboda. Analysen viser at det er i dei mindre kommunane Nav-kontora fungerer og oppnår best resultat. Ved dei store kontora har dei flest problem.

På bakgrunn av erfaringane frå då ein sette i verk Nav-reforma, vil ein konkludere med at sentral styring er mogleg, men politisk styring er vanskeleg. I Nav-reforma er det ikkje den politiske reforma som lykkast, det er reforma til dei som sette henne i verk, der dei har omforma henne etter sin organisasjon. Det viser at organisatoriske reformer må settast i verk ved tilpassing til det alt etablerte området ute i organisasjonane. Det kjem òg fram av analysen at for å lykkast må ei reform skje med små steg. Reformar bør utgjere små endringar av den etablerte organisasjonen og gi rom for at ein kan tilpasse reforma til den etablerte organisasjonen lokalt. Grunngevinga er at avgjerdene som blir gjorde, må skje i små

steg om gongen. Nav-reforma var bygd på ei avgjerd om at planlagd endring ovanfrå og ned var mogleg, men slik gjekk det ikkje ved denne reforma. Resultatet av reforma vart ikkje heilt slik politikarane hadde ønskt (Andreassen & Aars, 2015).

Tilbodet om ØH-post i kommunane er eit viktig element i samhandlingsreforma, og det er viktig med rett kompetanse på dette feltet. Med undersøkinga mi ønskjer eg å kaste lys over eit tema som kanskje har forsvunne litt i denne reformførebuinga. Det kan sjå ut for at det er blir forska mest på samhandling mellom spesialisthelsetenesta og kommunane, i tillegg til førebyggjande helsearbeid. Dette er to viktige punkt i samhandlingsreforma, men tilbodet om ØH-post, som skal vere på plass i 2016, er eit tilbod der det også er viktig at den rette kompetansen er til stades for å få tenestene til å fungere på ein sikker og god måte. Sidan reformkravet ikkje er sett ut i verk endå, ser eg potensialet i å forske vidare på dette temaet utover i reforma. På den måten kan ein sjå kva som skjer når reformakrava blir sette ut i praksis.

Bakgrunnen for val av tema er å legge vekt på kor viktig det er at kommunane er tidleg ute når det gjeld å planlegge korleis dei skal gjennomføre kompetanseheving for nye reformer. Når det kjem nye reformer, er det viktig at ein er tidleg ute med å kartlegge kva kompetanse som er i kommunen, og å sjå dette opp mot kva kompetanse ein har behov for. Dette er ei viktig kartlegging for å kunne gjennomføre krava i reforma. Innanfor helse er det viktig at ein har den fagkunnskapen som skal til for å kunne ta seg av dei pasientgruppene ein har ansvaret for. Eit viktig spørsmål har vore om kommunane greier å ta i mot utskrivingsklare pasientar frå spesialisthelsetenesta etter krava i den nye reforma. Det har vore mindre snakk om kravet om ØH-post. Ein treng også kompetanse for å kunne ta seg av pasientane som kjem under denne kategorien.

3 Bakgrunn

3.1 Velferdsstaten

Ein større del av befolkninga gjer seg nytte av tenestene frå velferdsstaten. Han både sysselset, forsørger og yter tenester til befolkninga (Halvorsen, 2005).

Hovudtanken bak velferdsstaten har vore utgangspunktet, og det er det framleis: å veve eit sikkerheitsnett for alle. Dette er uavhengig av kva evne den enkelte har til å betale for seg, og samtidig er det eit mål å kunne betre levekåra for dei dårlegast stilte. Velferdsstaten er for det meste finansiert gjennom skatt (Kjølsrød, 2005).

Velferdsstaten er ei nemning på ein stat som i vesentleg grad garanterer medlemmene i samfunnet hjelp viss dei kjem ut for helsesvikt, sosial nød eller tap av inntekt (f.eks. ved alderdom eller arbeidsløyse). Han sikrar òg den enkelte rett til utdanning (Kjølsrød, 2005). Så vidt som staten stiller desse garantiane, kan ein nesten sjå på staten som ein stor forsikringsstat. Men velferdsstaten finansierer ikkje etter risikoprinsippet. Han er finansiert slik at den som tener mest og ofte representerer dei med lågast risiko, må betale mest. Velferdsstaten er finansiert meir via skatt enn premiar/avgifter. Han har ein meir utjamnande funksjon. Dei rike hjelper dei fattige (Kjølsrød, 2005).

Det grunnleggande prinsippet i forvaltningssaker er at alle skal behandlast likt. Hovudtanken bak velferdspolitikken er òg slik – ein skal unngå urimeleg forskjellsbehandling av folk. Dei problema som oppstår i samfunnet, og som det offentlege har ansvaret for, skal løysast etter prinsippet om tverrfagleg arbeid. Dette vil seie at dei ulike etatane som arbeider med ulike oppgåver (f.eks. skule, helse og barnevern), skal samarbeide for å finne heilskaplege løysingar på samansette problem. Desse prinsippa og gjennomføringa av dei har ført til større sosial likskap på område som velferd og levevilkår. Dette har òg ført til at det er mogleg for stadig fleire grupper å aktivt ta del i samfunnet og arbeidslivet (Hatland, 2011). Omgrepet velferdsstat vart for første gong brukt i slutten av 1930-åra. Ideen kan ein nok likevel spore tilbake til det føregåande hundreåret, og nokre meiner endå lenger. Men det var i etterkrigsåra det først og fremst vart systematisert ein velferdsideologi som fekk tverrpolitisk oppslutning og sterk gjennomslagskraft. Framveksten av velferdsstaten har ført til at vi har fått ein meir aktiv stat (Kuhnle & Solheim, 1994).

3.2 Reformteori etter New Public Management

I dei seinare åra har det vore gjennomført ein del reformer innanfor offentleg sektor.

Reformene har stort sett handla om forskjellige tiltak for å effektivisere og auke konkurransen mellom ulike offentlege tenester, men òg for å betre styringa av dei. Kritikkk av måten den offentlege sektor har vore driven på, har ført til at ein har sett i verk reformer. Kritikken handlar stort sett om effektivitet, byråkrati, høge kostnader og dårleg kvalitet på tenestene.

Reformene har fått nemninga New Public Management (NPM). NPM er ei fellesnemning på ei rekke reformer som er sette i verk innanfor offentleg sektor sidan 1980-åra. Reformene utgjør ein ny måte å styre offentleg sektor på. Dei nye styringsmåttane legg meir vekt på resultat, med fleire og klarare mål som ein jobbar mot. Dei har færre reglar for korleis ein skal gjennomføre arbeidsoppgåvene, men måling av resultatata er ofte eit krav (Stamsø, 2009).

Reformene som er forbundne med NPM har mål om å redusere offentlege utgifter, auke effektiviteten og betre kvaliteten på tenestene. Ein legg meir vekt på service og resultat, og mindre vekt på arbeidsprosessar og kontroll av dei. Spesielt er ein oppteken av effektivitet. Målet er å ha mest mogleg effektivitet og å produsere best mogleg for lågast mogleg kostnader. Ein skal samtidig ta omsyn til kva oppgåver som blir gjennomførte. Påskjøning for å oppnå mål eller resultat er eit mål – og det er også resultatstyringssystem der ein legg vekt på resultat i staden for på arbeidsprosessen (Stamsø, 2009).

Utifrå NPM reformene har leiarane på avdelingsnivå fått større ansvar for økonomistyringa. Ein kan ha ei heilt anna utdanning som leiar enn det feltet ein skal leie. Det er dyktigheit og resultat som blir vektlagt i staden for profesjon og utdanning.

For å auke kvaliteten på tenestene er det ofte innført minstestandard på innhald og kvalitet i tenestene. Brukarane har krav på å få vite kva tenester dei har rett på, dette for å auke kvaliteten på tenestene utifrå reformene (Stamsø, 2009).

Reformer er noko ein har hatt mange av opp gjennom åra, og dei er ofte veldig like, så Brunsson meiner at ein må vere litt gløymisk når ein satsar med nytt mot med nye reformer som er veldig like gamle reformer som kanskje ikkje har vore så vellykka (Brunsson, 2011).

Det er mykje likt i forvaltningsreformer i Noreg og andre land. Det er ein overgang frå hierarkisk forvaltningsstyring til meir marknads- og nettverksstyring. Reformar kjem med håp om at alt skal bli betre når iverksettingsprosessen er ferdig (Brunsson, 2011).

Sjukehuslova av 1970 var prega av eit klart finansielt offentleg ansvar for tenestene. Sjukehusa skulle vere til for alle, og alle var med på å betale for dei. Det var fylkeskommunen som hadde ansvaret for sjukehusa. Sjukehusreforma av 2002 vart eit brot med denne organiseringa. Då tok staten over ansvaret, og dette skulle gi større sikkerheit for tenestene til folket. Den nye modellen skulle legge til rette for betre samordning mellom regionane. Dette ville auke effektiviteten i helsetilbodet. Organiseringa vart forma som aksjeselskap, og dei vart sjølvstendige rettssubjekt der eigarane sat i styret. Dette utgjorde ein stor forskjell frå den gamle ordninga, der styret var sett saman av fylkeskommunen, som representerte befolkninga. Reforma hadde intensjon om å betre koordineringa for å utnytte ressursane best mogleg, men ho førte til auka konkurranse mellom føretaka, sjukehusa og kommunane (Haga, 2011). Samhandlingsreforma er kanskje tenkt på som ei løysing på dette problemet der hovudgrepet er å overføre finansieringsansvaret frå stat til kommune. Ein vil unngå å bruke spesialisthelsetenesta så langt råd er, satse på tilbod i kommunen og dermed redusere presset på spesialisthelsetenesta.

Det er stor einigheit om at det trengst ei reform, sidan vi står overfor ei eldrebølge og mange av dei lidingane denne gruppa har, ikkje treng å bli behandla av spesialisthelsetenesta. Desse kan etter planen i reforma bli behandla i kommunen, og pasientane skal få like god hjelp i kommunen som hos spesialisthelsetenesta. Det er likevel eit faktum at spesialisthelsetenestene er overlegne når det gjeld ressursar og kompetanse (Haga, 2011). Samhandling er uttrykk for kva evne helse- og omsorgstenestene har til oppgåvefordeling seg imellom for å nå eit felles mål, og evne til å gjennomføre oppgåvene på ein koordinert og rasjonell måte (St.meld. nr. 47 [2008–2009]).

Samhandlingsreforma har som hovudmål å gi helsetenesta ei ny retning, å vise veg framover. Ein skal legge vekt på å førebygge i staden for å reparere. Her er det viktig med tidleg innsats. Ein skal få utvikla ledd i helsetenestene som gir betre samarbeid. Tenestene skal flyttast nærmare brukarane. Ein skal legge opp til meir brukarmedverknad for å gjere det best mogleg for brukarane. Det blir lagt fleire tenester til kommunen for å nå brukarane, og ein må danne spesialiserte fagmiljø som er sterke.

Reforma skal gjennomførast gradvis, og oppbygging av helsetilboda i kommunane kjem til å skje over tid. Reforma vart sett i verk 1. januar 2012 (Samhandlingsreformen i kortversjon, 2012).

Å sette i verk nye reformer og varige endringar kan vere ei utfordring. Mange gode tiltak er

avslutta utan at ein har klart å implementere dei. Uklare mål, dårleg leiarforankring, mangel på ressursar og stramt tidsskjema er dei vanlegaste hindringane for vellykka implementering (Løvsletten, 2013).

I stortingsmeldinga om samhandlingsreforma, St.meld. nr. 47 (2008–2009), legg ein til grunn at kommunane sjølve må finne fram til eigne samarbeidsformer for å sikre at ressursar og kompetanse blir utnytta på best mogleg måte. Meldinga legg vekt på at ny kommunal helse- og omsorgstenestelov vil bygge på ein føresetnad om at kommunar i nødvendig grad inngår samarbeid om dei nye aktuelle oppgåvene som følger av reforma. Ein føreset derfor at kommunane kan inngå interkommunalt samarbeid der dette er nødvendig.

I meldinga blir det vidare lagt til grunn at regjeringa ikkje vil lovregulere samarbeidet mellom kommunar, men peike på ulike måtar å innrette eit interkommunalt samarbeid på. Det skal vere opp til kommunane å finne fram til kva organisasjonsformer for samarbeid som er best eigna. Meldinga viser til at interkommunalt samarbeid kan organiserast etter kommunelova § 27, som interkommunalt selskap, aksjeselskap, vertskommunemodell eller etter ein samkommunemodell (St.meld. nr. 47 [2008–2009]).

I Innst. nr. 212 S (2009–2010) om samhandlingsreforma gir komiteen støtte til at kommunar i nødvendig grad inngår samarbeid for å kunne oppnå dei ønskete helsemessige og samfunnsmessige fordelane ved reforma.

Det skal settast i gang samhandling mellom spesialisthelsetenesta og kommunane, førebygging, ØH-postar og rehabiliteringstilbod. Dette skal vere sett i verk i løpet av eit visst tidsrom, og det er ei stor økonomisk omvelting for kommunane. Ein trur det vil blir vanskeleg for enkelte små kommunar å greie å sette i gang alle desse tilboda aleine. Dette kan igjen føre til ueinigheit om korleis ein skal sette tiltaka ut i verk og kva kompetanse som må på plass. Skal ein gå i lag fleire kommunar, og kor skal tiltaka då leggest? Tilbodet om ØH-post har det ikkje vore dei store diskusjonane om endå, men det har vore ein del om korleis ein skal gå saman for å greie å organisere dette tiltaket.

4 Teori

Her har eg valt ut teori som eg føler kan opplyse og hjelpe meg til å få svar på forskingsspørsmåla mine. Dette valet har eg teke fordi eg synest dette er viktig teori som kan kaste lys over kvifor det er forskjellar i implementering av politiske vedtak i kommunane i velferdsstaten vår.

Eg tek utgangspunkt i bøkene til Baldersheim & Rose (2000), Kjellberg & Reitan (2003) og Offerdal (1999) når det gjeld iverksettingsteori. Dette er teori som eg trur kan hjelpe meg til å forstå og forklare kva som skjer på kompetansefronten for å nå krava i reforma både i forhold til store og små kommunar, økonomi og geografisk plassering av kommunane.

4.1 Iverksettingsteori

Iverksettingsteori er i denne oppgåva viktig fordi oppgåva handlar om ei reform som skal settast i verk ute i kommuneorganisasjonane. Det er mange måtar å implementere på, og det viser desse teoriane. Slik teori vil eg tru hjelper meg til å sjå kvifor nokre kommunar lykkast med iverksettinga, og andre ikkje.

I iverksettingsteorien prøver ein å sette søkelyset på kva som skjer utover i ein organisasjon etter at eit politisk vedtak er fatta. Iverksettingsfasen er ein fase der politikken blir gitt innhald, og han er ein del av ein politisk utformingsfase. Iverksettingsteori er ikkje nokon einskapleg teoretisk skule, men ei samlenemning som inneheld ulike perspektiv på kva ein legg i omgrepet iverksetting. Teoriar rundt iverksetting har nok eksistert over lengre tid, men teorien stod sentralt i studiar av offentleg politikk frå 1970-åra. Teorien var mest moderne i slutten av 70- og første halvdel av 80-åra (Offerdal, 2000).

Det var mange i dette tidsrommet som ville sette søkelyset på kva som skjedde når eit politisk vedtak skulle settast ut i verk. Den første generasjonen iverksettingsstudiar var prega av beskrivande og forholdsviss ateoretiske casestudiar. Ein hadde òg eit bilde av at iverksetting av offentlege tiltak stort sett vart mislykka prosjekt. Pressman og Wildavsky sette ein standard med sin studie «Implementation. How great expectations in Washington are dashed in Oakland» frå 1973 om at brorparten av offentlege tiltak var mislykka (Kjellberg & Reitan, 2003). Dei offentlege tiltaka vart sjeldan oppnådde, og viss dei vart oppnådde, var dei ofte forandra. Men ein kom etter kvart fram til at ikkje alle tiltak førte til noko negativt og var mislykka – at det var ein samheng mellom det ein søkte, og det ein fann ut. Det at

implementeringa vart mislykka eller tiltaka vart forandra kan ha årsak i at ein ikkje la vekt på dei grunnleggande forventningane og verdiane organisasjonane hadde.

Andre generasjon iverksettingsstudiar dreia seg om forsøk på å bygge modellar som skulle beskrive kva som skjedde i ein iverksettingsprosess.

I slutten av 80-åra prøvde ei rekke forskarar seg på eit meir rigorøst forskingsopplegg innanfor studiet av iverksetting. Dei trudde då at 90-åra skulle bli det store tiåret for iverksettingsforskning. Slik vart det ikkje, for det har vorte mindre fokus på iverksettingsstudiar etter 80-åra. Det vil ikkje seie at iverksetting ikkje er ein viktig del av studiar av offentleg politikk, for det er heller viktig å understreke at det nettopp er ein viktig del av slike studiar (Offerdal, 2000). Hovudgrunnen til at det har vorte mindre forskning på iverksetting, kan seiast å vere at dei fenomena som førstegenerasjonsstudiane av iverksetting var oppteken av, no blir fanga opp med ord som evaluering, læring, politikktutforming og administrasjon. Iverksetting har fått auka relevans for kommunal politikk og forvaltning, og dette er det fleire grunnar til. Forandringar som har skjedd i forholdet stat–kommune, som kommunal vekst, profesjonalisering av organisasjonane i kommunane og endringar i samarbeidet mellom politikarar og administrasjon i kommunane, er alle relevante i denne samanhengen. Politikk som blir utforma og bestemt sentralt, skal som regel settast i verk gjennom lokale organ. Og som regel er det kommunane som er det lokale organet i Noreg. Politikken som skal settast i verk, blir i stor grad påverka av dei som skal sette han i verk i samfunnet. Sidan velferdsstaten i landet er vorten større, brukar staten kommunane som iverksettingsorgan.

Det er vanleg å skilje mellom to hovudretningar innanfor iverksettingsteori, der den eine retninga ser på iverksettingsprosessen som ein ovanfrå-og-ned-prosess, mens den andre ser iverksetting som ein nedanfrå-og-opp-prosess (Offerdal, 1999).

Matland (Offerdal, 2000) legg vekt på det politiske aspektet ved iverksettingsprosessen. Han har ein modell der han kryssar uklarleik og konflikt, og ved dette får han fram fire forskjellige situasjonar som påverkar iverksettingsprosessen.

		Konflikt	
		Låg	Høg
Uklarleik	Låg	Administrativ iverksetting Ressurs viktig	Politisk iverksetting Makt viktig
	Høg	Eksperimentell iverksetting Lokale forhold viktig	Symbolsk iverksetting Koalisjonsstyrke viktig

Figur 1. Iverksetting under varierende kombinasjoner av uklarhet og konflikt. (Offerdal, 2000)

Der både uklarleiken og konflikten er låg, vil iverksettinga bli som ein administrativ rutine, og rasjonelle avgjerdsprosessar og variasjonar i tilgangen til ressursar kommunane imellom vil vere viktig for å forstå utfallet.

Viss usikkerheita er høg og konflikten er låg, vil iverksettingsprosessen bli ein prøve-og-feile-prosess. Her vil dei lokale forholda og reine tilfeldigheter i kvar enkelt kommune påverke utfallet.

Når både usikkerheita og konflikten er høg, kallar Matland det for den symbolske iverksettinga. Her vil evna til koalisjonsbygging verke inn på kva utfallet blir for den enkelte iverksettinga.

Dei tilfella der det er låg uklarleik og konfliktane er store, representerer den eigentlege politiske iverksettingsprosessen. Her blir utfalla avgjorde gjennom maktforhold. Det er under denne delen reformer blir tvinga igjennom sjølv om det er stor motstand. Politikken brukar makt for å sette i verk eit tiltak (Offerdal, 2000). Helsedirektør Bjørn Inge Larsen er usikker på om den statlege verkemiddelbruken er tilstrekkeleg til å sikre likeverdige helsetilbod til alle utifrå krava i reforma (Larsen, 2011).

Maktbalansen mellom stat og kommune på helseområdet er inga nyheit.

Samhandlingsreforma aukar dette misforholdet på grunn av at dei statlege regionale helseføretaka har større innverknad på sentrale helsestyresmakter enn kommunane, og dermed også på utforminga av regelverk, forskning, utdanning og finansiering. Dei

kommunale helse- og omsorgstenestene blir dermed «taparen» (Hagen, 2012).

Matland (Offerdal, 2000) meiner og at ein av dei situasjonane som kan prege ein iverksettingsprosess, er innblanding og konkurranse frå andre iverksettingsprosessar. Ved samhandlingsreforma skal ein sette i verk fleire store tiltak i kommunane, og desse skal utviklast samstundes over eit gitt tidspunkt. Faren ved slike parallelle iverksettingsprosessar er at dei vil fortrenge og motverke kvarandre. Ein set gjerne opp prosjektorganisasjonar for å greie å gjennomføre tiltaka. Dette er aktuelt i dei tilfella der iverksettinga skal skje i organisasjonar som alt eksisterer, og som har mange oppgåver i tillegg til iverksettinga av dei nye tiltaka. Slike situasjonar finn ein ofte i kommunane.

4.1.1 Ovanfrå og ned

Samhandlingsreforma er ei tydeleg ovanfrå-og-ned-reform. Reforma er vedteken på statleg nivå, og ho seier kva kommunane skal ha på plass seinast i 2016, då reforma er planlagt å vere ferdig utvikla. Kommunane er pålagde å sette i gang tiltaka som står i reforma, men dei har eit spelerom der dei kan velje korleis dei vil sette dei ut i verk og organisere dei.

I ovanfrå-og-ned-tilnærminga ser ein på iverksetting som eit sett av formelle vedtak der dei sentrale avgjerdene står sentralt. Ho blir derfor også omtalt som den avgjerdsorienterte tilnærminga. Retninga blir omtalt som «ovanfrå og ned» fordi det sentrale er korleis statlege styresmakter utfører sin politikk, og korleis politikken blir sett i verk nedover i systemet i ein hierarkisk struktur. Det er lite spelerom i ein slik politisk iverksettingsprosess.

Iverksettingsproblem kan ein ifølge Offerdal (2000) forklare ut frå tre forhold: mangel på klare mål, mangel på klare autoritetsstrukturar og motstand og mangel på effektivitet hos dei som skal sette i verk lokalt. Samhandlingsreforma har mange klare mål, og ho er ei stor reform som inneheld mange forandringar på kommuneplan. Kommunane i Noreg er veldig forskjellige, både når det gjeld innbyggartal, nærleik til større senter, størrelse, kompetansetilgang og størrelse på fagmiljøa. Dette gjer til at den statlege styringa av kva kompetanse helsetenestene i kommunen må ha, kva tenester befolkninga kan forvente seg å få i primærhelsetenesta, og korleis desse skal organiserast, bør vere veldig presis (Larsen, 2011). Utifrå måten samhandlingsreforma er formulert på, kan ein forstå det slik at ein skal ha ØH-post i alle kommunar, mens det stort sett ser ut som at ØH-postane blir slåtte saman med nærliggande kommunar og gjerne knytte opp mot spesialisthelsetenesta. Ein som då bur i ein utkantkommune, må då fraktast like langt som ved innlegging i

spesialisthelsetenesta. Kvar blir det då av ideen om å flytte tenestene nærmare der folk bur, som reforma seier? (St.meld. nr. 47 [2008–2009]).

Ei vellykka iverksetting innanfor ovanfrå-og-ned-perspektivet oppstår dersom organisasjonspraksis samsvarer med dei sentralt vedtekne måla (Offerdal, 2000). Nye tiltak kan stride mot grunnleggande forventningar og verdier i organisasjonen, og ein får då motstand frå medlemmene i organisasjonen, som vil verne om sine verdier. Stemmer tiltaka overeins med dei grunnleggande forventningane og verdiane til organisasjonen, vil iverksettinga lykkast. Innanfor denne tilnærminga er det føresett at ein kan trekke eit klart skilje mellom eit vedtak og iverksetjinga av det, og tilsvarende eit skilje mellom politikk og administrasjon. Det er nokre kommunar som har teke dette på alvor, og som har vore tidleg ute med å sjå framover. I Indre Sogn har dei jobba mot ØH-kravet over nokre år. Her er dei alt på god veg til å vere godt rusta med å ha kompetansen på plass før kravet blir sett i verk. Der har det vore ein plan frå kommunen si side å heve kompetansen til sjukepleiarane retta inn mot akuttsjukepleie for å kunne sette ØH-kravet i verk. Ein har fått med seg organisasjonen og jobba med verdiane og fått profesjonane med seg på å løyse reformkrava på ein god måte (Sogn lokalmedisinske senter, 2012).

Ovanfrå-og-ned-tilhengarar viser til at politikken må bygge på ein gyldig teori som held seg til korleis oppfatningane til dei ikkje-offentlege aktørane er i forhold til den politikken som blir utført. Dei legg vekt på at politikken bygger på ein administrativ og det ein kallar ein substansiell teori, dvs. ein teori som tek for seg kva tiltak som må settast i verk for å kunne løyse det samfunnsproblemet politikken er retta mot. Men her er det ingenting som seier kva som må gjerast for å greie å sette tiltaka ut i verk (Offerdal, 2000). Samhandlingsreforma gir utfordringar og konsekvensar som det er vanskeleg å føresjå fullt ut, sjølv om nokre rammeføresetnader er skisserte (Uleberg & Bjørnsen, 2011). Ein kan ikkje sette i gang med ein ØH-post i kommunane utan at det er kompetanse på plass som kan ta seg av dei enkelte kasusa.

Meter og Horns har den same oppfatninga som Pressman og Wildavsky om at ein iverksettingsprosess ikkje kan lykkast viss ein ikkje har eit mål som kan målast. Dei har alle ei felles oppfatning om at ein iverksettingsprosess må ha klare mål, slik at dei som skal gjennomføre han, forstår tiltaka og kvifor dei blir sette i verk, og det må vere ressursar tilgjengeleg for å kunne gjennomføre tiltaka (Kjellberg & Reitan, 2003).

I samhandlingsreforma er hovudintensjonen «rett behandling på rett stad til rett tid». Dette

vil seie at det helsepersonellet som skal sørge for den som blir akutt sjuk, må ha den nødvendige akuttmedisinske breiddekompetansen, uavhengig av organisering (Uleberg & Bjørnsen, 2011).

Mozmanians og Sabatiers er òg tilhengarar av denne ovanfrå-og-ned-tilnærminga. Dei er einige om at det er eit vedtak som er utgangspunktet for ein iverksettingsprosess. Det er kanskje desse to som legg mest vekt på det overordna styringsperspektivet med hierarkisk integrasjon, lojalitet frå aktørane og det at det heile er forankra i eit lovvedtak. Frå deira ståstad kan ein ikkje snakke om nokon iverksettingsprosess utan eit lovvedtak (Kjellberg & Reitan, 2003).

Samhandlingsreforma inneheld mange gode mål, men målrealisering er avhengig av verkemidla og rette oppfatningar om korleis tiltaka kan virke. Dei pasientane som er utskrivingsklare frå spesialisthelsetenesta og oppbygging av sjukeheimane er tiltak som ein kunne sett i verk utan den store reforma. Å styre innleggingar i spesialisthelsetenesta kan bli vanskeleg. Og førebygginga må ein først og fremst plassere sentralt for å få effekt (Rasmussen, 2012).

Kjenneteiknet på at den avgjerdsorienterte tilnærminga er sett i verk slik dei politiske avgjerdene er tenkte, er at måla og dei lokale handlingane er samstemte. Dei er alle samde i at eit vedtak som skal implementerast, må vere utforma frå ein politisk ståstad, dvs. at det er dei overordna som tek avgjerda om korleis ting skal utformast. Reforma seier at ein skal ha kompetansen på plass, men ingenting om korleis ein skal organisere dette. Helsedirektoratet seier at det er kommunane som må sørge for nødvendig opplæring av personell, ha planar og rutinar for undervisning, hospitering, rettleiing og praktisk trening (Helsedirektoratet, 2014).

Kompetanseløftet 2015 er kompetanse- og rekrutteringsplanen til regjeringa for dei kommunale omsorgstenestene. Kompetanseløftet inneheld strategiar og tiltak som skal bidra til å sikre tilstrekkeleg, kompetent og stabil bemanning i omsorgstenestene. Kompetanseløftet er forankra i St.meld. nr. 25 (2005–2006) som ein delplan under Omsorgsplan 2015. Å styrke den faglege kompetansen er ein av dei viktigaste strategiane for å sikre kvaliteten på tenestetilbodet. Det er også ein nødvendig føresetnad i det langsiktige arbeidet med å sikre god ressursutnytting.

I ein kompetanseplan må det komme tydeleg fram kven som har ansvaret for å gjennomføre dei ulike tiltaka i planen (Løvsletten, 2013).

4.1.2 Nedanfrå og opp

Denne tilnærminga sprang ut av kritikken mot den avgjerdsorienterte tilnærminga, som fleire meinte var for sentralistisk og hierarkisk. Dei meinte at ho var for formell, at ho berre konsentrerte seg om formelle vedtak, og at ho var blind for den innverknaden lokale aktørar hadde på gjennomføringsprosessen. Innanfor dette perspektivet ser ein på iverksetting som ein kontinuerleg forhandlingsprosess frå vedtaket blir fatta til verknaden har skjedd, derfor nemninga prosessorientert tilnærming. Dermed skil ein ikkje mellom vedtaksfasen og iverksettingsfasen. I denne tilnærminga står eit desentraliseringsperspektiv sentralt, då ein legg vekt på den lokale tilpassinga til vedtaket og kva dei lokale aktørane har å seie for gjennomføringa av vedtaket.

I samhandlingsreforma er det sett klare mål for kva som skal vere tilbodet til befolkninga i kommunane, men kommunane står friare til å organisere seg imellom korleis dei skal løyse tiltaka på best mogleg måte økonomisk og praktisk. Det blir utfordrande å sikre like tenester til befolkninga i alle kommunane og vanskeleg å finne tilstrekkeleg med verkemiddel til å gjennomføre samhandlingsreforma slik ho er tenkt frå statleg hald (Larsen, 2011).

Kompetanseplanar kan vere eit godt hjelpemiddel til å planlegge og sette i verk fagutvikling. Dette er ein prosess som tek utgangspunkt i ytre krav og forventningar.

Kompetanseplanlegging er eit verktøy der ein skaffar seg ei oversikt over kva kompetanse ein har, og kva ein må skaffe (Løvsletten, 2013).

Ei vellykka iverksetting innanfor denne tilnærminga blir målt utifrå graden av samsvar mellom ønskt retning i ein sosial situasjon og det faktiske resultatet av tiltaket (Kjellberg & Reitan, 2003).

Styrken til nedanfrå-og-opp-tilnærminga ligg i at ho rettar seg mot den substansielle teorien. Teorien rettar seg mot korleis politikk kan utformast slik at effekten blir slik ein ønskjer, og at han har ein metode som viser iverksettingsstrukturane. Ein kan ikkje realisere ØH-posten i kommunane viss ein ikkje kan sikre at nødvendig kompetanse og kapasitet er på plass. Det vil ikkje vere mogleg å flytte oppgåver frå spesialisthelsetenesta til kommunehelsetenesta før ein har den nødvendige kompetansen på plass (Larsen, 2011).

Nedanfrå-og-opp-tilnærminga er svak når det gjeld å gi råd om korleis administrasjonen bør organisere seg på best mogleg måte, og kva som må gjerast når politikk møter stor motstand frå forvaltninga eller samfunnet. Korleis gjer ein det då?

Det blir hevda at ovanfrå-og-ned-tilnærminga er ein metode som søker etter å forbetre

praksis, mens nedanfrå-og-opp-tilnærminga beskriv det som skjer når offentleg politikk blir sett ut i verk (Offerdal, 2000). Ein treng ein sterk kommune som driv med kontinuerleg kvalitetsutvikling på eigne prinsipp for å lykkast (Hagen, 2012).

Nedanfrå-og-opp-tilnærminga søker òg etter betre praksis når ho tillèt stort handlingsrom overfor forvaltninga, og det blir understreka at ein må tas omsyn til at iverksetting skjer som eit samspel mellom det offentlege og samfunnet. Kvar enkelt kommune skal legge til rette for ØH, men vel det som er til beste for kommunen, ved å legge ØH til sjukeheim eller legesenter, eller slå seg i lag med nabokommunar.

Denne tilnærminga er klart normativ sidan ho ikkje berre undersøker iverksetting nedanfrå og opp, men også tek utgangspunkt i at avvik er eit uttrykk for eit velfungerande demokrati.

Den viktigaste forskjellen mellom ovanfrå og ned, og nedanfrå og opp ligg i hovudtilnærminga når ein kartlegg iverksettingsstrukturen. I nedanfrå-og-opp-tilnærminga er strukturen i liten grad gitt til forskaren på førehand; han kjem i staden fram under sjølve undersøkinga. Aktørane i politikken og administrasjonen må utarbeide tiltak som interessegruppa finn relevante for sine mål viss dei skal vere viktige brikker i iverksettinga. Når ein ser på dette med ei ovanfrå-og-ned-tilnærming, vil dette verke fragmentert og uoversiktleg.

For å få til ein iverksettingsprosess er det viktig at prosessar går både ovanfrå og ned og nedanfrå og opp. Det er viktig at politikken som skal gjennomførast, er under utvikling heile tida, med eit samspel mellom intensjonane og realitetane.

Richard Elmore har ein teori som han har kalla «forward and backward mapping». I forward-metoden prøver ein å styre utifrå ovanfrå-og-ned-tilnærminga med den kunnskapen ein har på det aktuelle tidspunktet. Backward-metoden tek utgangspunkt i samfunnsproblema, og ein forsøker å komme fram til kva tiltak det offentlege må sette i gang for å kunne løyse samfunnsproblemet, for så å formidle dette oppover til dei overordna i organisasjonen (Offerdal, 2000).

Det desse to metodane tek for seg, er viktig fordi dei viser kor viktig det er med samarbeid både nedover og oppover, og korleis den samla iverksettingsprosessen må fungere. Dette fører til at ein oppnår ein læringsprosess der utforminga av politikken blir tilpassa og endra utifrå kva problem ein skal utbetre.

Barrett og Fudges (Offerdal, 2000) ser òg at det er viktig med samspel mellom ovanfrå-og-ned- og nedanfrå-og-opp-tilnærminga i iverksettingsprosessen. Dette vil seie at det skjer ei

tilpassing mellom aktørane som skal forhandle om innhaldet i politikken, og den situasjonen iverksettinga skal skje i.

I Oslo har legevakta før reforma vart formulert, hatt ein observasjonspost som har teke seg av behandling, overvaking og diagnostisering av uklare tilstandar på førstelinjenivå. Dei har dermed unngått unødvendige innleggingar i spesialisthelsetenesta. Dei har òg god tilgang på kompetanse på grunn av tett samarbeid med forskning og utvikling på deira tenesteområde. Det er dessutan utarbeidd gode samarbeidsavtaler med universiteta og høgskulane i og rundt Oslo (Snåre, 2012). Kan dette ha noko med korleis reforma er utforma å gjere? Er det dette dei ser, dei som har utforma reforma? Å sette i verk eit tilbod om ØH-post tilbod her vil ikkje by på dei store utfordringane, slik det kanskje vil gjere for små kommunar som ligg perifert frå sentralt hald. Det må skje ei forhandling om innhaldet i politikken, om situasjonen iverksettinga skal skje i, og resultatet av iverksettinga, dvs. om ho har vore vellykka eller ikkje. Prosessen blir ikkje ein eintydig prosess der det gir meining å samanlikne mål med eintydige utfall. Eit slikt syn er viktig for at ein skal skjønne korleis ei felles forståingsramme blir utvikla over tid med samhandling. Målet må vere å få til eit kvalitativt godt tilbod nær heimen i staden for å bli send til spesialisthelsetenesta – det må vere det klart beste for den enkelte (HMT, nr. 6, 2009). 90 % av alle helse- og omsorgstenester blir i dag gjennomførte i kommunane, og dei resterande 10 % blir utførte i spesialisthelsetenesta. Med samhandlingsreforma blir ansvaret større for kommunen. Det blir ei meir omfattande og krevjande pasientbehandling i kommunane, og ein må då ha kompetanse til å sette i verk ØH-posten på ein trygg og forsvarleg måte (Hagen, 2012).

Ved å bruke iverksettingsteorien i undersøkinga mi vil eg tru at det kan komme fram faktorar som gjer til at det er store forskjellar i kommunane, fordi eg trur det er stor forskjell i korleis ei slik reform blir sett i verk kvar enkelt kommune. Variasjonen trur eg kan ha ein del å gjere med kva den som sit i administrasjonen i kommunen, har som interessefelt – altså at det kan vere personavhengig korleis det blir satsa på kompetanseheving frå kommune til kommune. Eg trur òg at det har ein del å seie kor kommunane ligg geografisk i forhold til der reforma blir utforma. Jo nærare ein ligg der politikken blir utforma, jo lettare er det å heve kompetansen.

4.2 Bakgrunn for val av teori

Eg har valt meg ut denne teorien fordi eg meiner den kan hjelpe meg med å forstå kvifor det er forskjell i satsing på og utføring av kompetanseheving i kommunane etter krava i samhandlingsreforma. Dette er ei reform som skal settast i verk i kommunane, og dette er ei klar ovanfrå-og-ned-iverksetting. For å kartlegge kvifor nokre kommunar klarer og andre ikkje klarer å fullføre prosessen rundt ei ny reform og å sette i verk reformkrava innanfor den tida dei har til rådvelde, meiner eg det er interessant å sjå på iverksettingsprosessen i kvar kommune og at det kan gje meg svar på kvifor det er store forskjellar frå kommune til kommune.

Iverksettingsformer som eg trur vil gjere seg gjeldande er at det vil vere låg grad av konflikt rundt eit område som ein ØH-post. Difor vil iverksetjinga trulig ligge til venstre i Matlands modell (Offerdal, 2000). Administrativ iverksetting kan samanliknast med ovanfrå-og-ned-prosessen. Alle veit kva ein skal gjere og prosessen går føre seg internt i organisasjonen. Det sentrale ved denne ovanfrå-og-ned-prosesser er at resultatet er avhengig av tilgjengelige ressursar. Med ressursar meiner ein både kommunestorleik, kommuneøkonomi og geografi. Her vil iverksettinga bli som ein administrativ rutine, og rasjonelle avgjerdsprosessar og variasjonar i tilgangen til ressursar kommunane imellom vil vere viktig for å forstå utfallet. Ved eksperimentell iverksetting vil iverksettingsprosessen bli ein prøve-og-feile-prosess. Her vil variasjonen mellom kommunane spele inn og dei lokale forholda påverke utfallet. Her er det ein nedanfrå-og-opp-prosess, resultatet er avhengig av kva for deltakarar som er involverte og konteksten det blir gjennomført i.

Utifrå dette ønskjer eg å analysere korleis iverksettinga blir påverka av ressursar og lokale tilhøve som kommunestorleik, økonomi og geografisk plassering.



Figur 2. kommuneressursar/strukturelle trekk.

5 Metode

5.1 Kvantitativ metode

Val av metode er avgjerande for resultatet når ein skal gjere ei systematisk undersøking eller drive forskning. Metoden må veljast utifrå problemstillinga og dei ressursane ein har tilgjengeleg. Innanfor samfunnsvitskapleg forskning brukar ein som oftast kvalitative eller kvantitative tilnæringsmetodar. Desse to metodane er ulike og blir brukte ved ulike problemstillingar, men kan i nokre tilfelle kombinerast.

Målet, problemstillinga og fenomenen i det aktuelle forskingsprosjektet avgjer kva metode ein vel. Vidare vil kompetansen og resurssituasjonen til forskaren spele inn på valet av strategi (Ringdal, 2013).

For den aktuelle problemstillinga og situasjonen vart kvantitativ metode i form av ei tverrsnittundersøking valt som den best eigna metoden. Tverrsnittundersøkingar er mykje brukte i kvantitative undersøkingar som er baserte på spørjeundersøkingar. Alle målingane skjer i eit avgrensa tidsrom, og formålet er først og fremst å beskrive forholda slik dei er her og no. Data blir berre registrert éin gong for kvar analyseining, som kan vere personar, organisasjonar, kommunar og land (Ringdal, 2013).

Formålet med undersøkinga er å undersøke kva kommunane har gjort, og kva dei gjer for å førebu seg på kravet om ØH-post i samhandlingsreforma. Slik kan ein sjå om det er nokon forskjell på store og små kommunar, økonomi og geografisk plassering når det gjeld kompetanseheving innanfor akuttsjuepleie.

Ved å gjere ein grundig studie av kommunane ønskjer eg å få fram kva som er likskapane og ulikskapane i mellom desse kommunane når det gjeld kompetanseheving og implementering av reforma. Nokre viktige punkt var kva dei har lykkast med, og kva dei ikkje har lykkast med, kor langt dei forskjellige har komme i å førebu seg på reforma, og kva som skil dei frå kvarandre.

5.2 Utval

I samfunnsvitskapleg forskning ønskjer ein å kunne seie noko om ei heil gruppe individ, ein populasjon. Under denne undersøkinga er populasjonen kommunar i vest og i aust i landet. Det å studere ein heil populasjon er svært resurskrevjande og sjeldan gjennomførbart. Ein må derfor rekruttere eit utval av den aktuelle populasjonen, for så å kunne trekke ei slutning om populasjonen som ein heilskap.

I denne undersøkinga vart til saman 107 kommunar i aust og vest kontakta. Kommunane ligg i fylka Oppland, Akershus, Hordaland og Sogn og Fjordane. Utvalet er fordelt slik: 26 kommunar i Oppland, 22 kommunar i Akershus, 33 kommunar i Hordaland og 26 kommunar i Sogn og Fjordane. Valet av desse fylka vart gjort med ein tanke om å få nokolunde like fylke i vest og i aust, utifrå kommunestørrelsar og plassering i forhold til kor reforma blir utforma. I vest var det 59 kommunar, og i aust var det 48. Dei som ikkje svarte på spørjeskjemaet, fekk purring opptil fire gonger, og første purring vart send tre veker etter første utsending. Etter den første vart det sendt ut tre puringar fortløpande med ei veker mellomrom. Etter desse fem utsendingane av spørjeskjema kom det inn 41 svar. Desse 41 respondentane utgjer utvalet frå populasjonen av kommunar i vest og i aust. Intensjonen var at det var kommunalsjef eller helse- og omsorgssjef som skulle fylle ut spørjeskjemaet, så det vart sendt til deira e-postadresser. Det låge talet på respondentar fører til at eg ikkje får utført multivariate analysar. Dermed får eg ikkje kontrollert for samspelet mellom ulike uavhengige variablar, og må drøfte funna utifrå bivariate analysar av kvar uavhengige variabel. Det beste hadde vore å utvide datamaterialet med kommunar frå fleire fylke, men av omsyn til tida kunne eg ikkje gjere dette. Eg kan heller ikkje gjere dei store slutningane om at det i realiteten er slik at det ein kjem fram til i denne undersøkinga med analysane kan overførast til å gjelde generelt for kommunane i landet.

I undersøkinga er det gjort eit klyngeutval. Klyngeutval skjer i to eller fleire trinn. Først vart det valt ut eit utval av klynger eller utvalsområde, som her er fylka Oppland, Akershus, Hordaland og Sogn og Fjordane. Så valde eg å sende spørjeskjema til helse- og sosialsjefar, rådmenn og etatssjefar i kvar kommune i desse fylka.

Ei ulempe ved eit slikt utval er at presisjonen blir mindre enn ved ei enkelt tilfeldig trekning (Ringdal, 2013).

Etter at undersøkinga var godkjent av NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste), vart det sendt ut spørjeskjema til dei 107 kommunane. Ved spørjeskjemaet var det lagt ved eit informasjonsskriv, der det vart kort fortalt kven eg er, kva studie eg går på, og kva undersøkinga gjekk ut på. I informasjonsbrevet vart det informert om at ved å svare på undersøkinga gav dei samtykke til at ein kunne bruke opplysningane dei kom med.

Det vart sendt ut spørjeskjema over e-post til kvar enkelt kommune ved bruk av programmet Questback. Questback vart valt for å gjere det enklast mogleg for respondentane å svare på spørjeundersøkinga. Det kom inn 41 svar frå utvalet, som var på 107. Det kom fem e-postar i

tillegg der respondentane forklarte kvifor dei hadde valt å ikkje svare på undersøkinga. Det er eit fråfall på 61 respondentar. Årsaka til mangel på svar kan vere manglande tid, vilje eller interesse for undersøkinga.

5.4 Spørjeskjema som forskingsmetode

Datamaterialet vart samla inn ved hjelp av spørjeskjema, laga og sendt ut gjennom dataprogrammet Questback til respondentane sine e-postadresser. Respondentane fylte ut skjemaet elektronisk, og skjemaet vart automatisk sendt tilbake i Questback-programmet når respondentane trykte på knappen «Send» i spørjeskjemaet. Dette er ein økonomisk og enkel måte å gjennomføre ei undersøking på. Det er effektivt å svare for respondentane, noko som var viktig fordi respondentane i undersøkinga har travle dagar. Med spørjeskjemaet følgde det eit informasjonsbrev der respondentane vart informerte om undersøkinga og at dei ved å svare gav meg samtykke til å bruke opplysningane spørjeskjemaet gav.

Spørjeskjemaet var oppbygd med fire avsnitt med til saman tjuufem spørsmål og påstandar. Det var gitte svaralternativ der respondentane kryssa av på det dei meinte stemte for deira kommune. Det var ved nokre spørsmål/påstandar lagt inn eit svaralternativ der respondenten kunne skrive kort viss dei gitte svaralternativa ikkje passa.

Eit spørjeskjema kan bestå av spørsmål som er opne og/eller lukka. Opne spørsmål gir meir inngåande opplysningar fordi respondenten svarar med eigne ord, men det er ei ulempe at spørjeskjemaet blir veldig langt. Koding av slike spørsmål kan både bli vanskeleg og tidkrevjande. Difor valde eg at respondentane berre kunne skrive korte svar. Lukka spørsmål har faste svaralternativ, så det er viktig at spørsmålsformuleringane og svaralternativa er nøye gjennomtenkte. Ved bruk av lukka spørsmål og gitte svaralternativ er det viktig med presise spørsmål. Med denne tilnærminga får ein skjema som er raske og enkle å fylle ut for respondentane, og dette gjer etterarbeidet og analysen raskare og enklare (Ringdal, 2013). Ved dei fleste påstandane/spørsmåla vart det brukt Likert-skala med fem punkt. Dette er ein skala med fem, sju eller nokre gonger fleire trinns der ein kan uttrykke kor samd eller usamd ein er i eit spørsmål eller ein påstand. Likert-skalaer krev meir enn at ein lagar ei liste med spørsmål eller påstandar om haldningar ein vil undersøke (Ringdal, 2013).

Det vart ikkje tid å gjere ein systematisk pilottest på spørjeskjemaet. Men før eg sende ut spørjeskjema til respondentane, vart det gjort ei prøvesending til kollegaer for å teste

programmet og sjå om det var uklare detaljar i skjemaet som kunne mistolkast av respondentane.

5.5 Spørjeskjema

Første del av spørjeskjemaet handlar om basisinformasjon som kjønn, alder, stilling og kva utdanning respondenten har. Resten av spørjeskjemaet er delt inn i tre tema: kompetanseplan i kommunen, kompetansedekning i kommunen og organisering av tilbodet om ØH-post.

Heile spørjeskjemaet ligg som vedlegg.

Dei enkelte delane av spørjeskjemaet er omtalte nedanfor.

5.5.1 Kompetanseplan i kommunen

Delen om kompetanseplan i kommunen spør om kommunen har kompetanseplan og om det i kompetanseplanen kjem tydeleg fram kven som har ansvaret for å gjennomføre dei ulike tiltaka som står i planen. Denne delen er viktig for å sjå om kommunane brukar kompetanseplan og om kommunen har den kompetansen som trengst, og eventuelt om ein må heve kompetansen. Første spørsmål er formulert som eit spørsmål, og har tre svaralternativ: ja, nei og anna.

Dei andre tre spørsmåla er formulerte som påstandar med fem svaralternativ: heilt usamd, delvis usamd, korkje usamd eller samd, delvis samd og heilt samd.

5.5.2 Kompetansedekning

Under kompetansedekning går spørjeskjemaet ut på om kommunane har god sjukepleiedekning og om dei har god tilgang på sjukepleiarar som er kvalifiserte til å jobbe ved ein ØH-post. Her vil ein òg kartlegge om kommunen har lykkast med å heve kompetansen på akuttsjukepleie gjennom vidareutdanning eller om dei har lykkast med å heve kompetansen på akuttsjukepleie i kommunen ved å rekruttere. Viser sjukepleiarane i kommunen stor interesse for vidareutdanning innan akuttsjukepleie? Satsar kommunen på rekruttering av sjukepleiarar utanfrå kommunen med den kompetansen som trengst ved ein ØH-post, og er det vanskeleg å rekruttere nye sjukepleiarar til kommunen? Eg vil òg kartlegge om kommunen har det utstyret som trengst ved ein ØH-post, tilgjengeleg. Alle spørsmåla/påstandane har svaralternativ: heilt usamd, delvis usamd, korkje usamd eller samd, delvis samd og heilt samd.

5.5.3 Organisering av tilbodet om ØH-post

Her er det sju spørsmål der tre av dei er formulerte som spørsmål, og dei andre fem er formulerte som påstandar. Det ein vil kartlegge her, er om det er krevjande og vanskeleg for kommunen å få sett krava frå samhandlingsreforma i gang i kommunane og om kommunane har godt eigna lokale til ein ØH-post. Har kommunen greidd å sette i gang kravet om rehabiliteringstilbodet utifrå samhandlingsreforma, og har iverksettinga av rehabiliteringstilbodet vore vellykka? Her er svaralternativa heilt usamd, delvis usamd, korkje usamd eller samd, delvis samd og heilt samd.

I dei tre punkta som er formulerte som spørsmål, vil ein kartlegge om det eventuelle lokalet i kommunen har til rådvelde for ein ØH-post er knytt til andre helseavdelingar i kommunen. Her har respondenten svaralternativa nei, sjukeheim, legesenter, spesialisthelsetenesta og anna å velje mellom.

Spørsmålet om kommunen har slått seg i saman med nærliggande kommunar for å greie å utføre ØH-kravet, har svaralternativa ja, nei, blir utgreidd, usikker og anna. På spørsmålet om korleis kommunen samarbeider med andre kommunar er svaralternativa ingen samarbeid, heile ØH-posten ligg i nærliggande kommune, rullerande team mellom kommunane, ØH-posten ligg i dykkar kommune og anna.

5.6 Prosedyre

Etter at det var gått tre veker etter at siste svar på undersøkinga vart registrert i Questback, vart det avgjort at dei som ønskte å svare, truleg hadde fått svara, sjølv om ein kunne tenkt seg ein høgare svarprosent. På grunn av tid måtte eg ta eit standpunkt om at eg måtte gå vidare med det som var komme inn.

Til å gjennomføre analysen blei analyseverktøyet IBM SPSS Statistics 20 brukt. Ettersom Questback var brukt til sjølve spørjeundersøkinga, var det berre å overføre svara direkte over i SPSS. Der la alle svar seg systematisk inn i programmet.

5.7 Analysemetodar

Utifrå undersøkinga og dei svara som vart samla inn, vart det naturleg å gjere analysane nedanfor i samband med problemstillinga.

5.7.1 Frekvensanalyse

Frekvensanalyse gir ei oversikt over korleis svara fordelar seg på svaralternativa (Ringdal, 2013).

5.7.2 Bivariat analyse (krysstabellar)

Krysstabellar blir oftast brukte til å analysere samanhengar mellom ein avhengig og ein eller fleire uavhengige variablar. Formålet er å forklare eit fenomen ved hjelp av tabellanalyse. Ved ein krysstabell kan ein studere om to eller fleire variablar samsvarar (Ringdal, 2013).

5.7.3 Signifikanstest av krysstabellar

Når ein har funne ein samanheng mellom to variablar, er det interessant å undersøke om denne samanhengen er signifikant eller ikkje.

Det er avgjerande at ein set signifikanskravet på førehand. Ein kan velje å tolke signifikans mellom 0,05 og 0,10, der ein signifikans under 0,05 er ein klar signifikans, og 0,10 blir tolka som ein svak signifikans. Den grensa som er mest brukt ved statistisk signifikans, er vanlegvis 0,05 (5%) (Ringdal, 2013). I analysen har eg valt å tolke signifikansen etter både klar (0,05) og svak (0,10) signifikans.

Eit av kriteria for at signifikansnivået basert på kji-kvadratet skal vere gyldig, er at forventa frekvens er større enn fem i cellene. Det kan likevel akseptrast at frekvensen er mindre enn 5 i høgst ein femtedel av cellene så lenge ingen forventa frekvens er under 1 (Ringdal, 2013).

5.7.4 Variansanalyse (ANOVA)

Variansanalyse er ei generalisering for to utval som gjer det mogleg å teste hypotesar om forskjellar mellom grupper (Ringdal, 2013). Resultata av ANOVA seier noko forskjell eller mangel på forskjell mellom gruppene, men seier ikkje noko om kor store eventuelle forskjellar er, og kva som er forskjellen. Ein brukar her F-statistikk og p-verdien for å teste nullhypotesen om at alle middeltala frå fleire populasjonar er like, det vil seie om forskjellane i undersøkinga er statistisk signifikante. Anova testar nullhypotesen om at alle undersøkingstala er like. Når ein ser på signifikansen (sig. eller p-verdien) for kvart av F-forholda, kan ein sjå om nullhypotesen skal forkastast eller ikkje. Viss sig. eller p-verdien er mindre enn 0,05, forkastar ein nullhypotesen om at det ikkje er nokon forskjell (dette gir stor F-verdi). Det vil altså seie at dei er forskjellige. Sig. på ,000 vil seie at nullhypotesen om at det er likskap, blir forkasta – dei er forskjellige (Ringdal, 2013).

5.8 Reliabilitet og validitet

Reliabilitet og validitet handlar om kvalitetskrav til målingane som blir gjorde. Reliabilitet handlar om kor pålitelege dei er, og er eit mål på om ein vil få same resultat etter gjentekne målingar med same instrument (Ringdal, 2013). Sidan eg overførte svara frå respondentane

direkte over i SPSS, vil det vere dei riktige svara respondentane har gitt, som blir førte vidare inn i undersøkinga.

Forhold som kan svekke reliabiliteten kan vere blant anna uklare spørsmål og svaralternativ. Det kan vere tilfelle der respondenten ikkje har heilt visst kva dei skal svare, og dermed berre kryssar av på eit alternativ som er i skjemaet. Dette er det vanskeleg å gjere noko med i ei slik undersøking. Ved å formulere konkrete spørsmål/påstandar og ha enkle svaralternativ forsøkte ein her å redusere feil svar i undersøkinga.

Andre forhold som kan svekke reliabiliteten er tidspress, forstyrringar og situasjonen i seg sjølv. Tilfeldige målefeil kan oppstå ved at ein eller fleire respondentar kryssar feil på spørjeskjemaet (Ringdal, 2013).

Validitet handlar om å måle det ein faktisk ønskjer å måle, og kor godt det teoretiske omgrepet som blir målt, kjem fram.

Ytre validitet omhandlar generalisering eller kor overførbart noko er. Statistisk generalisering vil seie å trekke slutningar om populasjonen på grunnlag av utvalet (Ringdal, 2013). Her i denne undersøkinga må ein vere forsiktig med å generalisere, sidan det er ein så liten svarprosent ein jobbar med. Likevel er det eit håp at det er mogleg for andre kommunar og regionar å dra nytte av resultatata.

Sidan respondentane er anonyme med kommunane sine, er det ikkje mogleg å dele funna direkte med respondentane. Ein må satse på at ein får brukt dei opplysningane funna gir, på andre måtar, slik at respondentane kan få nytte av resultatata.

5.9 Forskingsetikk

I denne undersøkinga må ein gå utifrå at respondentane er godt utdanna, utifrå den stillinga dei har i kommunen.

Det er gjennom informasjonsskrivet informert om undersøkinga og at ho blir anonymisert.

Det er dermed ikkje mogleg å finne tilbake til kven som har svart kva i undersøkinga.

Det var frivillig å delta i undersøkinga er frivillig, men som det står i informasjonsskrivet: Når respondentane svarar på spørjeskjemaet, gir dei samtykke til at ein kan bruke svara vidare i undersøkinga. Respondentane er også informerte om at undersøkinga er meld inn til NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste), og ein har fått løyve til å gjennomføre undersøkinga.

Prosjektet kjem dermed ikkje i konflikt med dei rammene for forskningsetikk som Ringdal (2013) omtalar i boka si.

6 Analyse

Alle tala i tabellane er oppgitt i prosent, bortsett frå total i frekvenstabellane og antall kommunar som har svart i krysstabellane.

6.1 Dekning

Utifrå frekvenstabellen er det ei overvekt av kommunar i utvalet som meiner dei har god sjukepleiedekning i sin kommune.

	Heilt usamd	Delvis usamd	Korkje usamd eller samd	Delvis samd	Heilt samd	Total (N)
Kommunen har god sjukepleiedekning.	4,9	12,2	7,3	48,8	26,8	41

Tabell 1. Kommunen har god sjukepleiedekning.

Det er òg ei overvekt av kommunar i utvalet som synest dei har god tilgang på sjukepleiarar som er kvalifiserte til å jobbe ved ein ØH-post.

	Heilt usamd	Delvis usamd	Korkje usamd eller samd	Delvis samd	Heilt samd	Total (N)
Kommunen har god tilgang på sjukepleiarar som er kvalifisert til å jobbe ved ein ØH-post.	2,6	17,9	10,3	56,4	12,8	39

Tabell 2. Kommunen har god tilgang på sjukepleiarar som er kvalifiserte til å jobbe ved ein ØH-post.

Utifrå desse to tabellane har kommunane i utvalet god sjukepleiedekning, og dei har god tilgang på sjukepleiarar med den rette kompetansen til å starte ein ØH-post.

6.1.1. Geografisk plassering og dekning

Kommunane i utvalet frå aust og vest har god sjukepleiedekning utifrå krysstabellen.

Prosentdelen av utvalet er litt høgare i aust enn i vest, men det er klart størst svarprosent på at sjukepleiedekninga er god både i aust og vest.

Signifikansnivået basert på Kji-kvadratet er ,589 så skilnaden i utvalet kan ikkje generaliserast til heile populasjonen. Det er ganske lik fordeling av svartilfella mellom dei to regionane. Det er 58 % sannsyn for å avvise ein riktig nullhypotese. Det vil i så fall vere så stort sannsyn for å avvise ein riktig nullhypotese at vi held på nullhypotesen om at det ikkje er forskjell mellom populasjonen aust/vest.

		Plassering geografisk		Total
		Vest	Aust	
Kommunen har god sjukepleiedekning.	Heilt usamd - Delvis usamd	21,7	11,1	17,1
	Korkje usamd eller samd	8,7	5,6	7,3
	Delvid samd - Heilt samd	69,6	83,3	75,6
Antall kommunar som har svart		23	18	41
Total		100,0	100,0	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic
Pearson Chi-Square	1,057 ^a	2	,589
Likelihood Ratio	1,089	2	,580
Linear-by-Linear Association	1,004	1	,316
N of Valid Cases	41		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,32.

Tabell 3. Kommunen har god sjukepleiedekning/Plassering geografisk.

Utifrå prosentdelen av utvalet i krystabellen har kommunane god tilgang på sjukepleiarar som er kvalifiserte til å jobbe ved ein ØH-post. Det kan sjå ut som at utvalet i aust har betre tilgang enn utvalet i vest, sjølv om overvekta av utvalet i vest òg meiner dei har god tilgang på kvalifiserte sjukepleiarar.

Signifikansnivået basert på kji-kvadratet er ,099 så her er det ingen klare signifikante forskjellar, men ein svak signifikans med 9,9 %. Det er ei ganske lik fordeling av svara mellom utvalet frå aust og vest, men vest skil seg litt ut med å ha ein del svar på heilt usamd og delvis usamd i om kommunane har god tilgang på sjukepleiarar som er kvalifiserte til å jobbe ved ein ØH-post. Aust har betre tilgang enn vest på sjukepleiarar som er kvalifiserte til å jobbe ved ein ØH-post. I variansanalysen viser F- 4,557, som er ganske høgt, så ein kan tolke det som at det er signifikante forskjellar. Sig. viser ,039 så dette underbygger at det er forskjellar mellom gruppene.

		Plassering geografisk		Total
		Vest	Aust	
Kommunen har god tilgang på sjukepleiarar som er kvalifisert til å jobbe ved ein ØH - post.	Heilt usamd - Delvis usamd	33,3	5,6	20,5
	Korkje usamd eller samd	9,5	11,1	10,3
	Delvid samd - Heilt samd	57,1	83,3	69,2
Antall kommunar som har svart		21	18	39
Total		100,0	100,0	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic
Pearson Chi-Square	4,630 ^a	2	,099
Likelihood Ratio	5,165	2	,076
Linear-by-Linear Association	4,167	1	,041
N of Valid Cases	39		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,85.

		ANOVA				
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Kommunen har god tilgang på sjukepleiarar som er kvalifisert til å jobbe ved ØH-post.	Between Groups	2,823	1	2,823	4,557	,039
	Within Groups	22,921	37	,619		
	Total	25,744	38			

Tabell 4. Kommunen har god tilgang på sjukepleiarar som er kvalifiserte til å jobbe ved ein ØH-post/Plassering geografisk.

Det ein kan lese ut av tabellane, er at det er ei overvekt av utvalet som har god sjukepleiedekning og god tilgang på kvalifiserte sjukepleiarar.

Utifrå signifikansverdien basert på kji-kvadratet er det ingen forskjellar mellom utvalet frå aust og vest i spørsmålet om dei har god sjukepleiedekning. Ser ein på signifikansverdien basert på kji-kvadratet ved påstanden om kommunane har god tilgang på sjukepleiarar som er kvalifiserte til å jobbe ved ein ØH-post, viser det seg at det er ein svak signifikans. Utvalet i vest skil seg litt ut med å ha ein del svar på heilt usamd og delvis usamd i om kommunane har god tilgang på sjukepleiarar som er kvalifiserte til å jobbe ved ein ØH-post. Utvalet i aust har betre tilgang enn vest på sjukepleiarar som er kvalifiserte til å jobbe ved ein ØH-post. Variansanalysen underbygger at det er forskjellar mellom gruppene.

6.1.2 Kommuneøkonomi og dekning

Utifrå økonomi, som er den uavhengige variabelen, er kommuneøkonomien delt inn i to grupper, der dei er delte etter median. Gruppe 1 er 0–52 447, og gruppe 2 er 52 447–90 000 kroner i frie inntekter per innbyggjar.

Det viser seg utifrå krysstabellen at det er eit fleirtal av utvalet som svarar at dei har god sjukepleiedekning, og dette er ganske likt mellom gruppene. Det er her den største svarprosenten ligg for begge to gruppene. Det kan sjå ut til at kommunane i utvalet har god sjukepleiedekning jamt over.

Signifikansnivået basert på kji-kvadratet er ,785 så skilnaden i utvalet kan ikkje generaliserast til heile populasjonen.

		Økonomi		Total
		0 - 52 447	52 447 - 90 000	
Kommunen har god sjukepleiedekning.	Heilt usamd - Delvis usamd	19,0	15,0	17,1
	Korkje usamd eller samd	4,8	10,0	7,3
	Delvid samd - Heilt samd	76,2	75,0	75,6
Antall kommunar som har svart		21	20	41
Total		100,0	100,0	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic
Pearson Chi-Square	,484 ^a	2	,785
Likelihood Ratio	,491	2	,782
Linear-by-Linear Association	,014	1	,906
N of Valid Cases	41		

a. 4 cells (66,7 %) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,46.

Tabell 5. Kommunen har god sjukepleiedekning/Økonomi.

Her svarar fleirtalet i gruppe 1 at dei er delvis samde eller heilt samde i påstanden. I gruppe 2 svarar fleirtalet delvis samd eller heilt samd, men det er òg ein stor svarprosent av utvalet på heilt usamd eller delvis samd i at kommunen har god tilgang på sjukepleiarar som er kvalifiserte til å jobbe ved ein ØH-post.

Signifikansnivået basert på kji-kvadratet er ,014. Her kan det tyde på at det er ein klar statistisk signifikans mellom dei to gruppene. Det vil seie at det er ein forskjell mellom gruppene utifrå om dei har god tilgang på sjukepleiarar som er kvalifiserte til å jobbe ved ein ØH-post, opp mot økonomi. Utifrå analysen ser det ut til at dei kommunane som har lågast inntekt i utvalet, har betre tilgang på sjukepleiarar som er kvalifiserte til å jobbe ved ein ØH-post. I variansanalysen viser F- 9,831, som er ganske høgt, så ein kan tolke det som at det er signifikante forskjellar. Sig viser ,003 så dette underbygger at det er forskjellar mellom gruppene i utvalet.

		Økonomi		Total
		0 - 52 447	52 447 - 90 000	
Kommunen har god tilgang på sjukepleiarar som er kvalifisert til å jobbe ved ein ØH - post.	Heilt usamd - Delvis usamd	5,0	36,8	20,5
	Korkje usamd eller samd	5,0	15,8	10,3
	Delvid samd - Heilt samd	90,0	47,4	69,2
Antall kommunar som har svart		20	19	39
Total		100,0	100,0	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic
Pearson Chi-Square	8,480 ^a	2	,014
Likelihood Ratio	9,141	2	,010
Linear-by-Linear Association	7,977	1	,005
N of Valid Cases	39		

a. 4 cells (66,7 %) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,95.

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Kommunen har god tilgang på sjukepleiarar som er kvalifisert til å jobbe ved ØH-post.	Between Groups	5,404	1	5,404	9,831	,003
	Within Groups	20,339	37	,550		
	Total	25,744	38			

Tabell 6. Kommunen har god tilgang på sjukepleiarar som er kvalifisert til å jobbe ved ØH-post/økonomi.

Utifrå desse to tabellane kan ein lese at kommunane i utvalet har god sjukepleiedekning, men det er ein forskjell i om dei har sjukepleiarar som er kvalifiserte til å jobbe på ein ØH-post. Det kan sjå ut som det er betre tilgang på kvalifiserte sjukepleiarar i gruppe 1 enn i gruppe 2.

Utifrå signifikansverdien basert på kji-kvadratet er det ingen statistisk signifikans når det gjeld sjukepleiedekning, men i spørsmålet om kompetansen til sjukepleiarane ser det ut som det kan vere ein klar statistisk signifikans mellom gruppene utifrå økonomi. Utifrå analysen ser det ut til at dei kommunane som har lågast inntekt i utvalet, har betre tilgang på sjukepleiarar som er kvalifiserte til å jobbe ved ein ØH-post. Variansanalysen underbygger at det er forskjellar mellom gruppene.

6.1.3 Kommunestørrelse og dekning

Kommunane er delte i to grupper utifrå innbyggjartalet, og dei to gruppene er delte på grunnlag av median. Små kommunar er dei som har innbyggjartal frå 0–6091, og store kommunar har frå 6091–200 000 innbyggjarar.

Utifrå krysstabellen for kommunestørrelse er det tydeleg at kommunane i utvalet har god sjukepleiedekning uavhengig av kommunestørrelse.

Signifikansnivået basert på kji-kvadratet er ,785, så skilnaden i utvalet kan ikkje generaliserast til heile populasjonen.

		Kommunens innbyggartall		Total
		0 - 6 091	6 091 - 200 000	
Kommunen har god sjukepleiedekning.	Heilt usamd - Delvis usamd	19,0	15,0	17,1
	Korkje usamd eller samd	9,5	5,0	7,3
	Delvid samd - Heilt samd	71,4	80,0	75,6
Antall kommunar som har svart		21	20	41
Total		100,0	100,0	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	,484 ^a	2	,785
Likelihood Ratio	,491	2	,782
Linear-by-Linear Association	,272	1	,602
N of Valid Cases	41		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,46.

Tabell 7. Kommunen har god sjukepleiedekning/Kommunens innbyggartall.

Det er ei klar overvekt for at kommunane i utvalet har god tilgang på sjukepleiarar som er kvalifiserte til å jobbe ved ein ØH-post, uavhengig av størrelsen på kommunane. Det einaste ein kan sjå, er at det er ein liten prosentdel i gruppa for dei små kommunane som har svart at dei ikkje har god tilgang på kvalifiserte sjukepleiarar til å jobbe ved ein ØH-post.

Signifikansnivået basert på kji-kvadratet er ,007, så her er det ein klar statistisk signifikans utifrå om det er små eller store kommunar, når det gjeld om ein har god tilgang på sjukepleiarar som er kvalifiserte til å jobbe ved ein ØH-post. Store kommunar har betre tilgang på sjukepleiarar enn små kommunar. I variansanalysen viser F- 11,624, som er høgt, så ein kan tolke det som at det er signifikante forskjellar. Sig viser ,002, så dette underbygger at det er forskjellar mellom gruppene.

		Kommunens innbyggartall		Total
		0 - 6 091	6 091 - 200 000	
Kommunen har god tilgang på sjukepleiarar som er kvalifisert til å jobbe ved ein ØH - post.	Heilt usamd - Delvis usamd	40,0	0,0	20,5
	Korkje usamd eller samd	10,0	10,5	10,3
	Delvid samd - Heilt samd	50,0	89,5	69,2
Antall kommunar som har svart		20	19	39
Total		100,0	100,0	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,796 ^a	2	,007
Likelihood Ratio	12,900	2	,002
Linear-by-Linear Association	9,084	1	,003
N of Valid Cases	39		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,95.

		ANOVA				
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Kommunen har god tilgang på sjukepleiarar som er kvalifisert til å jobbe ved ØH-post.	Between Groups	6,154	1	6,154	11,624	,002
	Within Groups	19,589	37	,529		
	Total	25,744	38			

Tabell 8. Kommunen har god tilgang på sjukepleiarar som er kvalifiserte til å jobbe ved ØH-post/Kommunens innbyggartall.

Det ein kan lese utifrå desse to krysstabellane, er at kommunane i utvalet har god tilgang på sjukepleiarar, og det er god tilgang på sjukepleiarar som er kvalifiserte til å jobbe ved ein ØH-post. Dette er ganske likt både for små og store kommunar i utvalet.

Det viser seg at det er ein statistisk signifikans mellom dei små og store kommunane i utvalet når det gjeld tilgang på kvalifiserte sjukepleiarar til ein ØH-post. Utifrå analysen har store kommunar betre tilgang på sjukepleiarar enn små kommunar. Variansanalysen underbygger at det er forskjellar mellom gruppene. Det viser seg ingen forskjellar mellom dei to gruppene når det gjeld om dei har god tilgang på sjukepleiarar utifrå størrelsen på kommunane.

6.2 Kompetanseplanlegging

Utifrå frekvenstabellen ser ein at fleirtalet av kommunane har kompetanseplan – 75,6 %.

	Ja	Nei	Anna	Total (N)
Har kommunen kompetanseplan?	75,6	17,1	7,3	41

Tabell 9. Har kommunen kompetanseplan?

Det er eit fleirtal som meiner det kjem tydeleg fram kven som har ansvaret for å gjennomføre dei ulike tiltaka i planen.

	Heilt usamd	Delvis usamd	Korkje usamd eller samd	Delvis samd	Heilt samd	Total (N)
Det kjem tydelig fram i kompetanseplanen kven som har ansvaret for å gjennomføre dei ulike tiltaka i planen.	5,4	5,4	24,3	51,4	13,5	37

Tabell 10. Det kjem tydelig fram i kompetanseplanen kven som har ansvaret for å gjennomføre dei ulike tiltaka i planen.

Det er eit tydeleg fleirtal av kommunane som meiner at kompetanseplanen blir brukt aktivt.

	Heilt usamd	Delvis usamd	Korkje usamd eller samd	Delvis samd	Heilt samd	Total (N)
Kompetansplanen blir brukt aktivt.	5,6	13,9	13,9	41,7	25,0	36

Tabell 11. Kompetanseplanen blir brukt aktivt.

Over halvparten av respondentane har kartlagt kompetansen til sjukepleiarane i kommunen. Det er ingen som er heilt usamd i denne påstanden.

Sjølv om det er ein del som svarar at dei ikkje brukar kompetanseplanen aktivt, blir det klar overvekt for at kompetansen er kartlagt i kommunane.

	Heilt usamd	Delvis usamd	Korkje usamd eller samd	Delvis samd	Heilt samd	Total (N)
Kommunen har kartlagt kva kompetanse sjukepleiarane i kommunen har.	0,0	7,9	7,9	50,0	34,2	38

Tabell 12. Kommunen har kartlagt kva kompetanse sjukepleiarane i kommunen har.

Alle i utvalet har svart på om dei har kompetanseplan, men på påstandane om innhald og bruk av planen er det ein del som ikkje har svart. Tre av dei som har svart nei på om dei har kompetanseplan, har ikkje svart på etterfølgjande spørsmål (Q7, Q8). Den eine av desse tre har heller ikkje svart på Q9. Fleirtalet av dei som har svart nei eller anna på Q6, har svart på påfølgjande spørsmål. Fem av sju som har svart nei på om dei har kompetanseplan, er kommunar frå vest. Dei tre som har svart anna er òg frå vest. Utifrå frekvensskjemaet kan ein lese at fleirtalet av dei utvalde er delvis eller heilt samde i at dei har kontroll på kva sjukepleiarkompetanse dei har i kommunen sin.

6.2.1 Geografisk plassering og kompetanseplanlegging

Her viser det seg at det er ein større prosentdel av utvalet i aust som har kompetanseplan. Sjølv om det i vest er ein mindre prosentdel av utvalet som seier at dei har kompetanseplan enn i aust, er det flest som svarar at dei har kompetanseplan i vest.

Signifikansnivået basert på kji-kvadratet er her ,152, så skilnaden i utvalet kan ikkje generaliserast til heile populasjonen.

Har kommunen kompetanseplan?		Plassering geografisk		Total
		Vest	Aust	
	Ja	65,2	88,9	75,6
	Nei	21,7	11,1	17,1
	Anna	13,0	0,0	7,3
Antall kommunar som har svart		23	18	41
Total		100,0	100,0	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,764 ^a	2	,152
Likelihood Ratio	4,908	2	,086
Linear-by-Linear Association	3,659	1	,056
N of Valid Cases	41		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,32.

Tabell 13. Kommunen har kompetanseplan/Plassering geografisk.

I krystabellen kjem det tydeleg fram at det er eit fleirtal i utvalet både i vest og aust som meiner det kjem tydeleg fram i planen kven som har ansvaret for å gjennomføre dei ulike tiltaka.

Signifikansnivået basert på Kji-kvadratet er her,343, så skilnaden i utvalet kan ikkje generaliserast til heile populasjonen.

		Plassering geografisk		Total
		Vest	Aust	
Det kjem tydelig fram i kompetanseplanen kven som har ansvaret for å gjennomføre dei ulike tiltaka i planen.	Heilt usamd - Delvis usamd	9,5	12,5	10,8
	Korkje usamd eller samd	33,3	12,5	24,3
	Delvid samd - Heilt samd	57,1	75,0	64,3
Antall kommunar som har svart		21	16	37
Total		100,0	100,0	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic
Pearson Chi-Square	2,141 ^a	2	,343
Likelihood Ratio	2,264	2	,322
Linear-by-Linear Association	,421	1	,516
N of Valid Cases	37		

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,73.

Tabell 14. Det kjem tydelig fram i kompetanseplanen kven som har ansvaret for å gjennomføre dei ulike tiltaka i planen/Plassering geografisk.

Det er eit klart overtal av utvalet som meiner kompetanseplanen i aust blir brukt aktivt. I vest er det òg ei overvekt for at han blir brukt aktivt, men det er ein prosentdel som korkje er usamde eller samde.

Signifikansnivået basert på Kji-kvadratet er her ,119, så skilnaden i utvalet kan ikkje generaliserast til heile populasjonen.

		Plassering geografisk		Total
		Vest	Aust	
Kompetanseplanen blir brukt aktivt.	Heilt usamd - Delvis usamd	19,0	20,0	19,4
	Korkje usamd eller samd	23,8	0,0	13,9
	Delvid samd - Heilt samd	57,1	80,0	66,7
Antall kommunar som har svart		21	15	36
Total		100,0	100,0	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic
Pearson Chi-Square	4,261 ^a	2	,119
Likelihood Ratio	6,070	2	,048
Linear-by-Linear Association	,640	1	,424
N of Valid Cases	36		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,08.

Tabell 15. Kompetanseplanen blir brukt aktivt/Plassering geografisk.

Det er ei overvekt av kommunar i utvalet som har kartlagt kompetansen til sjukepleiarane, uavhengig av geografisk plassering av kommunane.

Signifikansnivået basert på Kji-kvadratet er her ,686, så skilnaden i utvalet kan ikkje generaliserast til heile populasjonen.

		Plassering geografisk		Total
		Vest	Aust	
Kommunen har kartlagt kva kompetanse sjukepleiarane i kommunen har.	Heilt usamd - Delvis usamd	9,5	5,9	7,9
	Korkje usamd eller samd	4,8	11,8	7,9
	Delvid samd - Heilt samd	85,7	82,4	84,2
Antall kommunar som har svart		21	17	38
Total		100,0	100,0	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic
Pearson Chi-Square	,754 ^a	2	,686
Likelihood Ratio	,759	2	,684
Linear-by-Linear Association	,000	1	,988
N of Valid Cases	38		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,34.

Tabell 16. Kommunen har kartlagt kva kompetanse sjukepleiarane i kommunen har/Plassering geografisk.

Utifrå desse krysstabellane er det flest kommunar av utvalet i aust som har kompetanseplan. Fleirtalet av kommunane i utvalet både i vest og aust meiner ansvarsfordelinga kjem tydeleg fram i kompetanseplanen. Det er ei overvekt som meiner kompetanseplanen blir brukt aktivt, men av utvalet i vest er det ein prosentdel som ikkje er verken usamd eller samd i påstanden. Det viser seg utifrå krysstabellen at det er ei tydeleg overvekt av utvalet både i vest og i aust som har kartlagt kompetansen sjukepleiarane har i kommunen.

Utifrå krysstabellane med dei avhengige variablane opp mot den uavhengige variabelen geografisk plassering (vest/aust) er det ingen statistisk signifikante forskjellar basert på Kji-kvadratet i svara som er gitte, opp mot den uavhengige variabelen.

6.2.2 Kommuneøkonomi og kompetanseplanlegging

Ein kan lese utifrå krysstabellen at overvekta av utvalet har kompetanseplan uavhengig av kva frie inntekter i kroner per innbyggjar kommunane har.

Signifikansnivået basert på kji-kvadratet er ,389, så skilnaden i utvalet kan ikkje generaliserast til heile populasjonen.

		Økonomi		Total
		0 - 52 447	52 447 - 90 000	
Har kommunen kompetanseplan?	Ja	81,0	70,0	75,6
	Nei	9,5	25,0	17,1
	Anna	9,5	5,0	7,3
Antall kommunar som har svart		21	20	41
Total		100,0	100,0	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,886 ^a	2	,389
Likelihood Ratio	1,934	2	,380
Linear-by-Linear Association	,114	1	,736
N of Valid Cases	41		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,46.

Tabell 17. Kommunen har kompetanseplan/økonomi

Det ser ikkje ut til å vere store forskjellar mellom kommunane i utvalet utifrå økonomi på spørsmålet om det kjem tydeleg fram i kompetanseplanen kven som har ansvaret for å gjennomføre dei ulike tiltaka i planen. Det er overvekt for at det kjem tydeleg fram kven som har ansvaret for dei ulike tiltaka.

Signifikansnivået basert på kji-kvadratet er ,983 så skilnaden i utvalet kan ikkje generaliserast til heile utvalet.

		Økonomi		Total
		0 - 52 447	52 447 - 90 000	
Det kjem tydelig fram i kompetanseplanen kven som har ansvaret for å gjennomføre dei ulike tiltaka i planen.	Heilt usamd - Delvis usamd	10,0	11,8	10,8
	Korkje usamd eller samd	25,0	23,5	24,3
	Delvid samd - Heilt samd	65,0	64,7	64,9
Antall kommunar som har svart		20	17	37
Total		100,0	100,0	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	,035 ^a	2	,983
Likelihood Ratio	,035	2	,983
Linear-by-Linear Association	,008	1	,928
N of Valid Cases	37		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,84.

Tabell 18. Det kjem tydelig fram i kompetanseplanen kven som har ansvaret for å gjennomføre dei ulike tiltaka i planen/økonomi.

Det er ei overvekt i svarprosent av utvalet for at kompetanseplanen blir brukt aktivt uavhengig av økonomien.

Signifikansnivået basert på kji-kvadratet er ,819, så skilnaden i utvalet kan ikkje generaliserast til heile populasjonen.

		Økonomi		Total
		0 - 52 447	52 447 - 90 000	
Kompetanseplanen blir brukt aktivt.	Heilt usamd - Delvis usamd	15,8	23,5	19,4
	Korkje usamd eller samd	15,8	11,8	13,9
	Delvid samd - Heilt samd	68,4	64,7	66,7
Antall kommunar som har svart		19	17	36
Total		100,0	100,0	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic
Pearson Chi-Square	,400 ^a	2	,819
Likelihood Ratio	,400	2	,819
Linear-by-Linear Association	,179	1	,672
N of Valid Cases	36		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,36.

Tabell 19. Kompetanseplanen blir brukt aktivt/økonomi.

Utifrå krysstabellen er det ingen samanheng mellom økonomi og om kommunane har kartlagt kompetansen til sjukepleiarane i kommunen. Det er overvekt i begge gruppene i utvalet for at dei har kartlagt kva kompetanse sjukepleiarane i kommunen har.

Signifikansnivået basert på kji-kvadratet er ,755, så skilnaden i utvalet kan ikkje generaliserast i heile utvalet.

		Økonomi		Total
		0 - 52 447	52 447 - 90 000	
Kommunen har kartlagt kva kompetanse sjukepleiarane i kommunen har.	Heilt usamd - Delvis usamd	10,0	5,6	7,9
	Korkje usamd eller samd	10,0	5,6	7,9
	Delvid samd - Heilt samd	80,0	88,9	84,2
Antall kommunar som har svart		20	18	38
Total		100,0	100,0	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic
Pearson Chi-Square	,563 ^a	2	,755
Likelihood Ratio	,574	2	,750
Linear-by-Linear Association	,484	1	,487
N of Valid Cases	38		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,42.

Tabell 20. Kommunen har kartlagt kva kompetanse sjukepleiarane i kommunen har/økonomi.

Ser ein samla på alle fire krysstabellane under kompetanseplanlegging, viser det seg at det er ikkje store forskjellane mellom dei to gruppene i utvalet når det gjeld frie inntekter per innbyggjar.

Utifrå signifikansnivået basert på kji-kvadratet er det ingen statistiske forskjellar mellom dei to gruppene når det gjeld kompetanseplan.

6.2.3 Kommunestørrelse og kompetanseplanlegging

Utifrå krysstabell opp mot kommunestørrelse kan ein lese at det er ei klar overvekt av kommunane i utvalet som har kompetanseplan, både i små og store kommunar.

Signifikansnivået basert på kji-kvadratet er ,096, så det er ein svak statistisk signifikans mellom dei små og store kommunane. Det er fleire store kommunar som svarar at dei har kompetanseplan. I variansanalysen viser F- 3,083, som er ganske høgt, så ein kan tolke det som at det er signifikante forskjellar. Sig. viser ,087, så dette underbygger at det er forskjellar mellom gruppene.

		Kommunens innbyggartall		Total
		0 - 6 091	6 091 - 200 000	
Har kommunen kompetanseplan?	Ja	61,9	90,0	75,6
	Nei	28,6	5,0	17,1
	Anna	9,5	5,0	7,3
Antall kommunar som har svart		21	20	41
Total		100,0	100,0	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,690 ^a	2	,096
Likelihood Ratio	5,088	2	,079
Linear-by-Linear Association	2,930	1	,087
N of Valid Cases	41		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,46.

		ANOVA				
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Har kommunen kompetanseplan?	Between Groups	1,090	1	1,090	3,083	,087
	Within Groups	13,788	39	,354		
	Total	14,878	40			

Tabell 21. Kommunen har kompetanseplan?/Kommunens innbyggertall.

Utifrå utvalet er det ikkje stor forskjell i svar utifrå kommunestørrelse når det gjeld om det kjem tydeleg fram kven som har ansvaret for å gjennomføre dei ulike tiltaka i planen. Her er det ei overvekt av utvalet der det kjem tydeleg fram kven som har ansvaret for dei forskjellige tiltaka i planen.

Signifikansnivået basert på kji-kvadratet er ,416, så skilnaden i utvalet kan ikkje generaliserast til heile utvalet.

		Kommunens innbyggertall		Total
		0 - 6 091	6 091 - 200 000	
Det kjem tydelig fram i kompetanseplanen kven som har ansvaret for å gjennomføre dei ulike tiltaka i planen.	Heilt usamd - Delvis usamd	16,7	5,3	10,8
	Korkje usamd eller samd	27,8	21,1	24,3
	Delvid samd - Heilt samd	55,6	73,7	64,9
Antall kommunar som har svart		18	19	37
Total		100,0	100,0	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,752 ^a	2	,416
Likelihood Ratio	1,801	2	,406
Linear-by-Linear Association	1,688	1	,194
N of Valid Cases	37		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,95.

Tabell 22. Det kjem tydelig fram i kompetanseplanen kven som har ansvaret for å gjennomføre dei ulike tiltaka i planen/Kommunens innbyggertall.

Det viser seg utifrå krysstabellen ei klar overvekt av kommunar i utvalet som svarar at kompetanseplanen blir brukt aktivt uavhengig av kor stor kommunen er.

Signifikansnivået basert på kji-kvadratet er ,341, så skilnaden i utvalet kan ikkje generaliserast til heile utvalet.

		Kommunens innbyggartall		Total
		0 - 6 091	6 091 - 200 000	
Kompetanseplanen blir brukt aktivt.	Heilt usamd - Delvis usamd	27,8	11,1	19,4
	Korkje usamd eller samd	16,7	11,1	13,9
	Delvid samd - Heilt samd	55,6	77,8	66,7
Antall kommunar som har svart		18	18	36
Total		100,0	100,0	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,152 ^a	2	,341
Likelihood Ratio	2,199	2	,333
Linear-by-Linear Association	2,074	1	,150
N of Valid Cases	36		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,50.

Tabell 23. Kompetanseplanen blir brukt aktivt/Kommunens innbyggartall.

Uavhengig av kva størrelse det er på kommunen, har overvekta av kommunane i utvalet kartlagt kva kompetanse sjukepleiarane i kommunen har.

Signifikansnivået basert på kji-kvadratet er ,717, så skilnaden i utvalet kan ikkje generaliserast til heile populasjonen.

		Kommunens innbyggartall		Total
		0 - 6 091	6 091 - 200 000	
Kommunen har kartlagt kva kompetanse sjukepleiarane i kommunen har.	Heilt usamd - Delvis usamd	10,5	5,3	7,9
	Korkje usamd eller samd	5,3	10,5	7,9
	Delvid samd - Heilt samd	84,2	84,2	84,2
Antall kommunar som har svart		19	19	38
Total		100,0	100,0	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	,667 ^a	2	,717
Likelihood Ratio	,717	,717	,717
Linear-by-Linear Association	,717	,717	,717
N of Valid Cases	38		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,50.

Tabell 24. Kommunen har kartlagt kva kompetanse sjukepleiarane i kommunen har/Kommunens innbyggartall.

Ser ein desse fire krysstabellane samla, tyder det på at kommunane i utvalet har god kontroll på kompetanseplanlegginga. Det er ingen store forskjellar mellom små og store kommunar.

Utifrå signifikansnivået basert på kji-kvadratet er det ein svak signifikans ved spørsmål om

kommunen har kompetanseplan. Utifrå analysen er det fleire store kommunar som svarar at dei har kompetanseplan. Dette underbygger òg variansanalysen, så det er nok ein forskjell mellom gruppene. Under dei tre andre påstandane er det ingen statistisk signifikante forskjellar under desse fire punkta.

6.3 Kompetanseheving

Det er ei overvekt av kommunar i utvalet som har lykkast med å heve kompetansen innanfor akuttsjukepleie gjennom vidareutdanning.

	Heilt usamd	Delvis usamd	Korkje usamd eller samd	Delvis samd	Heilt samd	Total (N)
Kommunen har lykkast med å heve kompetansen på akuttsjukepleie gjennom vidareutdanning.	17,5	12,5	22,5	30,0	17,5	40

Tabell 25. Kommunen har lykkast med å heve kompetansen på akuttsjukepleie gjennom vidareutdanning.

På spørsmålet om kommunane i utvalet har lykkast med å heve kompetansen gjennom ny rekruttering er det ei overvekt på korkje usamd eller samd. Men det er ein større prosentdel av utvalet som meiner dei har lykkast enn dei som ikkje har lykkast.

	Heilt usamd	Delvis usamd	Korkje usamd eller samd	Delvis samd	Heilt samd	Total (N)
Kommunen har lykkast med å heve kompetansen på akuttsjukepleie gjennom nyrekruttering.	20,0	12,5	35,5	30,0	2,5	40

Tabell 26. Kommunen har lykkast med å heve kompetansen på akuttsjukepleie gjennom nyrekruttering.

Det er tydeleg at kommunane i utvalet satsar på vidareutdanning av alt tilsette sjukepleiarar i kommunane.

	Heilt usamd	Delvis usamd	Korkje usamd eller samd	Delvis samd	Heilt samd	Total (N)
Det blir satsa på vidareutdanning av sjukepleiarar som er tilsette i kommunen.	0,0	7,5	15,0	27,5	50,0	40

Tabell 27. Det blir satsa på vidareutdanning av sjukepleiarar som er tilsette i kommunen.

Det er òg ei overvekt av kommunar i utvalet som meiner sjukepleiarane i kommunen viser stor interesse for vidareutdanning innanfor akuttsjukepleie.

	Heilt usamd	Delvis usamd	Korkje usamd eller samd	Delvis samd	Heilt samd	Total (N)
Sjukepleiarane i kommunen syner stor interesse for å ta vidareutdanning innan akuttstjukepleie.	10,0	15,0	32,5	37,5	5,0	40

Tabell 28. Sjukepleiarane i kommunen syner stor interesse for å ta vidareutdanning innan akuttstjukepleie.

Utifrå modellane kan ein dermed lese at dei fleste kommunane i utvalet satsar på å heve kompetansen til sjukepleiarar i kommunen i staden for å rekruttere nye sjukepleiarar. Om dei har lykkast med å heve kompetansen, er det litt meir spreidde opplevingar av frå kommune til kommune. Overvekta av respondentane satsar på vidareutdanning av allereie tilsette sjukepleiarar. Det er ei overvekt i kommunar frå utvalet som meiner sjukepleiarane viser interesse for vidareutdanning retta mot akuttstjukepleie. Fordelinga mellom utvalet i vest og i aust i forhold til kompetanseheving er jamt fordelt, det er ingen av desse to som skil seg ut.

6.3.1 Geografisk plassering og kompetanseheving

Heile utvalet i aust har svart på påstanden, med 18 respondentar. I vest er det 22 som har svart av 23 respondentar. Krysstabellen viser at det er ei overvekt av dei som har svart som er samde i at kommunen har lykkast med å heve kompetansen på akuttstjukepleie gjennom vidareutdanning. Men prosentdelen av utvalet er litt større i vest enn i aust.

Signifikansnivået basert på Kji-kvadratet er ,266, så skilnaden i utvalet kan ikkje generaliserast til heile populasjonen. Det er 26,6 % sannsyn for å avvise ein riktig nullhypotese.

		Plassering geografisk		Total
		Vest	Aust	
Kommunen har lykkast med å heve kompetansen på akuttstjukepleie gjennom vidareutdanning.	Heilt usamd - Delvis usamd	22,7	38,9	30,0
	Korkje usamd eller samd	18,2	27,8	22,5
	Delvid samd - Heilt samd	59,1	33,3	47,5
Antall kommunar som har svart		22	18	40
Total		100,0	100,0	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic
Pearson Chi-Square	2,650 ^a	2	,266
Likelihood Ratio	2,686	2	,261
Linear-by-Linear Association	2,279	1	,131
N of Valid Cases	40		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,05.

Tabell 29. Kommunen har lykkast med å heve kompetansen på akuttstjukepleie gjennom vidareutdanning/Plassering geografisk.

Utifrå krysstabellen er det ein stor prosentdel av utvalet både i aust og i vest som verken er usamde eller samde i om dei har lykkast med å heve kompetansen med ny rekruttering. Den største prosentdelen av utvalet i aust er delvis samd eller heilt samd i at dei har lykkast med å heve kompetansen med ny rekruttering. I vest er den største svarprosenten av utvalet på heilt usamd eller delvis usamd i at dei har lykkast på denne måten. Utifrå prosentfordelinga er det fleire av utvalet i vest som ikkje synest dei har lykkast med å heve kompetansen ved ny rekruttering, og utvalet i aust har lykkast med ny rekruttering. Det viser seg at utvalet i aust er meir einige i påstanden enn utvalet i vest.

Signifikansnivået basert på Kji-kvadratet er ,283, så skilnaden i utvalet kan ikkje generaliserast til heile populasjonen. Det er heile 28,3 % sannsyn for å avvise ein riktig nullhypotese.

		Plassering geografisk		Total
		Vest	Aust	
Kommunen har lykkast med å heve kompetansen på akuttsjukepleie gjennom nyrekruttering.	Heilt usamd - Delvis usamd	40,9	22,2	32,5
	Korkje usamd eller samd	36,4	33,3	35,0
	Delvid samd - Heilt samd	22,7	44,4	32,5
Antall kommunar som har svart		22	18	40
Total		100,0	100,0	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic
Pearson Chi-Square	2,526 ^a	2	,283
Likelihood Ratio	2,558	2	,278
Linear-by-Linear Association	2,424	1	,119
N of Valid Cases	40		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,85.

Tabell 30. Kommunen har lykkast med å heve kompetansen på akuttsjukepleie gjennom nyrekruttering/Plassering geografisk.

Hovudtyngda av svarprosenten av utvalet ligg på delvis samd eller heilt samd i både aust og vest, det blir satsa på vidareutdanning av sjukepleiarar som er tilsette i kommunen. Ei overvekt av kommunane i utvalet både i aust og i vest satsar på vidareutdanning av sjukepleiarar som alt er tilsette i kommunen.

Signifikansnivået basert på Kji-kvadratet er ,595, så skilnaden i utvalet kan ikkje generaliserast til heile populasjonen. Det er heile 59,5 % sannsyn for å avvise ein riktig nullhypotese.

		Plassering geografisk		Total
		Vest	Aust	
Det blir satsa på vidareutdanning av sjukepleiarar som er tilsette i kommunen.	Heilt usamd - Delvis usamd	4,3	11,8	7,5
	Korkje usamd eller samd	13,0	17,6	15,0
	Delvid samd - Heilt samd	82,6	70,6	77,5
Antall kommunar som har svart		23	17	40
Total		100,0	100,0	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic
Pearson Chi-Square	1,037 ^a	2	,595
Likelihood Ratio	1,031	2	,597
Linear-by-Linear Association	1,000	1	,317
N of Valid Cases	40		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,28.

Tabell 31. Det blir satsa på vidareutdanning av sjukepleiarar som er tilsette i kommunen/Plassering geografisk.

Krysstabellen viser at hovudvekta av kommunane i utvalet både i vest og i aust meiner at sjukepleiarane i kommunane viser stor interesse for vidareutdanning innan akuttsjukepleie. Det er òg ein del av utvalet som ikkje er verken usamd eller samd i påstanden, og her er prosentdelen størst i vest, med 36,4 % mot 27,8 % i aust.

Signifikansnivået basert på Kji-kvadratet er ,837, så skilnaden i utvalet kan ikkje generaliserast til heile populasjonen. Det er heile 83,7 % sannsyn for å avvise ein riktig nullhypotese.

		Plassering geografisk		Total
		Vest	Aust	
Sjukepleiarane i kommunen syner stor interesse for å ta vidareutdanning innan akuttsjukepleie.	Heilt usamd - Delvis usamd	22,7	27,8	25,0
	Korkje usamd eller samd	36,4	27,8	32,5
	Delvid samd - Heilt samd	40,9	44,4	42,5
Antall kommunar som har svart		22	18	40
Total		100,0	100,0	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic
Pearson Chi-Square	,355 ^a	2	,837
Likelihood Ratio	,357	2	,837
Linear-by-Linear Association	,003	1	,953
N of Valid Cases	40		

a. 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,50.

Tabell 32. Sjukepleiarane i kommunen syner stor interesse for å ta vidareutdanning innan akuttsjukepleie/Plassering geografisk.

Utifrå bivariate krysstabellar under kompetanseheving ser ein at det er ein ganske lik prosentdel av utvalet både i vest og i aust på dei forskjellige spørsmåla når ein ser på

svaralternativa. Det ser ut til at utvalet i både aust og vest satsar mest på å vidareutdanne dei sjukepleiarane som alt er tilsette i kommunen. Det ser ut til at interessa er stor for vidareutdanning frå sjukepleiarane si side i kommunane i utvalet. Dei fleste synest dei har lykkast med å heve kompetansen, men det kan og lesast frå krysstabellen at utvalet i vest har lykkast meir enn utvalet i aust med å heve kompetansen på akuttsjukepleie gjennom vidareutdanning.

Signifikansnivået basert på Kji-kvadratet viser òg at det er ingen signifikante forskjellar mellom utvalet i aust og i vest på nokon av påstandane under kompetanseheving.

6.3.2 Kommuneøkonomi og kompetanseheving

Her viser det seg utifrå tabellen at begge gruppene i utvalet har lykkast med å heve kompetansen gjennom vidareutdanning. Begge gruppene har òg ein ganske stor svarprosent på heilt usamd eller delvis usamd.

Signifikansnivået basert på kji-kvadratet er ,784, så skilnaden i utvalet kan ikkje generaliserast til heile populasjonen.

		Økonomi		Total
		0 - 52 447	52 447 - 90 000	
Kommunen har lykkast med å heve kompetansen på akuttsjukepleie gjennom vidareutdanning.	Heilt usamd - Delvis usamd	28,6	31,6	30,0
	Korkje usamd eller samd	19,0	26,3	22,5
	Delvid samd - Heilt samd	52,4	42,1	47,5
Antall kommunar som har svart		21	19	40
Total		100,0	100,0	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic
Pearson Chi-Square	,486 ^a	2	,784
Likelihood Ratio	,487	2	,784
Linear-by-Linear Association	,231	1	,631
N of Valid Cases	40		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,28.

Tabell 33. Kommunen har lykkast med å heve kompetansen på akuttsjukepleie gjennom vidareutdanning/økonomi.

Utifrå tabellen viser det seg at gruppa med best økonomi ikkje har satsa på rekruttering av nye sjukepleiarar med rett kompetanse, men dei som har dårlegast økonomi, heller meir mot at dei har rekruttert nye folk med rett kompetanse.

Signifikansnivået basert på kji-kvadratet er ,146, så skilnaden i utvalet kan ikkje generaliserast til heile populasjonen.

		Økonomi		Total
		0 - 52 447	52 447 - 90 000	
Kommunen har lykkast med å heve kompetansen på akuttsjukepleie gjennom nyrekrutering.	Heilt usamd - Delvis usamd	20,0	45,0	32,5
	Korkje usamd eller samd	35,0	35,0	35,0
	Delvid samd - Heilt samd	45,0	20,0	32,5
Antall kommunar som har svart		20	20	40
Total		100,0	100,0	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic
Pearson Chi-Square	3,846 ^a	2	,146
Likelihood Ratio	3,947	2	,139
Linear-by-Linear Association	3,750	1	,053
N of Valid Cases	40		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,50.

Tabell 34. Kommunen har lykkast med å heve kompetansen på akuttsjukepleie gjennom nyrekrutering/Økonomi.

Her viser det seg at kommunane i utvalet satsar på vidareutdanning av sjukepleiarar som er tilsette i kommunen.

Signifikansnivået basert på kji-kvadratet er ,058, så det kan sjå ut som det er statistisk signifikante forskjellar ved denne påstanden. Signifikansnivået ligg heilt på grensa til å vere ein klar signifikans, med ,058, men går under svak signifikans. Dermed er det ein forskjell mellom gruppene utifrå økonomi i spørsmålet om dei satsar på rekruttering av sjukepleiarar utanfrå med den kompetansen som trengst ved ØH-posten. Utifrå analysen ser det ut til at kommunane med lågast inntekt satsar meir på vidareutdanning av sjukepleiarane som alt er tilsette i kommunen. Kommunane med lågast inntekt har òg fleire som er usamde i om det blir satsa på vidareutdanning av allereie tilsette i kommunen i forhold til utvalet i kommunane med høg inntekt, der ingen er usamde i påstanden. I variansanalysen viser F-,266, som er lågt, så ein kan tolke det som at det ikkje er signifikante forskjellar. Sig. viser ,609, så den viser ingen signifikante forskjellar mellom gruppene i utvalet.

		Økonomi		Total
		0 - 52 447	52 447 - 90 000	
Det blir satsa på vidareutdanning av sjukepleiarar som er tilsette i kommunen.	Heilt usamd - Delvis usamd	15,0	0,0	7,5
	Korkje usamd eller samd	5,0	25,0	15,0
	Delvid samd - Heilt samd	80,0	75,0	77,5
Antall kommunar som har svart		20	20	40
Total		100,0	100,0	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic
Pearson Chi-Square	5,699 ^a	2	,058
Likelihood Ratio	7,102	2	,029
Linear-by-Linear Association	,271	1	,603
N of Valid Cases	40		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,50.

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Det blir satsa på vidareutdanning av sjukepleiarar som er tilsette i kommunen.	Between Groups	,100	1	,100	,266	,609
	Within Groups	14,300	38	,376		
	Total	14,400	39			

Tabell 35. Det blir satsa på vidareutdanning av sjukepleiarar som er tilsette i kommunen/økonomi.

Det ser ut til at sjukepleiarane i kommunane i utvalet syner stor interesse for å ta vidareutdanning i akuttsjukepleie. Men det ser ut for at i gruppa med lågast inntekt per innbyggjar viser sjukepleiarane størst interesse. I gruppa med høgst inntekt per innbyggjar er det like stor svarprosent på heilt usamd / delvis usamd og delvis samd / heilt samd. Signifikansnivået basert på kji-kvadratet er ,332, så skilnaden i utvalet kan ikkje generaliserast til heile populasjonen.

		Økonomi		Total
		0 - 52 447	52 447 - 90 000	
Sjukepleiarane i kommunen syner stor interesse for å ta vidareutdanning innan akuttsjukepleie.	Heilt usamd - Delvis usamd	15,0	35,0	25,0
	Korkje usamd eller samd	35,0	30,0	32,5
	Delvid samd - Heilt samd	50,0	35,0	42,5
Antall kommunar som har svart		20	20	40
Total		100,0	100,0	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic
Pearson Chi-Square	2,206 ^a	2	,332
Likelihood Ratio	2,255	2	,324
Linear-by-Linear Association	1,854	1	,173
N of Valid Cases	40		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,00.

Tabell 36. Sjukepleiarane i kommunen syner stor interesse for å ta vidareutdanning innan akuttsjukepleie/økonomi.

Det viser seg at begge gruppene i utvalet har lykkast med å heve kompetansen gjennom vidareutdanning. Kommunane med lågast inntekt per innbyggjar har lykkast meir innanfor kompetanseheving. Dei med låg økonomi har òg satsa på rekruttering av nye folk med rett utdanning. Det blir jamt over satsa på vidareutdanning av alt tilsette sjukepleiarar i kommunane frå utvalet. Det ser ut til at sjukepleiarane i kommunane viser interesse for å

vidareutdanne seg uavhengig av økonomien i kommunane.

Signifikansnivået basert på kji-kvadratet viser ingen statistisk signifikans på om kommunane i utvalet har lykkast med å heve kompetansen ved vidareutdanning, ved nyrekruttering og om sjukepleiarane i kommunane viser interesse for vidareutdanning. Men signifikansnivået basert på kji- kvadratet viser at det er forskjellar utifrå økonomi i spørsmålet om det blir satsa på vidareutdanning av sjukepleiarar som er tilsette i kommunane. Utifrå analysen ser det ut til at kommunane med lågast inntekt satsar meir på vidareutdanning av sjukepleiarane som alt er tilsette i kommunen. Kommunane med lågast inntekt har òg fleire som er usamde i om det blir satsa på vidareutdanning av alt tilsette i kommunen i forhold til utvalet i kommunane med høg inntekt, der ingen er usamde i påstanden. Variansanalysen viser ingen signifikante forskjellar.

6.3.3 Kommunestørrelse og kompetanseheving

Utifrå krysstabellen har overvekta av kommunane i utvalet lykkast med å heve kompetansen på akuttsjukepleie gjennom vidareutdanning, uavhengig av kommunestørrelse.

Signifikansnivået basert på kji-kvadratet er ,500, så skilnaden i utvalet kan ikkje generaliserast til heile populasjonen.

		Kommunens innbyggartall		Total
		0 - 6 091	6 091 - 200 000	
Kommunen har lykkast med å heve kompetansen på akuttsjukepleie gjennom vidareutdanning.	Heilt usamd - Delvis usamd	35,0	25,0	30,0
	Korkje usamd eller samd	15,0	30,0	22,5
	Delvid samd - Heilt samd	50,0	45,0	47,5
Antall kommunar som har svart		20	20	40
Total		100,0	100,0	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,386 ^a	2	,500
Likelihood Ratio	1,407	2	,495
Linear-by-Linear Association	,033	1	,856
N of Valid Cases	40		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,50.

Tabell 37. Kommunen har lykkast med å heve kompetansen på akuttsjukepleie gjennom vidareutdanning/Kommunens innbyggartall.

Det ein kan lese utifrå krysstabellen, er at det er ei overvekt i svarprosent frå utvalet på at dei er verken usamde eller samde i at dei har lykkast med å heve kompetansen med

nyrekruttering i dei store kommunane. For dei små kommunane er det størst svarprosent på heilt usamd og delvis usamd i at dei har lykkast med å heve kompetansen med nyrekruttering.

Signifikansnivået basert på kji-kvadratet er ,334, så skilnaden i utvalet kan ikkje generaliserast til heile populasjonen.

		Kommunens innbyggartall		Total
		0 - 6 091	6 091 - 200 000	
Kommunen har lykkast med å heve kompetansen på akuttjukepleie gjennom nyrekruttering.	Heilt usamd - Delvis usamd	42,9	21,1	32,5
	Korkje usamd eller samd	28,6	42,1	35,0
	Delvid samd - Heilt samd	28,6	36,8	32,5
Antall kommunar som har svart		21	19	40
Total		100,0	100,0	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,191 ^a	2	,334
Likelihood Ratio	2,237	2	,327
Linear-by-Linear Association	1,353	1	,245
N of Valid Cases	40		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,18.

Tabell 38. Kommunen har lykkast med å heve kompetansen på akuttjukepleie gjennom nyrekruttering/Kommunens innbyggartall.

I krysstabellen viser det seg at i utvalet blir det satsa på vidareutdanning av sjukepleiarar som er tilsette i kommunen både i små og store kommunar.

Signifikansnivået basert på kji-kvadratet er ,230, så skilnaden i utvalet kan ikkje generaliserast til heile populasjonen.

		Kommunens innbyggartall		Total
		0 - 6 091	6 091 - 200 000	
Det blir satsa på vidareutdanning av sjukepleiarar som er tilsette i kommunen.	Heilt usamd - Delvis usamd	4,8	10,5	7,5
	Korkje usamd eller samd	23,8	5,3	15,0
	Delvid samd - Heilt samd	71,4	84,2	77,5
Antall kommunar som har svart		21	19	40
Total		100,0	100,0	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,940 ^a	2	,230
Likelihood Ratio	3,183	2	,204
Linear-by-Linear Association	,133	1	,715
N of Valid Cases	40		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,43.

Tabell 39. Det blir satsa på vidareutdanning av sjukepleiarar som er tilsette i kommunen/Kommunens innbyggartall.

Utifrå tabellen syner sjukepleiarane i både dei små og store kommunane interesse for vidareutdanning. I gruppa med dei små kommunane i utvalet er det ein like stor svarprosent på at dei er heilt usamde og delvis usamd i at sjukepleiarane syner stor interesse for å ta vidareutdanning innanfor akuttsjukepleie. I gruppa med dei store kommunane i utvalet er det òg ein ganske stor svarprosent på korkje usamd eller samd.

Signifikansnivået basert på kji-kvadratet er ,119, så skilnaden i utvalet kan ikkje generaliserast til heile populasjonen.

		Kommunens innbyggartall		Total
		0 - 6 091	6 091 - 200 000	
Sjukepleiarane i kommunen syner stor interesse for å ta vidareutdanning innan akuttsjukepleie.	Heilt usamd - Delvis usamd	38,1	10,5	25,0
	Korkje usamd eller samd	23,8	42,1	32,5
	Delvid samd - Heilt samd	38,1	47,4	42,5
Antall kommunar som har svart		21	19	40
Total		100,0	100,0	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic
Pearson Chi-Square	4,262 ^a	2	,119
Likelihood Ratio	4,512	2	,105
Linear-by-Linear Association	2,049	1	,152
N of Valid Cases	40		

a. 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,75.

Tabell 40. Sjukepleiarane i kommunen syner stor interesse for å ta vidareutdanning innan akuttsjukepleie/Kommunens innbyggartall.

Ser ein desse fire tabellane i lag er det ganske likt når det gjeld å ha lykkast med å heve kompetansen med vidareutdanning. Dei små kommunane i utvalet har ikkje lykkast med nyrekruttering av sjukepleiarar med rett kompetanse, utifrå svarprosenten. For dei store kommunane i utvalet er den største svarprosenten på at dei er korkje usamde eller samde, men det er ein god del store kommunar i utvalet som har lykkast med å heve kompetansen på akuttsjukepleie gjennom nyrekruttering. Det blir satsa på vidareutdanning på alt tilsette

sjukepleiarar i både små og store kommunar i utvalet. Det er ein liten forskjell på store og små kommunar når det gjeld interessa sjukepleiarane i kommunen viser for vidareutdanning, men det er litt mindre interesse i dei små kommunane.

Det er ingen av desse punkta som er statistisk signifikante – det er ingen forskjellar mellom dei to gruppene utifrå kommunestørrelsen.

6.4 Rekruttering

Utifrå frekvenstabellen er det ein stor svarprosent av utvalet som svarar korkje usamd eller samd i om kommunen satsar på rekruttering av sjukepleiarar utifrå kompetansen som trengst. Det er og ei klar overvekt av kommunar i utvalet som meiner det blir satsa på rekruttering av sjukepleiarar med den kompetansen ein treng.

	Heilt usamd	Delvis usamd	Korkje usamd eller samd	Delvis samd	Heilt samd	Total (N)
Kommunen satsar på rekruttering av sjukepleiarar utanfrå med kompetansen som trengs ved ØH - posten.	10,0	10,0	42,5	20,0	17,5	40

Tabell 41. Kommunen satsar på rekruttering av sjukepleiarar utanfrå med kompetansen som trengst ved ØH-posten.

Utifrå frekvenstabellen ser det ut til at det er ei overvekt av kommunar i utvalet som synest det er vanskeleg å rekruttere sjukepleiarar til kommunane.

	Heilt usamd	Delvis usamd	Korkje usamd eller samd	Delvis samd	Heilt samd	Total (N)
Det er vanskeleg å rekruttere sjukepleiarar til kommunen.	7,5	25,0	12,5	40,0	15,0	40

Tabell 42. Det er vanskeleg å rekruttere sjukepleiarar til kommunen.

Det ser ut til at det er ein del kommunar i utvalet som satsar på rekruttering av sjukepleiarar utanfor kommunen med den kompetansen som trengst ved ein ØH-post. Det er òg ei overvekt som synest det er vanskeleg å rekruttere sjukepleiarar til kommunen.

6.4.1 Geografisk plassering og rekruttering

Det ser ut som utvalet av kommunar i aust, med ein prosentdel på 61,1 %, rekrutterer fleire sjukepleiarar utanfor sin eigen kommune som er kvalifiserte til å jobbe ved ein ØH-post, enn det utvalet i vest gjer. Den største prosentdelen av utvalet i vest ligg på korkje usamd eller samd, med 54,5 %.

Signifikansnivået basert på kji-kvadratet er ,020, så her er det ein klar statistisk signifikant

forskjell ved denne påstanden. Det er ein forskjell mellom utvalet i aust og i vest i om dei satsar på rekruttering av sjukepleiarar utanfrå med den kompetansen som trengst ved ØH-posten. Det er fleire av utvalet i aust enn i vest som utifrå analysen meiner at kommunen satsar på rekruttering av sjukepleiarar utanfrå med kompetansen som trengst ved ØH-posten. I variansanalysen viser F- 7,171, som er høgt, så ein kan tolke det som at det er signifikante forskjellar. Sig. viser ,011, så den viser signifikante forskjellar mellom gruppene.

		Plassering geografisk		Total
		Vest	Aust	
Kommunen satsar på rekruttering av sjukepleiarar utanfrå med kompetansen som trengs ved ØH - posten.	Heilt usamd - Delvis usamd	27,3	11,1	20,0
	Korkje usamd eller samd	54,5	27,8	42,5
	Delvid samd - Heilt samd	18,2	61,1	37,5
Antall kommunar som har svart		22	18	40
Total		100,0	100,0	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic
Pearson Chi-Square	7,827 ^a	2	,020
Likelihood Ratio	8,059	2	,018
Linear-by-Linear Association	6,191	1	,013
N of Valid Cases	40		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,60.

		ANOVA				
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Kommunen satsar på rekruttering av sjukepleiarar utanfrå med kompetansen som trengs ved ØH - posten.	Between Groups	3,457	1	3,457	7,171	,011
	Within Groups	18,318	38	,482		
	Total	21,775	39			

Tabell 43. Kommunen satsar på rekruttering av sjukepleiarar utanfrå med kompetansen som trengs ved ØH-posten/Plassering geografisk.

Utifrå tabellen ser det ut til at det er vanskeleg både i aust og vest å rekruttere sjukepleiarar til kommunane i utvalet. Det er ein større prosentdel av utvalet i vest enn i aust som meiner det ikkje er vanskeleg å rekruttere. Det ser ut som det kan vere litt lettare å få sjukepleiarar til kommunane i utvalet i vest enn i aust.

Signifikansnivået basert på kji-kvadratet er ,780, så skilnaden i utvalet kan ikkje generaliserast til heile populasjonen. Det er heile 78,0 % sannsyn for å avvise ein riktig nullhypotese.

		Plassering geografisk		Total
		Vest	Aust	
Det er vanskeleg å rekruttere sjukepleiarar til kommunen.	Heilt usamd - Delvis usamd	36,4	27,8	32,5
	Korkje usamd eller samd	13,6	11,1	12,5
	Delvid samd - Heilt samd	50,0	61,1	55,0
Antall kommunar som har svart		22	18	40
Total		100,0	100,0	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic
Pearson Chi-Square	,497 ^a	2	,780
Likelihood Ratio	,499	2	,779
Linear-by-Linear Association	,454	1	,500
N of Valid Cases	40		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,25.

Tabell 44. Det er vanskeleg å rekruttere sjukepleiarar til kommunen/Plassering geografisk.

Utifrå krysstabellane under rekruttering ser det ut til at fleirtalet av kommunane i utvalet i aust prioriterer å rekruttere sjukepleiarar med kompetanse som trengst innanfor ØH-posten, utanfor sin eigen kommune. Det er utvalet i aust som svarar med størst prosentdel at det er vanskeleg å rekruttere sjukepleiarar til kommunen. Av utvalet i vest svarar den største prosentdelen at det er vanskeleg å rekruttere, men her er det òg ein del kommunar som ikkje synest det er vanskeleg å rekruttere nye sjukepleiarar til kommunen.

Signifikansnivået basert på kji-kvadratet viser at det er ein klar statistisk signifikant forskjell mellom utvalet i aust og i vest når det gjeld å rekruttere sjukepleiarar med rett kompetanse til å jobbe ved ein ØH-post. Det er fleire i utvalet i aust enn i vest som utifrå analysen meiner at kommunen satsar på rekruttering av sjukepleiarar utanfrå med den kompetansen som trengst ved ØH-posten. Variansanalysen underbygger at det er forskjellar mellom gruppene. Det er ingen signifikante forskjellar mellom utvalet i aust og vest ved påstanden om at det er vanskeleg å rekruttere sjukepleiarar til kommunen.

6.4.2 Kommuneøkonomi og rekruttering

For dei kommunane i utvalet som kjem under gruppa med størst økonomi, er det størst svarprosent på verken usamd eller samd, med 50,0 %. I denne gruppa er det òg ein ganske stor svarprosent på heilt usamd og delvis usamd. For dei kommunane frå utvalet som er i gruppa med lågast inntekt per innbyggjar, ser det ut som det er større vekt på å rekruttere sjukepleiarar med denne kompetansen. Det er òg ein stor prosentdel som er verken usamd eller samd i at dei rekrutterer sjukepleiarar med kompetansen som trengst.

Signifikansnivået basert på kji-kvadratet er ,055. Her ligg ein helt i grensa på ein klar statistisk

signifikans mellom dei to gruppene, men resultatet går under svak signifikans. Utifrå analysen er det fleire kommunar med låg inntekt som er samde i at kommunen satsar på rekruttering av sjukepleiarar utanfrå med den kompetansen som trengst. I variansanalysen viser F- 6,131, som er høgt, så ein kan tolke det som at det er signifikante forskjellar. Sig. viser ,018, så dette viser signifikante forskjellar mellom gruppene i utvalet.

		Økonomi		Total
		0 - 52 447	52 447 - 90 000	
Kommunen satsar på rekruttering av sjukepleiarar utanfrå med kompetansen som trengs ved ØH - posten.	Heilt usamd - Delvis usamd	10,0	30,0	20,0
	Korkje usamd eller samd	35,0	50,0	42,5
	Delvid samd - Heilt samd	55,0	20,0	37,5
Antall kommunar som har svart		20	20	40
Total		100,0	100,0	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic
Pearson Chi-Square	5,796 ^a	2	,055
Likelihood Ratio	6,022	2	,049
Linear-by-Linear Association	5,418	1	,020
N of Valid Cases	40		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,00.

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Kommunen satsar på rekruttering av sjukepleiarar utanfrå med kompetansen som trengs ved ØH - posten.	Between Groups	3,025	1	3,025	6,131	,018
	Within Groups	18,750	38	,493		
	Total	21,775	39			

Tabell 45. Kommunen satsar på rekruttering av sjukepleiarar utanfrå med kompetansen som trengs ved ØH - posten/Økonomi.

I kommunane frå utvalet som kjem inn under gruppa med lågast økonomi, er det tydeleg vanskeleg å rekruttere sjukepleiarar til kommunen. I gruppa med best økonomi er det like høg svarprosent på heilt usamd og delvis usamd som under delvis samd og heilt samd. Det ser ut som at det ikkje er så vanskeleg å rekruttere sjukepleiarar til kommunar i utvalet der dei har god økonomi i forhold til i kommunane i gruppa med lågast økonomi.

Signifikansnivået basert på kji-kvadratet er ,127, så skilnaden i utvalet kan ikkje generaliserast til heile populasjonen.

		Økonomi		Total
		0 - 52 447	52 447 - 90 000	
Det er vanskeleg å rekruttere sjukepleiarar til kommunen.	Heilt usamd - Delvis usamd	25,0	40,0	32,5
	Korkje usamd eller samd	5,0	20,0	12,5
	Delvid samd - Heilt samd	70,0	40,0	55,0
Antall kommunar som har svart		20	20	40
Total		100,0	100,0	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic
Pearson Chi-Square	4,129 ^a	2	,127
Likelihood Ratio	4,283	2	,117
Linear-by-Linear Association	2,395	1	,122
N of Valid Cases	40		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,50.

Tabell 46. Det er vanskeleg å rekruttere sjukepleiarar til kommunen/økonomi.

Når dei kommunane i utvalet som har best økonomi ikkje synest det er vanskeleg å rekruttere sjukepleiarar, kan det ha samanheng med at det ser ut til at dei ikkje prioriterer å rekruttere nye sjukepleiarar med den kompetansen dei treng. Kommunane i utvalet med lågare økonomi legg større vekt på å rekruttere sjukepleiarar med den kompetansen som trengst, men dei synest òg det er vanskelegare å rekruttere nye sjukepleiarar.

Under punktet der det blir spurt om kommunane i utvalet satsar på rekruttering, er det ein statistisk signifikans mellom dei to gruppene ut frå signifikansnivået basert på kji-kvadratet. Utifrå analysen er det fleire kommunar med låg inntekt som er samde i at kommunen satsar på rekruttering av sjukepleiarar utanfrå med den kompetansen som trengst. Variansanalysen underbygger at det er forskjellar mellom gruppene. For spørsmålet om det er vanskeleg å rekruttere sjukepleiarar til kommunen er det ingen statistisk signifikante forskjellar utifrå kommuneøkonomien.

6.4.3 Kommunestørrelse og rekruttering

I dei store kommunane frå utvalet er det ein vesentleg større svarprosent enn ved dei små kommunane på at dei satsar på rekruttering av sjukepleiarar utanfrå kommunane med den kompetansen som trengst ved ein ØH-post. Dei små kommunane i utvalet satsar mindre på rekruttering utanfor kommunen.

Signifikansnivået basert på kji-kvadratet er ,020, så det er ein klar statistisk signifikant forskjell mellom små og store kommunar i utvalet. Store kommunar satsar meir på rekruttering av sjukepleiarar utanfrå med den kompetansen som trengst ved ein ØH-post, enn dei små kommunane i utvalet. I variansanalysen viser F- 9,148, så her er det store

moglegheiter for at det er forskjellar mellom kommunestørrelsane. Signifikantverdien understrekar dette med ein verdi på ,004. Her avviser vi nullhypotesen og fører vidare den alternative hypotesen. Det er vist ein forskjell mellom dei respektive populasjonane når det gjeld om det blir satsa på rekruttering av sjukepleiarar med den rette kompetansen som trengst ved ein ØH-post.

		Kommunens innbyggartall		Total
		0 - 6 091	6 091 - 200 000	
Kommunen satsar på rekruttering av sjukepleiarar utanfrå med kompetansen som trengs ved ØH - posten.	Heilt usamd - Delvis usamd	35,0	5,0	20,0
	Korkje usamd eller samd	45,0	40,0	42,5
	Delvid samd - Heilt samd	20,0	55,0	37,5
Antall kommunar som har svart		20	20	40
Total		100,0	100,0	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic
Pearson Chi-Square	7,825 ^a	2	,020
Likelihood Ratio	8,518	2	,014
Linear-by-Linear Association	7,567	1	,006
N of Valid Cases	40		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,00.

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Kommunen satsar på rekruttering av sjukepleiarar utanfrå med kompetansen som trengs ved ØH - posten.	Between Groups	4,225	1	4,225	9,148	,004
	Within Groups	17,550	38	,462		
	Total	21,775	39			

Tabell 47. Kommunen satsar på rekruttering av sjukepleiarar utanfrå med kompetansen som trengs ved ØH-posten/Kommunens innbyggartall.

Dei store kommunane i utvalet synest klart utifrå krysstabellen at det er vanskeleg å rekruttere sjukepleiarar til kommunen. I gruppa med dei små kommunane i utvalet er dei delte mellom å vere heilt usamde / delvis usamde og delvis samde / heilt samde. Det er like stor svarprosent på begge desse svaralternativa på spørsmålet om det er vanskeleg å rekruttere sjukepleiarar til kommunen.

Signifikansnivået basert på kji-kvadratet er ,252, så skilnaden i utvalet kan ikkje generaliserast til heile populasjonen.

		Kommunens innbyggartall		Total
		0 - 6 091	6 091 - 200 000	
Det er vanskeleg å rekruttere sjukepleiarar til kommunen.	Heilt usamd - Delvis usamd	42,9	21,1	32,5
	Korkje usamd eller samd	14,3	10,5	12,5
	Delvid samd - Heilt samd	42,9	68,4	55,0
Antall kommunar som har svart		21	19	40
Total		100,0	100,0	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic
Pearson Chi-Square	2,757 ^a	2	,252
Likelihood Ratio	2,806	2	,246
Linear-by-Linear Association	2,647	1	,104
N of Valid Cases	40		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,38.

Tabell 48. Det er vanskeleg å rekruttere sjukepleiarar til kommunen/Kommunens innbyggartall.

Utifrå krysstabellane satsar dei store kommunane i utvalet på rekruttering av sjukepleiarar med den kompetansen som trengst ved ein ØH-post, utanfrå kommunen. Dei synest òg klart at det er vanskeleg å rekruttere sjukepleiarar til kommunen. Dei små kommunane i utvalet satsar mindre på rekruttering utanfrå kommunen, og dei er delte på om det er vanskeleg å rekruttere sjukepleiarar til kommunen.

Det er ein klar statistisk signifikant forskjell for påstanden om at kommunen satsar på rekruttering av sjukepleiarar utanfrå med den kompetansen som trengst ved ØH-posten. Store kommunar satsar meir på rekruttering av sjukepleiarar utanfrå med den kompetansen som trengst ved ein ØH-post, enn dei små kommunane i utvalet. Dette underbygger variansanalysen. Når det gjeld om det er vanskeleg å rekruttere sjukepleiarar, er det ingen statistisk signifikante forskjellar mellom små og store kommunar i utvalet.

6.5 Lokale og utstyr

Utifrå frekvenstabellen er det ei klar overvekt av kommunar i utvalet som har det utstyret som trengst ved ein ØH-post, tilgjengeleg.

	Heilt usamd	Delvis usamd	Korkje usamd eller samd	Delvis samd	Heilt samd	Total (N)
Kommunen har utstyr tilgjengeleg som trengs ved ØH - posten.	7,9	10,5	18,4	26,3	36,8	38

Tabell 49. Kommunen har utstyr tilgjengeleg som trengs ved ØH-posten.

Utifrå om kommunane har godt eigna lokale til ØH-posten, hallar størstedelen av svarprosenten mot at dei har eigna lokale til ØH-posten.

	Heilt usamd	Delvis usamd	Korkje usamd eller samd	Delvis samd	Heilt samd	Total (N)
Kommunen har godt eigna lokale til ØH-posten.	5,0	12,5	35,0	15,0	32,5	40

Tabell 50. Kommunen har godt eigna lokale til ØH-posten.

Utifrå om det eventuelle lokalet kommunane i utvalet har til rådvelde til ØH-posten er tilknytt andre helseavdelingar i kommunen, er det eit fleirtal som vil legge ØH-posten til ein sjukeheim.

	Nei	Sjukeheim	Legesenter	Spesialist-helseteneste	Anna	Total (N)
Er eventuelle lokale dykk har til rådighet til ØH - posten tilknytt andre helseavdelingar i kommunen?	12,8	43,6	7,7	10,3	25,6	39

Tabell 51. Er eventuelle lokale dykk har til rådighet til ØH-posten tilknytt andre helseavdelingar i kommunen?

Utifrå desse tre tabellane viser det seg at eit fleirtal av dei som har svart, har utstyr og eigna lokale i kommunen til å drive ØH-post. Det er òg ein større prosentdel av utvalet som svarar at det eigna lokalet er knytt til sjukeheimen i kommunen.

6.5.1 Geografisk plassering og lokale og utstyr

Utifrå krysstabellen kan ein lese at eit overtal av dei kommunane i utvalet som har svart på påstanden, har det nødvendige utstyret som trengst tilgjengeleg for å kunne drive ein ØH-post.

Signifikansnivået basert på kji-kvadratet er ,190, så skilnaden i utvalet kan ikkje generaliserast til heile populasjonen. Det er heile 19,0 % sannsyn for å avvise ein riktig nullhypotese.

		Plassering geografisk		Total
		Vest	Aust	
Kommunen har utstyr tilgjengelig som trengs ved ØH - posten.	Heilt usamd - Delvis usamd	26,1	6,7	18,4
	Korkje usamd eller samd	21,7	13,3	18,4
	Delvid samd - Heilt samd	52,2	80,0	63,2
Antall kommunar som har svart		23	15	38
Total		100,0	100,0	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic
Pearson Chi-Square	3,320 ^a	2	,190
Likelihood Ratio	3,594	2	,166
Linear-by-Linear Association	3,205	1	,073
N of Valid Cases	38		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,76.

Tabell 52. Kommunen har utstyr tilgjengelig som trengst ved ØH-posten/Plassering geografisk.

Utifrå tabellen kan ein sjå at den største prosentdelen av utvalet både i vest og aust har godt eigna lokale til ØH-posten. Det er ein prosentdel som verken er usamd eller samd i om kommunen har eigna lokale, og her er prosentfordelinga tilnærma lik i aust og i vest. Signifikansnivået basert på kji-kvadratet er ,690, så skilnaden i utvalet kan ikkje generaliserast til heile populasjonen. Det er heile 69,0% sannsyn for å avvise ein riktig nullhypotese.

		Plassering geografisk		Total
		Vest	Aust	
Kommunen har godt eigna lokale til ØH - posten.	Heilt usamd - Delvis usamd	21,7	11,8	17,5
	Korkje usamd eller samd	34,8	35,3	35,0
	Delvid samd - Heilt samd	43,5	52,9	47,5
Antall kommunar som har svart		23	17	40
Total		100,0	100,0	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic
Pearson Chi-Square	,741 ^a	2	,690
Likelihood Ratio	,764	2	,682
Linear-by-Linear Association	,643	1	,423
N of Valid Cases	40		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,98.

Tabell 53. Kommunen har godt eigna lokale til ØH-poste/Plassering geografisk.

Utifrå krysstabellen er det eit fleirtal av utvalet som har knytt lokalet til ØH-posten til sjukeheimane i kommunane. Her ser det ut til at det er ganske likt mellom utvalet i vest og aust.

Signifikansnivået basert på kji-kvadratet er ,628, så skilnaden i utvalet kan ikkje generaliserast til heile populasjonen. Det er heile 62,8 % sannsyn for å avvise ein riktig nullhypotese.

		Plassering geografisk		Total
		Vest	Aust	
Er eventuelle lokale dykk har til rådighet til ØH - posten tilknytt andre helseavdelingar i kommunen?	Nei	9,1	17,6	12,8
	Sjukeheim	36,4	52,9	43,6
	Legesenter	9,1	5,9	7,7
	Spesialisthelsetenesta	13,6	5,9	10,3
	Anna	31,8	17,6	25,6
Antall kommunar som har svart		22	17	39
Total		100,0	100,0	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,594 ^a	4	,628
Likelihood Ratio	2,649	4	,618
Linear-by-Linear Association	2,197	1	,138
N of Valid Cases	39		

a. 7 cells (70,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,31.

Tabell 54. Er eventuelle lokale dykk har til rådighet til ØH-posten tilknytt andre helseavdelingar i kommunen?/Plassering geografisk.

Utifrå dei tre krysstabellane som går på lokale og utstyr opp mot plassering geografisk, ser det ut til at flesteparten i utvalet har både utstyret og lokala som trengst for å sette i gang ØH-posten både i aust og i vest. Det ser òg ut til at flesteparten i utvalet har valt å legge ØH-posten til allereie tilgjengelege lokale ved sjukeheimane i kommunane, uavhengig av plassering av kommunane geografisk.

Signifikansnivået basert på kji- kvadratet viser at det er ingen signifikante forskjellar mellom utvalet i aust og i vest i desse tre tabellane. Det er ganske like svar i vest og aust.

6.5.2 Kommuneøkonomi og lokale og utstyr

Kommunane har jamt over i begge gruppene i utvalet det utstyret som trengst ved ein ØH-post.

Signifikansnivået basert på kji-kvadratet er ,351, så det er ingen statistisk signifikant forskjell mellom dei to gruppene.

		Økonomi		Total
		0 - 52 447	52 447 - 90 000	
Kommunen har utstyr tilgjengelig som trengs ved ØH - posten.	Heilt usamd - Delvis usamd	15,8	21,1	18,4
	Korkje usamd eller samd	10,5	26,3	18,4
	Delvid samd - Heilt samd	73,7	52,6	63,2
Antall kommunar som har svart		19	19	38
Total		100,0	100,0	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic
Pearson Chi-Square	2,095 ^a	2	,351
Likelihood Ratio	2,141	2	,343
Linear-by-Linear Association	1,040	1	,308
N of Valid Cases	38		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,50.

Tabell 55. Kommunen har utstyr tilgjengelig som trengs ved ØH-posten/økonomi.

Kommunane i utvalet som har lågast inntekt per innbyggjar, svarar her at dei har eigna lokale. For kommunane i utvalet som fell under gruppa med høgst inntekt per innbyggjar, er størstedelen av svarprosenten på korkje usamd eller samd i om dei har eigna lokale. Signifikansnivået basert på kji-kvadratet er ,082, så det er ein svak signifikans mellom gruppene utifrå om dei har godt eigna lokale. Kommunane med dårlegast økonomi har betre tilgang på godt eigna lokale til ØH-posten enn kommunane med god økonomi. I variansanalysen viser F- 4,774, som er høg, så ein kan tolke det som at det er signifikante forskjellar. Sig. viser ,035, så det underbygger at det er forskjellar mellom gruppene.

		Økonomi		Total
		0 - 52 447	52 447 - 90 000	
Kommunen har godt eigna lokale til ØH - posten.	Heilt usamd - Delvis usamd	10,0	25,0	17,5
	Korkje usamd eller samd	25,0	45,0	35,0
	Delvid samd - Heilt samd	65,0	30,0	47,5
Antall kommunar som har svart		20	20	40
Total		100,0	100,0	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic
Pearson Chi-Square	5,008 ^a	2	,082
Likelihood Ratio	5,128	2	,077
Linear-by-Linear Association	4,353	1	,037
N of Valid Cases	40		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,50.

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Kommunen har godt eigna lokale til ØH - posten.	Between Groups	2,500	1	2,500	4,774	,035
	Within Groups	19,900	38	,524		
	Total	22,400	39			

Tabell 56. Kommunen har godt eigna lokale til ØH-posten/økonomi.

For begge gruppene i utvalet er lokalet dei har til rådvelde til ein ØH-post, knytt til ein sjukeheim.

Signifikansnivået basert på kji-kvadratet er ,212, så skilnaden i utvalet kan ikkje generaliserast til heile populasjonen.

		Økonomi		Total
		0 - 52 447	52 447 - 90 000	
Er eventuelle lokale dykk har til rådighet til ØH - posten tilknytt andre helseavdelingar i kommunen?	Nei	15,8	10,0	12,8
	Sjukeheim	47,4	40,0	43,6
	Legesenter	15,8	0,0	7,7
	Spesialisthelsetenesta	5,3	15,0	10,3
	Anna	15,8	35,0	25,6
Antall kommunar som har svart		19	20	39
Total		100,0	100,0	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic
Pearson Chi-Square	5,837 ^a	4	,212
Likelihood Ratio	7,086	4	,131
Linear-by-Linear Association	2,064	1	,151
N of Valid Cases	39		

a. 7 cells (70,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,46.

Tabell 57. Er eventuelle lokale dykk har til rådighet til ØH-posten tilknytt andre helseavdelingar i kommunen?/Økonomi.

Fleirtalet av kommunane i utvalet har det nødvendige utstyr som trengst til ein ØH-post. Om kommunane har eigna lokale, er det dei med lågast inntekt per innbyggjar som har eigna lokale. Her ser det ut til at det eigna lokalet er knytt til ein sjukeheim. For dei med høgst inntekt per innbyggjar er svarprosenten størst på korkje usamd eller samd i om dei har eigna lokale, men her er òg det eigna lokalet dei har til rådvelde, knytt til ein sjukeheim. Signifikansnivået basert på kji-kvadratet viser at det er ein svak forskjell mellom dei to gruppene i utvalet utifrå om dei har eigna lokale til rådighet. Kommunane med dårlegast økonomi har betre tilgang på godt eigna lokale til ØH-posten enn kommunane med høg økonomi. Variansanalysen underbygger at det er forskjell mellom gruppene. Det viser seg ingen forskjellar utifrå om kommunane har det utstyret som trengst, og om det eventuelle lokalet dei har til rådvelde til ØH-posten, er knytt til andre helseavdelingar i kommunen.

6.5.3 Kommunestørrelse og lokale og utstyr

Kommunane i utvalet har det nødvendige utstyret som trengst ved ein ØH-post uavhengig av kva storleik det er på kommunane.

Signifikansnivået basert på kji-kvadratet er ,208, så skilnaden i utvalet kan ikkje generaliserast til heile populasjonen.

		Kommunens innbyggartall		Total
		0 - 6 091	6 091 - 200 000	
Kommunen har utstyr tilgjengelig som trengs ved ØH - posten.	Heilt usamd - Delvis usamd	25,0	11,1	18,4
	Korkje usamd eller samd	25,0	11,1	18,4
	Delvid samd - Heilt samd	50,0	77,8	63,2
Antall kommunar som har svart		20	18	38
Total		100,0	100,0	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic
Pearson Chi-Square	3,142 ^a	2	,208
Likelihood Ratio	3,221	2	,200
Linear-by-Linear Association	2,601	1	,107
N of Valid Cases	38		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,32.

Tabell 58. Kommunen har utstyr tilgjengelig som trengs ved ØH-posten/Kommunens innbyggartall.

Det er ei overvekt av svarprosent i gruppa med dei store kommunane i utvalet at dei har eigna lokale til ØH-posten i kommunane. I gruppa med dei små kommunane i utvalet er det størst svarprosent på korkje usamd eller samd, men òg ein svarprosent på 38,1 % som er delvis samd eller heilt samd i at kommunen har eigna lokale til ØH-posten.

Signifikansnivået basert på kji-kvadratet er ,435, så skilnaden i utvalet kan ikkje generaliserast til heile populasjonen.

		Kommunens innbyggartall		Total
		0 - 6 091	6 091 - 200 000	
Kommunen har godt eigna lokale til ØH - posten.	Heilt usamd - Delvis usamd	19,0	15,8	17,5
	Korkje usamd eller samd	42,9	26,3	35,0
	Delvid samd - Heilt samd	38,1	57,9	47,5
Antall kommunar som har svart		21	19	40
Total		100,0	100,0	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic
Pearson Chi-Square	1,664 ^a	2	,435
Likelihood Ratio	1,678	2	,432
Linear-by-Linear Association	,923	1	,337
N of Valid Cases	40		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,33.

Tabell 59. Kommunen har godt eigna lokale til ØH-posten/Kommunens innbyggartall.

Det eigna lokalet dei har til rådvelde til ØH-posten, er knytt til ein sjukeheim i dei store kommunane i utvalet. Dei små kommunane i utvalet har ein lik svarprosent (33,3 %) på sjukeheim og anna, der det eigna lokalet er knytt til eit anna alternativ.

Signifikansnivået basert på kji-kvadratet er ,485, så skilnaden i utvalet kan ikkje generaliserast til heile populasjonen.

		Kommunens innbyggartall		Total
		0 - 6 091	6 091 - 200 000	
Er eventuelle lokale dykk har til rådighet til ØH - posten tilknytt andre helseavdelingar i kommunen?	Nei	14,3	11,1	12,8
	Sjukeheim	33,3	55,6	43,6
	Legesenter	4,8	11,1	7,7
	Spesialisthelsetenesta	14,3	5,6	10,3
	Anna	33,3	16,7	25,6
Antall kommunar som har svart		21	18	39
Total		100,0	100,0	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic
Pearson Chi-Square	3,452 ^a	4	,485
Likelihood Ratio	3,535	4	,473
Linear-by-Linear Association	1,531	1	,216
N of Valid Cases	39		

a. 7 cells (70,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,38.

Tabell 60. Er eventuelle lokale dykk har til rådighet til ØH-posten tilknytt andre helseavdelingar i kommunen?/Kommunens innbyggartall.

Utifrå desse tre krysstabellane er det liten forskjell utifrå kommunestørrelse. Kommunane i utvalet har utstyr og eigna lokale til ØH-posten. Dei fleste kommunane i utvalet vel å knyte ØH-posten til ein sjukeheim.

Signifikansnivået basert på kji-kvadratet viser her ingen statistisk signifikante forskjellar ved desse påstandane.

6.6 Interkommunalt samarbeid

Det er eit klart fleirtal av kommunane i utvalet som har slått seg saman med nærliggande kommunar for å greie å utføre ØH-kravet.

	Ja	Nei	Blir utgreidd	Total (N)
Har kommunen slått seg i saman med nærliggande kommunar for å greie å utføre ØH - kravet?	68,3	29,3	2,4	41

Tabell 61. Har kommunen slått seg i saman med nærliggande kommunar for å greie å utføre ØH-kravet?

På spørsmålet om korleis kommunane samarbeider med andre kommunar, er det ei overvekt av kommunar i utvalet der samarbeidet går ut på at ØH-posten ligg i nærliggande

kommunar. I 26,8 % av kommunane i utvalet går samarbeidet ut på at ØH-posten ligg i deira eigen kommune.

	Ingen samarbeid	Heile ØH-posten ligg i nærliggande kommune	Rullerande team	ØH-posten ligg i Dykkar kommune	Anna	Total (N)
Korleis samarbeider dykk med andre kommunar?	12,2	41,5	0,0	26,8	19,5	41

Tabell 62. Korleis samarbeider dykk med andre kommunar?

Fleirtalet av kommunane i utvalet har valt å slå seg saman med nærliggande kommunar for å greie å utføre ØH-kravet. På spørsmålet om korleis dei samarbeider med andre kommunar er overvekta at ØH-posten skal liggje i ein av dei kommunane dei samarbeider med. Ein svarprosent på 26,8 % skal ha ØH-posten i sin kommune.

6.6.1 Geografisk plassering og interkommunalt samarbeid

Her viser det seg utifrå krysstabelen at det er eit fleirtal av dei som har svart som har slått seg saman med nærliggande kommunar for å greie å utføre ØH-kravet, uavhengig av geografisk plassering.

Signifikansnivået basert på kji-kvadratet er ,427, så skilnaden i utvalet kan ikkje generaliserast til heile populasjonen. Det er heile 42,7 % sannsyn for å avvise ein riktig nullhypotese.

		Plassering geografisk		Total
		Vest	Aust	
Har kommunen slått seg i saman med nærliggande kommunar for å greie å utføre ØH - kravet?	Ja	73,9	61,1	68,3
	Nei	26,1	33,3	29,3
	Blir utgreidd	0,0	5,6	2,4
Antall kommunar som har svart		23	18	41
Total		100,0	100,0	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,701 ^a	2	,427
Likelihood Ratio	2,071	2	,355
Linear-by-Linear Association	1,213	1	,271
N of Valid Cases	41		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,44.

Tabell 63. Har kommunen slått seg i saman med nærliggande kommunar for å greie å utføre ØH-kravet?/Plassering geografisk.

Her viser det seg at den største prosentdelen av utvalet i vest, med 47,8 %, skal plassere ØH-posten i ein nærliggande kommune. For utvalet i aust er største prosentdel 44,4 % på at dei skal ha ØH-posten plassert i sin eigen kommune.

Signifikansnivået basert på kji-kvadratet er ,144, så skilnaden i utvalet kan ikkje generaliserast til heile populasjonen. Det er heile 14,4 % sannsyn for å avvise ein riktig nullhypotese.

		Plassering geografisk		Total
		Vest	Aust	
Korleis samarbeider dykk med andre kommunar?	Ingen samarbeid	13,0	11,1	12,2
	Heile ØH-posten ligg i nærliggande kommune	47,8	33,3	41,5
	ØH-posten ligg i dykkar kommune	13,0	44,4	26,8
	Anna	26,1	11,1	19,5
Antall kommunar som har svart		23	18	41
Total		100,0	100,0	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,414 ^a	3	,144
Likelihood Ratio	5,534	3	,137
Linear-by-Linear Association	,198	1	,656
N of Valid Cases	41		

a. 5 cells (62,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,20.

Tabell 64. Korleis samarbeidar dykk med andre kommunar?/Plassering geografisk.

Utifrå desse to krysstabellane vil dei fleste kommunane i utvalet slå seg saman med nærliggande kommunar for å utføre ØH-kravet. Men i vest går samarbeidet ut på at ØH-posten blir plassert i nærliggande kommune. I aust viser det seg at ØH-posten skal plasserast i deira eigen kommune.

Signifikansnivået basert på kji-kvadratet viser at det er ingen signifikante forskjellar mellom utvalet i aust og vest på nokon av spørsmåla som gjeld interkommunalt samarbeid.

6.6.2 Kommuneøkonomi og interkommunalt samarbeid

Utifrå krysstabellen og dei kommunane i utvalet som har svart, har dei fleste kommunane slått seg saman med nærliggande kommune uavhengig av økonomi.

Signifikansnivået basert på kji-kvadratet er ,484, så skilnaden i utvalet kan ikkje generaliserast til heile utvalet.

		Økonomi		Total
		0 - 52 447	52 447 - 90 000	
Har kommunen slått seg i saman med nærliggande kommunar for å greie å utføre ØH - kravet?	Ja	61,9	75,0	68,3
	Nei	33,3	25,0	29,3
	Blir utgreidd	4,8	0,0	2,4
Antall kommunar som har svart		21	20	41
Total		100,0	100,0	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic
Pearson Chi-Square	1,453 ^a	2	,484
Likelihood Ratio	1,840	2	,399
Linear-by-Linear Association	1,165	1	,281
N of Valid Cases	41		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,49.

Tabell 65. Har kommunen slått seg i saman med nærliggande kommunar for å greie å utføre ØH-kravet?/Økonomi.

Utifrå krysstabellen opp mot økonomi kan ein lese at i dei kommunane i utvalet som har størst inntekt per innbygger, er ØH-posten lagt til ein nærliggande kommune. I dei kommunane i utvalet som har lågast inntekt per innbygger, har fleirtalet lagt ØH-posten i sin eigen kommune.

Signifikansnivået basert på kji-kvadratet er ,005, så her er det ein klar statistisk signifikans mellom dei to gruppene utifrå økonomi. Her vel dei kommunane som har best økonomi å legge ØH-posten i nærliggande kommune, og kommunane med dårlegast økonomi vel å legge ØH-posten i sin eigen kommune. I variansanalysen viser F- 8,314, som er høgt, så ein kan tolke det som at det er signifikante forskjellar. Sig. viser ,006, så dette underbygger at det er forskjellar mellom gruppene.

		Økonomi		Total
		0 - 52 447	52 447 - 90 000	
Korleis samarbeider dykk med andre kommunar?	Ingen samarbeid	9,5	15,0	12,2
	Heile ØH-posten ligg i nærliggande kommune	19,0	65,0	41,5
	ØH-posten ligg i dykkar kommune	47,6	5,0	26,8
	Anna	23,8	15,0	19,5
Antall kommunar som har svart		21	20	41
Total		100,0	100,0	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic
Pearson Chi-Square	12,812 ^a	3	,005
Likelihood Ratio	14,246	3	,003
Linear-by-Linear Association	7,029	1	,008
N of Valid Cases	41		

a. 4 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,44.

		ANOVA				
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Korleis samarbeider dykk med andre kommunar?	Between Groups	14,057	1	14,057	8,314	,006
	Within Groups	65,943	39	1,691		
	Total	80,000	40			

Tabell 66. Korleis samarbeider dykk med andre kommunar?/økonomi.

Når ein ser desse to krysstabellane i samanheng, kan ein lese at overvekta av kommunane i utvalet har samarbeid med andre kommunar, og at dei med minst frie inntekter i kroner per innbyggjar har valt å ha ØH-posten i sin kommune. Dei med høgare inntekt per innbyggjar har valt å legge tilbodet i ein nærliggande kommune.

Det viser seg at det er forskjellar mellom dei to gruppene i utvalet utifrå økonomi når det gjeld kor dei ønskjer å legge ØH-posten. Kommunane med best økonomi vel å legge ØH-posten i ein nærliggande kommune, og kommunane med dårlegast økonomi vel å legge ØH-posten i sin eigen kommune. Variansanalysen underbygger at det er forskjellar mellom gruppene. Når det gjeld om kommunane i utvalet har slått seg saman med nærliggande kommunar, er det ingen forskjell mellom desse to gruppene.

6.6.3 Kommunestørrelse og interkommunalt samarbeid

Overvekta blant dei små og store kommunane i utvalet har valt å slå seg saman med nærliggande kommunar for å greie å utføre ØH-kravet.

Signifikansnivået basert på kji-kvadratet er ,390, så skilnaden i utvalet kan ikkje generaliserast til heile populasjonen.

		Kommunens innbyggartall		Total
		0 - 6 091	6 091 - 200 000	
Har kommunen slått seg i saman med nærliggande kommunar for å greie å utføre ØH - kravet?	Ja	76,2	60,0	68,3
	Nei	23,8	35,0	29,3
	Blir utgreidd	0,0	5,0	2,4
Antall kommunar som har svart		21	20	41
Total		100,0	100,0	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic
Pearson Chi-Square	1,881 ^a	2	,390
Likelihood Ratio	2,270	2	,321
Linear-by-Linear Association	1,640	1	,200
N of Valid Cases	41		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,49.

Tabell 67. Har kommunen slått seg i saman med nærliggande kommunar for å greie å utføre ØH-kravet?/Kommunens innbyggartall.

Utifrå krysstabellen har fleirtalet av dei små kommunane i utvalet valt å legge ØH-posten i ein nærliggande kommune. I dei store kommunane i utvalet har fleirtalet valt å legge ØH-posten i sin eigen kommune.

Signifikansnivået basert på kji-kvadratet er ,000, så her er det ein klar statistisk signifikant forskjell mellom små og store kommunar. Det viser seg at små kommunar vel å legge ØH-posten i ein nærliggande kommune, mens store kommunar vel å legge ØH-posten i sin eigen kommune. I variansanalysen viser F- 3,304, som, er ganske høg så ein kan tolke det som at det er signifikante forskjellar. Sig. viser ,077, så dette underbygger at det er ein svak forskjellar mellom gruppene i utvalet.

		Kommunens innbyggartall		Total
		0 - 6 091	6 091 - 200 000	
Korleis samarbeider dykk med andre kommunar?	Ingen samarbeid	9,5	15,0	12,2
	Heile ØH-posten ligg i nærliggande kommune	66,7	15,0	41,5
	ØH-posten ligg i dykkar kommune	0,0	55,0	26,8
	Anna	23,8	15,0	19,5
Antall kommunar som har svart		21	20	41
Total		100,0	100,0	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic
Pearson Chi-Square	18,804 ^a	3	,000
Likelihood Ratio	23,655	3	,000
Linear-by-Linear Association	3,124	1	,077
N of Valid Cases	41		

a. 4 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,44.

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Korleis samarbeider dykk med andre kommunar?	Between Groups	6,248	1	6,248	3,304	,077
	Within Groups	73,752	39	1,891		
	Total	80,000	40			

Tabell 68. Korleis samarbeider dykk med andre kommunar?/Kommunens innbyggartall.

Utifrå krysstabellane kan det sjå ut til at dei små kommunane i utvalet har valt å samarbeide med nærliggande kommunar, og ØH- posten ligg i ein av dei kommunane dei har valt å samarbeide med. Dei store kommunane i utvalet har valt å slå seg saman med nærliggande kommunar, men dei har valt å ha ØH-posten i sin kommune.

Her er det ingen signifikante forskjellar opp mot kommunestørrelse når det gjeld om kommunane vil slå seg saman med nærliggande kommunar for å greie ØH-kravet. I spørsmålet om korleis kommunane vil samarbeide med dei andre kommunane, slår signifikansnivået basert på kji-kvadratet ut med ,000, og variansanalysen slår ut med ein svak signifikans på ,077. Her er det altså ein klar signifikans utifrå signifikansnivået basert på kji-kvadratet mellom små og store kommunar. Små kommunar vel å legge ØH-posten i ein nærliggande kommune, mens store kommunar vel å legge ØH-posten i sin eigen kommune.

6.7 Rehabilitering

Det er ei tydeleg overvekt av kommunar i utvalet som har greidd å sette i gang opprettinga av eit rehabiliteringstilbod utifrå samhandlingsreforma.

	Heilt usamd	Delvis usamd	Korkje usamd eller samd	Delvis samd	Heilt samd	Total (N)
Kommunen har greidd å sette i gang kravet om rehabiliteringstilbod ut frå samhandlingsreforma.	2,4	14,6	14,6	53,7	14,6	41

Tabell 69. Kommunen har greidd å sette i gang kravet om rehabiliteringstilbod ut frå samhandlingsreforma.

Her ser ein at flesteparten av kommunane i utvalet som har svart, har greidd og lykkast med å sette i gang rehabiliteringstilbodet i kommunen.

	Heilt usamd	Delvis usamd	Korkje usamd eller samd	Delvis samd	Heilt samd	Total (N)
Iverksettinga av rehabiliteringstilbodet har vore vellykka.	0,0	14,6	29,3	36,6	19,5	41

Tabell 70. Iverksettinga av rehabiliteringstilbodet har vore vellykka.

Utifrå desse to frekvenstabellane har kommunane i utvalet greidd å sette i gang kravet om rehabilitering, og dei meiner dei har lykkast med iverksettinga av tilbodet.

6.7.1 Geografisk plassering og rehabilitering

Krysstabellen viser klart at kommunane i utvalet synest dei har greidd å sette i gang kravet om rehabiliteringstilbodet som reforma krev.

Signifikansnivået basert på kji-kvadratet er ,471, så skilnaden i utvalet kan ikkje

generaliserast til heile populasjonen. Det er heile 47,1 % sannsyn for å avvise ein riktig nullhypotese.

		Plassering geografisk		Total
		Vest	Aust	
Kommunen har greidd å sette i gang kravet om rehabiliteringstilbod ut frå samhandlingsreforma.	Heilt usamd - Delvis usamd	17,4	16,7	17,1
	Korkje usamd eller samd	8,7	22,2	14,6
	Delvid samd - Heilt samd	73,9	61,1	68,3
Antall kommunar som har svart		23	18	41
Total		100,0	100,0	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,508 ^a	2	,471
Likelihood Ratio	1,507	2	,471
Linear-by-Linear Association	,243	1	,622
N of Valid Cases	41		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,63.

Tabell 71. Kommunen har greidd å sette i gang kravet om rehabiliteringstilbod ut frå samhandlingsreforma.

Overvekta av prosentdelen av utvalet både i vest og i aust meiner iverksettinga av rehabiliteringstilbodet har vore vellykka. I aust er det ein større prosentdel på 38,9 % som er verken usamd eller samd i at iverksettinga har vore vellykka.

Signifikansnivået basert på kji-kvadratet er ,390, så skilnaden i utvalet kan ikkje generaliserast til heile populasjonen. Det er heile 39,0 % sannsyn for å avvise ein riktig nullhypotese.

		Plassering geografisk		Total
		Vest	Aust	
Iverksettinga av rehabiliteringstilbodet har vore vellykka.	Heilt usamd - Delvis usamd	13,0	16,7	14,6
	Korkje usamd eller samd	21,7	38,9	29,3
	Delvid samd - Heilt samd	65,2	44,4	56,1
Antall kommunar som har svart		23	18	41
Total		100,0	100,0	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic
Pearson Chi-Square	1,882 ^a	2	,390
Likelihood Ratio	1,888	2	,389
Linear-by-Linear Association	1,095	1	,295
N of Valid Cases	41		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,63.

Tabell 72. Iverksettinga av rehabiliteringstilbodet har vore vellykka/Plassering geografisk.

Utifrå dei to krysstabellane som går på rehabilitering, viser det seg at kommunane i utvalet synest dei har greidd å sette i gang kravet om rehabilitering i kommunen. Utifrå om ein har

lykkast med iverksettinga, viser det seg at ganske mange ikkje er heilt sikre på om iverksettinga har vore vellykka, sjølv om fleirtalet av utvalet meiner ho har vore det. Signifikansnivået basert på kji-kvadratet viser at det er ingen signifikante forskjellar mellom utvalet i aust og vest på nokon av påstandane under rehabilitering.

6.7.2 Kommuneøkonomi og rehabilitering

Det ser ut til at overvekta av kommunane i utvalet har greidd å sette i gang kravet om rehabilitering uavhengig av kva økonomi kommunen sit med.

Signifikansnivået basert på kji-kvadratet er ,495, så skilnaden i utvalet kan ikkje generaliserast til heile populasjonen.

		Økonomi		Total
		0 - 52 447	52 447 - 90 000	
Kommunen har greidd å sette i gang kravet om rehabiliteringstilbod ut frå samhandlingsreforma.	Heilt usamd - Delvis usamd	23,8	10,0	17,1
	Korkje usamd eller samd	14,3	15,0	14,6
	Delvid samd - Heilt samd	61,9	75,0	68,3
Antall kommunar som har svart		21	20	41
Total		100,0	100,0	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic
Pearson Chi-Square	1,405 ^a	2	,495
Likelihood Ratio	1,447	2	,485
Linear-by-Linear Association	1,223	1	,269
N of Valid Cases	41		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,93.

Tabell 73. Kommunen har greidd å sette i gang kravet om rehabiliteringstilbodem ut frå samhandlingsreforma/økonomi.

Ein kan lese utifrå krysstabellen at dei fleste kommunane i utvalet har lykkast med iverksettinga av rehabiliteringstilbodem, uavhengig av kva økonomien i kommunen er. Signifikansnivået basert på kji-kvadratet er ,427, så skilnaden i utvalet kan ikkje generaliserast til heile populasjonen.

		Økonomi		Total
		0 - 52 447	52 447 - 90 000	
Iverksettinga av rehabiliteringstilbodem har vore vellykka.	Heilt usamd - Delvis usamd	14,3	15,0	14,6
	Korkje usamd eller samd	38,1	20,0	29,3
	Delvid samd - Heilt samd	47,6	65,0	56,1
Antall kommunar som har svart		21	20	41
Total		100,0	100,0	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic
Pearson Chi-Square	1,701 ^a	2	,427
Likelihood Ratio	1,727	2	,422
Linear-by-Linear Association	,519	1	,471
N of Valid Cases	41		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,93.

Tabell 74. Iverksettinga av rehabiliteringstilbodet har vore vellykka/økonomi.

Utifrå desse to krysstabellane kan det sjå ut som økonomien ikkje spelar stor rolle for om ein har lykkast med iverksettinga og greidd å sette i gang rehabiliteringstilbodet, som er eit krav i samhandlingsreforma. Overvekta av kommunane i utvalet har greidd å sette i gang kravet, uavhengig av kommuneøkonomien.

Signifikansnivået basert på kji-kvadratet viser ingen statistisk signifikante forskjellar.

6.7.3 Kommunestørrelse og rehabilitering

Kommunane i utvalet har greidd å sette gang kravet om rehabiliteringstilbod uavhengig av størrelsen på kommunen.

Signifikansnivået basert på kji-kvadratet er ,381, så skilnaden i utvalet kan ikkje generaliserast til heile populasjonen.

		Kommunens innbyggartall		Total
		0 - 6 091	6 091 - 200 000	
Kommunen har greidd å sette i gang kravet om rehabiliteringstilbod ut frå samhandlingsreforma.	Heilt usamd - Delvis usamd	23,8	10,0	17,1
	Korkje usamd eller samd	9,5	20,0	14,6
	Delvid samd - Heilt samd	66,7	70,0	68,3
Antall kommunar som har svart		21	20	41
Total		100,0	100,0	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic
Pearson Chi-Square	1,929 ^a	2	,381
Likelihood Ratio	1,983	2	,371
Linear-by-Linear Association	,497	1	,481
N of Valid Cases	41		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,93.

Tabell 75. Kommunen har greidd å sette i gang kravet om rehabiliteringstilbod ut frå samhandlingsreforma/Kommunens innbyggartall.

Overvekta av kommunane i utvalet synest iverksettinga av rehabiliteringstilbodet har vore vellykka, uavhengig av kommunestørrelsen.

Signifikansnivået basert på kji-kvadratet er ,134, så skilnaden i utvalet kan ikkje generaliserast til heile populasjonen.

		Kommunens innbyggartall		Total
		0 - 6 091	6 091 - 200 000	
Iverksettinga av rehabiliteringstilbodet har vore vellykka.	Heilt usamd - Delvis usamd	23,8	5,0	14,6
	Korkje usamd eller samd	19,0	40,0	29,3
	Delvid samd - Heilt samd	57,1	55,0	56,1
Antall kommunar som har svart		21	20	41
Total		100,0	100,0	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic
Pearson Chi-Square	4,021 ^a	2	,134
Likelihood Ratio	4,289	2	,117
Linear-by-Linear Association	,519	1	,471
N of Valid Cases	41		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,93.

Tabell 76. Iverksettinga av rehabiliteringstilbodet har vore vellykka/Kommunens innbyggartall.

Utifrå krysstabellane har kommunane i utvalet greidd å sette i gang kravet, og iverksettinga av rehabiliteringstilbodet har vore vellykka uavhengig av kommunestørrelse. Signifikansnivået basert på kji-kvadratet viser her ingen statistisk signifikans.

6.8 Generell vurdering

Viser at overvekta av dei kommunane som har svart, synest det er krevjande og vanskeleg å få sett i gang krava frå samhandlingsreforma i kommunen.

	Heilt usamd	Delvis usamd	Korkje usamd eller samd	Delvis samd	Heilt samd	Total (N)
Samhandlingsreformas krav er krevjande og vanskeleg å få sett i gang i kommunen.	7,9	28,9	23,7	31,6	7,9	38

Tabell 77. Samhandlingsreformas krav er krevjande og vanskeleg å få sett i gang i kommunen.

6.8.1 Geografisk plassering og generell vurdering

Ein kan lese utifrå tabellen at kommunane i utvalet synest det er litt meir krevjande å sette i gang krava frå samhandlingsreforma i aust enn i vest, sjølv om det er ein del både i vest og aust som ikkje er samde i at det er krevjande og vanskeleg å få sett i gang krava i samhandlingsreforma.

Signifikansnivået basert på kji-kvadratet er ,294, så skilnaden i utvalet kan ikkje generaliserast til heile populasjonen. Det er heile 29,4 % sannsyn for å avvise ein riktig nullhypotese.

		Plassering geografisk		Total
		Vest	Aust	
Samhandlingsreformas krav er krevjande og vanskeleg å få sett i gang i kommunen.	Heilt usamd - Delvis usamd	33,3	41,2	36,8
	Korkje usamd eller samd	33,3	11,8	23,7
	Delvid samd - Heilt samd	33,3	47,1	39,5
Antall kommunar som har svart		21	17	38
Total		100,0	100,0	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,451 ^a	2	,294
Likelihood Ratio	2,587	2	,274
Linear-by-Linear Association	,042	1	,839
N of Valid Cases	38		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,03.

Tabell 78. Samhandlingsreformas krav er krevjande og vanskeleg å få sett i gang i kommunen/Plassering geografisk.

6.8.2 Kommuneøkonomi og generell vurdering

Utifrå krystabellen er det ei overvekt av kommunar i utvalet som synest det er krevjande og vanskeleg å sette i gang krava i samhandlingsreforma. Det som utmerker seg i tabellen er at dei kommunane som har lågast inntekt per innbyggjar, òg har ein del svarprosent på at det ikkje er så krevjande og vanskeleg å sette i gang krava.

Signifikansnivået basert på kji-kvadratet er ,136, så skilnaden i utvalet kan ikkje generaliserast til heile populasjonen.

		Økonomi		Total
		0 - 52 447	52 447 - 90 000	
Samhandlingsreformas krav er krevjande og vanskeleg å få sett i gang i kommunen.	Heilt usamd - Delvis usamd	47,4	26,3	36,8
	Korkje usamd eller samd	10,5	36,8	23,7
	Delvid samd - Heilt samd	42,1	36,8	39,5
Antall kommunar som har svart		19	19	38
Total		100,0	100,0	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic
Pearson Chi-Square	3,987 ^a	2	,136
Likelihood Ratio	4,168	2	,124
Linear-by-Linear Association	,302	1	,582
N of Valid Cases	38		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,50.

Tabell 79. Samhandlingsreformas krav er krevjande og vanskeleg å få sett i gang i kommunen/Økonomi.

6.8.3 Kommunestørrelse og generell vurdering

I dei store kommunane i utvalet synest fleirtalet at det ikkje er krevjande og vanskeleg å sette i gang krava frå samhandlingsreforma, men det er ein stor svarprosent på 44,4 % som

synest det er krevjande blant dei store kommunane. I dei små kommunane i utvalet er størstedelen verken usamde eller samde i om det er krevjande og vanskeleg, men det er ein svarprosent på 35 % av dei som synest det er det.

Det er litt forskjell mellom storleiken på kommunane, men ein kan tolke utifrå tabellen at det er fleire som synest det er krevjande og vanskeleg uavhengig av kommunestorleik.

Signifikansnivået basert på kji-kvadratet er ,037, så her viser det seg at det er ein klar statistisk signifikans mellom små og store kommunar. Store kommunar skil seg ut ved at ein stor svarprosent svarar at dei er usamde i påstanden om at det er krevjande og vanskeleg å sette i gang krava frå samhandlingsreforma i kommunen. Variansanalysen viser ingen forskjell mellom gruppene, med ein signifikans på ,595.

		Kommunens innbyggartall		Total
		0 - 6 091	6 091 - 200 000	
Samhandlingsreformas krav er krevjande og vanskeleg å få sett i gang i kommunen.	Heilt usamd - Delvis usamd	25,0	50,0	36,8
	Korkje usamd eller samd	40,0	5,6	23,7
	Delvid samd - Heilt samd	35,0	44,4	39,5
Antall kommunar som har svart		20	18	38
Total		100,0	100,0	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic
Pearson Chi-Square	6,567 ^a	2	,037
Likelihood Ratio	7,318	2	,026
Linear-by-Linear Association	,293	1	,588
N of Valid Cases	38		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,26.

		ANOVA				
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Samhandlingsreformas krav er krevjande og vanskelig å få sett i gang i kommunen.	Between Groups	,229	1	,229	,287	,595
	Within Groups	28,744	36	,798		
	Total	28,974	37			

Tabell 80. Samhandlingsreformas krav er krevjande og vanskeleg å få sett i gang i kommunane/Kommunens innbyggartall.

6.9 Samanfating av bivariat analyse

Det kjem fram av analysen at fleirtalet av kommunane i utvalet har kompetanseplan, at ansvarsfordelinga kjem tydeleg fram i han, at han blir brukt aktivt, og at kompetansen er kartlagt. Dette er uavhengig av kor kommunane ligg i landet, kommunestørrelse og økonomi.

Kommunane i utvalet har god dekning av sjukepleiarar og også sjukepleiarar som er kvalifiserte til å jobbe ved ein ØH-post.

Fleirtalet av kommunane i utvalet har lykkast med å heve kompetansen på akuttsjukepleie gjennom vidareutdanning. Det blir satsa mest på vidareutdanning av sjukepleiarar som alt er tilsette i kommunane, sjølv om det er nokre kommunar som satsar på å heve kompetansen ved å rekrutterte den kompetansen som trengst. Sjukepleiarane ute i kommunane viser interesse for å vidareutdanne seg innanfor akuttsjukepleie uavhengig av plasseringa, økonomien og størrelsen til kommunane i utvalet.

Når det gjeld rekruttering av sjukepleiarar med den kompetansen som trengst, prioriterer kommunane i utvalet i aust, dei med lågast økonomi og dei store kommunane å rekruttere sjukepleiarar med den kompetansen som trengst. Størstedelen av kommunane i utvalet synest det er vanskeleg å rekruttere sjukepleiarar til kommunane uavhengig av geografisk plassering, økonomi og størrelse på kommunane.

Utifrå analysen har kommunane i utvalet utstyr og eigna lokale til ein ØH-post. Det viser seg at ØH-posten blir knytt til sjukeheimen i fleirtalet av kommunane, uavhengig av geografisk plassering, økonomi og kommunestørrelse.

Kommunane i utvalet synest dei har greidd å sette i gang kravet om rehabiliteringstilbodet, og iverksettinga har vore vellykka uavhengig av plassering, økonomi og kommunestørrelse. Utifrå analysen kjem det fram at kommunane i utvalet har valt å samarbeide med nærliggande kommunar. Det er litt forskjellar i korleis samarbeidet skal vere, og det går på kor ØH-posten skal ligge. I vest vel overvekta å legge ØH-posten i ein nærliggande kommune, i aust vel dei å legge han i sin eigen kommune. Utifrå økonomi er det dei med dårlegast økonomi som vel å legge ØH-posten i sin kommune, og dei med best økonomi vel å legge posten i ein nærliggande kommune. Utifrå kommunestørrelse legg dei små kommunane i utvalet ØH-posten til ein nærliggande kommune, og dei store vel å ha ØH-posten i sin kommune.

Det er overvekt av kommunar i utvalet som synest det er krevjande og vanskeleg å sette i gang krava i samhandlingsreforma uavhengig av den geografiske plasseringa, økonomien og kommunestørrelsen.

7 Korleis førebur kommunane seg på å implementere ØH-kravet i samhandlingsreforma med tanke på kompetanseheving?

Velferdsstaten Noreg har ei nemning på å garantere medlemmene av samfunnet hjelp viss dei kjem ut for helsesvikt (Kjølsrød, 2005). Prinsippet i forvaltningssaker og hovudtanken bak velferdspolitikken er òg at alle skal behandlast likt (Hatland, 2011).

Måten den offentlege sektoren er driven på, har vorte kritisert, og dette har ført til at reformer er sette i verk. Kritikken har stort sett handla om effektivitet, byråkrati, høge kostnader og dårleg kvalitet på tenestene (Stamsø, 2009).

7.1 Kva kompetansebehov har kommunane?

Det er nedfelt i samhandlingsreforma at ein skal ha kompetansen på plass i kommunane for å sette i gang krava i reforma. Helsedirektoratet bygger opp om dette med at det er kommunen som må sørge for nødvendig opplæring av personell, ha planar og rutinar for undervisning og hospitering, rettleiing og praktiske øvingar (Helsedirektoratet, 2014). Ellingsen (2013) skriv i oppgåva si at det kjem fram ved intervju av pleie- og omsorgsleiarar at kommunane ser behovet for å auke kompetansen når det gjeld akuttsjukepleie, og at dei er opptekne av å heve kompetansen.

7.1.1 Sjukepleiedekning

I frekvensanalysen som er gjort om korleis sjukepleiedekninga er i kommunane, kjem det fram at kommunane har god sjukepleiedekning. Overvekta av svar ligg på at dei er einige i at dekninga er god, og dei har god tilgang på sjukepleiarar med rett kompetanse til å starte opp ein ØH-post.

Det er ingen forskjellar i svara når ein set sjukepleiedekning opp mot geografisk plassering. Her svarar overvekta både i aust og i vest at sjukepleiedekninga er god, og dei har òg god tilgang på sjukepleiarar med rett kompetanse. Utifrå signifikansnivået basert på kji-kvadratet ved påstanden om kommunane har god tilgang på sjukepleiarar som er kvalifiserte til å jobbe ved ein ØH-post, viser det seg ein svak signifikans. Dette underbygger variansanalysen. Aust har betre tilgang på sjukepleiarar som er kvalifiserte til å jobbe ved ein ØH-post.

Når det gjeld store og små kommunar, er det overvekta for at dei har god sjukepleiedekning, uavhengig av kommunestørrelse. Det er heller ingen forskjellar når det gjeld kvalifiserte

sjukepleiarar for ein ØH-post; tilgangen er her god for fleirtalet av kommunane. Det viser seg at det er ein statistisk signifikans mellom dei små og store kommunane når det gjeld tilgang på kvalifiserte sjukepleiarar til ein ØH-post. Variansanalysen underbygger at det er forskjellar mellom gruppene. Store kommunar har betre tilgang på sjukepleiarar enn små kommunar. Det viser seg ingen forskjellar mellom dei to gruppene når det gjeld om dei har god tilgang på sjukepleiarar utifrå størrelsen på kommunane. I analysen etter Nav-reforma var ein av påstandane at små kontor ville gi svake faglige miljø, og at det ikkje er mogleg å ha fullgod kompetanse innanfor alle Nav-tilboda. Analysen viser at det var i dei mindre kommunane Nav-kontora fungerte og oppnådde best resultat (Andreassen & Aars, 2015). Det motsette kjem fram i analysen av ØH-posten; her er det dei store kommunane som har den beste tilgangen på kompetanse. Men om dei har lykkast meir enn dei små kommunane, er det for tidleg å sjå.

Når det gjeld kommuneøkonomi, viser det seg at kommunane har god sjukepleiedekning, men det er ein forskjell på om dei har sjukepleiarar som er kvalifiserte til å jobbe på ein ØH-post. Det viser seg ein statistisk signifikans utifrå signifikansnivået basert på kji-kvadratet ved tilgangen på sjukepleiarar som er kvalifiserte til å jobbe ved ein ØH-post. Dette underbygger variansanalysen. Utifrå analysen har kommunane med lågast inntekt i utvalet betre tilgang på sjukepleiarar som er kvalifiserte til å jobbe ved ein ØH-post.

7.2 Kva tiltak blir sette i verk for å auke kompetansen?

Ovanfrå-og-ned-tilhengarar viser til at politikken bygger på ein gyldig teori som held seg til korleis oppfatningane til dei ikkje-offentlege aktørane er i forhold til den politikken som blir utført. Dei legg vekt på at politikken bygger på ein administrativ og det ein kallar ein substantiv teori – ein teori som tek for seg kva tiltak som må settast i verk for å kunne løyse det samfunnsproblemet politikken er retta mot. Men som Offerdal (2000) skriv, er det ingenting som seier kva som må gjerast for å greie å sette tiltaka ut i verk.

Samhandlingsreforma gir utfordringar og konsekvensar som det er vanskeleg å føresjå fullt ut, sjølv om nokre rammeføresetnader er skisserte (Uleberg & Bjørnsen, 2011). Ein kan ikkje sette i gang med eit ØH-tilbod i kommunane utan at det er kompetanse på plass som kan ta seg av dei enkelte kasusa.

7.2.1 Kompetanseplanlegging

I frekvensanalysen kjem det fram at fleirtalet av respondentar i undersøkinga har kompetanseplan. For å planlegge og sette i verk fagutvikling i kommunane er kompetanseplanar eit nyttig hjelpemiddel. Det er eit verktøy som gjer at ein kan skaffe seg ei oversikt over kva kompetanse ein har, og kva ein må skaffe (Løvsletten, 2013).

På spørsmålet om det kjem tydeleg fram i kompetanseplanen kven som har ansvaret for å gjennomføre dei ulike tiltaka i planen, svarar fleirtalet at dette kjem tydeleg fram i deira kompetanseplan. Løvsletten (2013) skriv om kor viktig det er at det i ein kompetanseplan kjem tydeleg fram kven som har ansvaret for å gjennomføre dei ulike tiltaka i planen.

Det er òg eit fleirtal som synest kompetanseplanen blir brukt aktivt i kommunen. Dette kan vise tilbake på det Offerdal (2000) skriv om at iverksetting har fått auka relevans til kommunal politikk og forvaltning. Han meiner det er fleire grunnar til dette, som forandringar som har skjedd for stat og kommune, som kommunal vekst, profesjonalisering av organisasjonane i kommunane og endring i samarbeidet mellom politikk og administrasjon i kommunane. Politikken som blir sett i verk, her samhandlingsreforma, blir påverka av dei som skal sette han i verk. På bakgrunn av iverksettinga av Nav-reforma vil ein konkludere med at sentral styring er mogleg, men politisk styring er vanskeleg. Ved Nav-reforma var det ikkje den politiske reforma som lykkast, det var reforma til dei som sette henne i verk, der dei omforma reforma etter sin organisasjon (Andreassen & Aars, 2015).

Det kjem fram i frekvensanalysen at kommunane har kartlagt kompetansen til sjukepleiarane sjølv om dei ikkje har kompetanseplan. Det viser at kommunane eigentleg har ei kompetanseoversikt sjølv om dei ikkje brukar ein fastlagt plan. I Helsedirektoratet (2014) står det at kommunane har plikt til å sørge for nødvendig opplæring av personell, ha planar og rutinar for undervisning, rettleiing og praktisk trening. Kommunane har teke dette på alvor og kartlagt og gjort grep for få oversikt over kva kompetanse dei sit med i kommunen sin. Her har det vore ein nedanfrå-og-opp-prosess der ein har fått informasjon nedanfrå om kva kompetanse ein har til rådighet, for å kartlegge ressursen ein sit med før ein set i gang med tiltak for å nå krava i reforma.

Den bivariante analysen underbygger funna i frekvensanalysen med at det viser seg at det er eit fleirtal som har kompetanseplan, det kjem tydeleg fram kven som har ansvaret i planen, og han blir brukt aktivt. Sjukepleiedekninga i kommunane er kartlagt. Som Offerdal (2000) skriv, er det viktig i ein iverksettingsprosess at prosessar går både ovanfrå og ned, og

nedanfrå og opp. Det er viktig at politikken som skal gjennomførast, er under utvikling heile tida, med eit samspel mellom intensjonane og realitetane. Her viser det seg at det har vore ein prosess nedanfrå og opp og ikkje berre ovanfrå og ned. Kommunane har vore ned i organisasjonane og kartlagt kva kompetanse dei har til rådvelde i sin kommune. Det viser seg heller ingen store forskjellar i svarprosent opp mot geografisk plassering og økonomi. For både store og små kommunar ser det ut til at dei har kontroll på kompetanseplanlegginga. Det er ingen store forskjellar mellom store og små kommunar, men det slår ut ein svak forskjell ved signifikansnivået basert på kji-kvadratet på om kommunane har kompetanseplan utifrå om dei er store eller små kommunar. Det er fleire store kommunar enn små som svarar at dei har kompetanseplan, og dette underbygger variansanalysen. Kan det tenkast at dei små kommunane har så tett dialog, og at dei er så gjennomsiklige at dei har oversikta over tilgangen på kompetansen i kommunane sine utan at dei treng kompetanseplan? Ved Nav-reforma såg ein at små kontor klarte å utnytte den utvida kompetansen betre, og dei fekk til eit betre samarbeid (Andreassen & Aars, 2015). Utifrå analysane viser det seg at overvekta av kommunane har kontroll på kompetansen i kommunen.

7.2.2 Kompetanseheving

I frekvensanalysen viser det seg at overvekta av respondentane har satsa på å heve kompetansen til sjukepleiarane i kommunen. Om dei har lykkast med å heve kompetansen gjennom ny rekruttering, er meir uvisst, sidan den største svarprosenten er verken samd eller usamd i om dei har lykkast. Men det er fleire som meiner dei har lykkast enn som ikkje meiner dei har lykkast med nyrekruttering. Overvekta av respondentar satsar på vidareutdanning av allereie tilsette sjukepleiarar, og fleirtalet av respondentane synest sjukepleiarane viser stor interesse for vidareutdanning retta mot akuttsjukepleie i kommunen.

Den bivariate analysen viser at det i både aust og vest blir satsa mest på å vidareutdanne dei sjukepleiarane som alt er tilsette i kommunen. Det ser ut til at interessa er stor for vidareutdanning frå sjukepleiarane si side i kommunane. Dei fleste synest dei har lykkast med å heve kompetansen, men det kan òg lesast utifrå variansanalysen at vest har lykkast meir enn aust med å heve kompetansen på akuttsjukepleie gjennom vidareutdanning. Når ein ser på økonomi, har begge gruppene lykkast med å heve kompetansen gjennom

vidareutdanning. Kommunane med lågast inntekt per innbyggjar har lykkast meir innanfor kompetanseheving. Dei med låg økonomi har òg satsa på rekruttering av nye folk med rett utdanning. Det blir jamt over satsa på vidareutdanning av alt tilsette sjukepleiarar i kommunane. Det ser ut til at sjukepleiarane i kommunane viser interesse for å vidareutdanne seg uavhengig av økonomien i kommunane. Det kan sjå ut som kommunane er tidleg ute med å førebu seg på ØH-posten med kompetanseheving. Det er òg forankra i Helsedirektoratet (2014) sine forskrifter at dette er kommunane sitt ansvar.

Signifikansnivået basert på kji-kvadratet viser ingen statistisk signifikans på om kommunane har lykkast med å heve kompetansen ved vidareutdanning, ved nyrekruttering og om sjukepleiarane i kommunane viser interesse for vidareutdanning. Men signifikansnivået basert på kji-kvadratet viser at det er forskjellar utifrå økonomi når det gjeld om det blir satsa på vidareutdanning av sjukepleiarar som er tilsette i kommunane. Utifrå analysen ser det ut til at kommunane med lågast inntekt satsar meir på vidareutdanning av sjukepleiarane som alt er tilsette i kommunen. I variansanalysen slår det ikkje ut med nokon signifikante forskjellar. Kan det vere at kommunane med lågast økonomi satsar på vidareutdanning av alt tilsette sjukepleiarar i kommunen på grunn av at dei har gode stabile sjukepleiarar med god kompetanse som berre treng kursing for å vere kvalifiserte til å jobbe på ein ØH-post, og at dette er det mest økonomiske tiltaket for dei kommunane som har dårlegast økonomi?

Når det gjeld store og små kommunar er det ganske likt i spørsmålet om dei lykkast med å heve kompetansen med vidareutdanning. Dei små kommunane har ikkje lykkast med nyrekruttering av sjukepleiarar med rett kompetanse, utifrå svarprosenten. Dei store kommunane er den største svarprosenten på at dei er korkje usamde eller samde, men det er ein god del store kommunar som har lykkast med å heve kompetansen på akuttjukepleie gjennom nyrekruttering. Det blir satsa på vidareutdanning på alt tilsette sjukepleiarar i både små og store kommunar. Det er ein liten forskjell på store og små kommunar når det gjeld interessa sjukepleiarane i kommunen viser for vidareutdanning. Her er det litt mindre interesse i dei små kommunane. Det er ingen av desse punkta som er statistisk signifikante – det er ingen forskjellar mellom dei to gruppene utifrå kommunestørrelsen.

Kompetanseløftet 2015 er kompetanse- og rekrutteringsplanen til regjeringa for dei kommunale omsorgstenestene. Kompetanseløftet inneheld strategiar og tiltak som skal bidra til å sikre tilstrekkeleg, kompetent og stabil bemanning i omsorgstenestene.

Kompetanseløftet er forankra i St.meld. nr. 25 (2005–2006) som ein delplan under Omsorgsplan 2015. Å styrke den faglege kompetansen er ein av dei viktigaste strategiane for å sikre kvaliteten på tenestetilbodet. Det er også ein nødvendig føresetnad i det langsiktige arbeidet med å sikre god ressursutnytting. Det kan utifrå analysen sjå ut som at kommunane er godt førebudde når det gjeld å heve kompetansen for å sette i gang eit tilbod om ØH-post i kommunane.

7.2.3 Rekruttering

Det viser seg at utifrå frekvensanalysen er det fleire av respondentane som satsar på å rekruttere sjukepleiarar utanfrå kommunen med den kompetansen dei treng. Det er òg ei overvekt av respondentar som synest det er vanskeleg å rekruttere nye sjukepleiarar til kommunen. Det viser seg at undersøkinga mi kjem ut med den same oppfatningane som Ellingsen (2013) skriv, at kommunane er opptekne av å rekruttere personell og dermed få auka kompetansen.

Ved rekruttering opp mot kommuneplassing ser det ut til at fleirtalet av kommunane i aust prioriterer å rekruttere sjukepleiarar med kompetanse som trengst innan ØH-posten utanfor sin eigen kommune. Det er dei i aust som svarar med størst prosentdel at det er vanskeleg å rekruttere sjukepleiarar til kommunen. I vest seier den største prosentdelen at det er vanskeleg å rekruttere, men her er det òg ein del kommunar som ikkje synest det er vanskeleg å rekruttere nye sjukepleiarar til kommunen. Signifikansnivået basert på kji-kvadratet viser at det er ein statistisk signifikant forskjell mellom aust og vest når det gjeld å rekruttere sjukepleiarar med rett kompetanse til å jobbe ved ein ØH-post. Det er fleire av utvalet i aust enn i vest som utifrå analysen meiner at kommunen satsar på rekruttering av sjukepleiarar utanfrå med den kompetansen som trengst ved ØH-posten. Dette underbygger variansanalysen. Det er ingen signifikante forskjellar mellom aust og vest på påstanden om at det er vanskeleg å rekruttere sjukepleiarar til kommunen.

Styrken til nedanfrå-og-opp-tilnærminga ligg i at ho rettar seg mot den substansielle teorien. Teorien rettar seg mot korleis politikk kan utformast slik at effekten blir som ønskt, og at han har ein metode som viser iverksettingsstrukturane. Nav-reforma var bygd opp på ei avgjerd om at planlagd endring ovanfrå og ned var mogleg, men slik gjekk det ikkje ved denne reforma. Resultatet av reforma vart ikkje heilt slik politikarane hadde ønskt. Det viser at organisatoriske reformer må settast i verk ved tilpassing til det alt etablerte området ute i

organisasjonane. Det kjem òg fram av analysen at for å lykkast må ei reform skje med små steg. Reformar bør bestå av små endringar av den etablerte organisasjonen og gi rom for at ein kan tilpasse reforma til den etablerte organisasjonen lokalt. Grunngivinga er at avgjerdene som blir tekne, må skje i små steg om gongen (Andreassen & Aars, 2015).

Larsen (2011) meiner ein ikkje kan realisere ØH-postar i kommunane viss ein ikkje kan sikre at nødvendig kompetanse og kapasitet er på plass. Det vil ikkje vere mogleg å flytte oppgåver frå spesialisthelsetenesta til kommunehelsetenesta før ein har den nødvendige kompetansen på plass.

Det viser seg at dei kommunane som har best økonomi, ikkje synest det er vanskeleg å rekruttere sjukepleiarar, og dette kan ha samband med at det ser ut til at dei ikkje prioriterer å rekruttere nye sjukepleiarar med den kompetansen dei treng. Kommunane med lågare økonomi legg større vekt på å rekruttere sjukepleiarar med den kompetansen som trengst, men dei synest òg det er vanskelegare å rekruttere nye sjukepleiarar. Under punktet som spør om kommunane satsar på rekruttering, er det ein statistisk signifikans mellom dei to gruppene utifrå signifikansnivået basert på kji-kvadratet. Utifrå analysen er det fleire kommunar med låg inntekt som er samde i at kommunen satsar på rekruttering av sjukepleiarar utanfrå med kompetansen som trengst, og variansanalysen underbygger dette. På spørsmålet om det er vanskeleg å rekruttere sjukepleiarar til kommunen er det ingen statistisk signifikante forskjellar utifrå kommuneøkonomien.

Når ein ser på store og små kommunar opp mot rekruttering, satsar dei store kommunane på rekruttering av sjukepleiarar med kompetansen som trengst ved ein ØH-post utanfrå kommunen. Dei synest òg klart at det er vanskeleg å rekruttere sjukepleiarar til kommunen. Informantane til Ellingsen (2013) gir uttrykk for at rekruttering av folk med rett kompetanse er ei av dei største utfordringane for kommunen i samband med samhandlingsreforma. Dei små kommunane satsar mindre på rekruttering utanfrå kommunen, og dei er delte i spørsmålet om det er vanskeleg å rekruttere sjukepleiarar til kommunen.

Det er statistisk signifikante forskjellar både ved signifikansnivået basert på kji-kvadratet og variansanalysen utifrå påstanden om at kommunen satsar på rekruttering av sjukepleiarar utanfrå med kompetansen som trengst ved ØH-posten. Store kommunar satsar meir på rekruttering av sjukepleiarar utanfrå med den kompetansen som trengst ved ein ØH-post, enn dei små kommunane i utvalet. Når det gjeld om det er vanskeleg å rekruttere sjukepleiarar er det ingen statistisk signifikante forskjellar mellom små og store kommunar.

7.3 Har kommunane utstyret og lokala som trengst for å implementere eit ØH-tilbod i kommunen?

Samhandlingsreforma inneheld mange gode mål, men er basert på ei tru om korleis tiltaka kan verke. Dei pasientane som er utskrivingsklare frå spesialisthelsetenesta og oppbygging av sjukeheimane er tiltak som ein kunne sette i verk utan den store reforma. Å styre innleggingar i spesialisthelsetenesta kan bli vanskeleg, og førebygginga må ein først og fremst plassere sentralt for å få effekt (Rasmussen, 2012). Ein har ikkje trengt dei store oppjusteringane utifrå krav om tidleg tilbakeføring av pasientar til kommunane og førebygging, men når ein skal sette i gang ein heilt ny post trengst det utstyr og lokale. Det blir ei annleis utfordring.

Ved frekvensanalysen om kommunane har utstyr og eigna lokale til ØH-posten er det flest svar frå respondentane at dei har både utstyr og lokale tilgjengeleg. Det er òg ei overvekt av respondentane som legg ØH-posten til sjukeheimen. Meter og Horns har ei oppfatning om at ein iverksettingsprosess må ha klare mål, slik at dei som skal gjennomføre han, forstår tiltaka, og kvifor dei blir sette i verk, og det må vere ressursar tilgjengeleg for å kunne gjennomføre tiltaka (Kjellberg & Reitan, 2003). Det viser seg her at dei i kommunane som set i verk tiltaka, meiner dei har nødvendig utstyr for å realisere ØH-kravet på ein forsvarleg måte. Nedanfrå-og-opp-tilnærminga søker og etter betre praksis når ho tillèt stort handlingsrom overfor forvaltninga og understrekar at ein må ta omsyn til at iverksetting skjer som eit samspel mellom det offentlege og samfunnet. Kvar enkelt kommune skal legge til rette for ØH, men vel det som er til beste for kommunen, ved å legge ØH til sjukeheim eller legesenter, eller slå seg i lag med nabokommunar. Det blir hevda at ovanfrå-og-ned-tilnærminga er ein metode som søker etter å forbetre praksis, mens nedanfrå-og-opp-tilnærminga beskriv det som skjer når offentleg politikk blir sett ut i verk (Offerdal, 2000). Hagen (2012) meiner ein treng ein sterk kommune som driv med kontinuerleg kvalitetsutvikling av eigne prinsipp for å lykkast (Hagen, 2012).

Det viser seg utifrå bivariatanalysen at det er ingen store skilnader i svarprosent mellom aust og vest på om dei har utstyr og lokale. Overvekta av svar ligg på at dei har både utstyr og eigna lokale tilgjengeleg. Når det gjeld kor dei har valt å lagge ØH-posten er overvekta av svara sjukeheim, både i aust og i vest.

Når ein ser på kommunane utifrå økonomi, er det ei overvekt av respondentar som har utstyr og lokale tilgjengelig. Størstedelen av respondentane legg ØH-posten til sjukeheimen i

kommunen. For dei med høgst inntekt per innbyggjar er svarprosenten størst på korkje usamd eller samd i om dei har eigna lokale, men her ligg òg det eigna lokalet dei har til rådvelde på ein sjukeheim. Signifikansnivået basert på kji-kvadratet viser at det er ein svak forskjell mellom dei to gruppene utifrå om dei har eigna lokale til rådighet. Kommunane med lågast økonomi har betre tilgang på godt eigna lokale til ØH-posten enn kommunane med høg økonomi. Variansanalysen underbygger dette.

Utifrå kommunestørrelse har overvekta av respondentar svart at dei har utstyr og eigna lokale, og at ØH-posten blir lagt til ein sjukeheim.

Mozmanians og Sabatiers er òg tilhengarar av ovanfrå-og-ned-tilnærminga. Dei meiner at det er eit vedtak som er utgangspunktet for ein iverksettingsprosess, og det er kanskje desse to som fokuserer mest på det overordna styringsperspektivet med hierarkisk integrasjon, lojalitet frå aktørane og det at det heile er forankra i eit lovvedtak. Frå deira ståstad er det ikkje snakk om nokon iverksettingsprosess utan eit lovvedtak (Kjellberg & Reitan, 2003).

I samhandlingsreforma er det sett klare mål for kva som skal vere tilbodet til befolkninga i kommunane, men kommunane står fritt til å organisere seg imellom korleis dei skal løyse tiltaka på best mogleg måte økonomisk og praktisk. Det blir utfordrande å sikre like tenester til befolkninga i alle kommunane og vanskeleg å finne tilstrekkelege verkemiddel til å gjennomføre samhandlingsreforma slik ho er tenkt frå statleg hald (Larsen, 2011).

Hovudtanken bak velferdspolitikken er akkurat det at ein skal unngå urimeleg forskjellsbehandling av folk. Og det grunnleggande prinsippet i forvaltningssaker er at alle skal behandlast likt (Hatland, 2011). Det kan vere at dei kommunane som har høgst inntekt per innbyggjar, synest det er vanskeleg å finne verkemiddel til å gjennomføre ØH-kravet når det gjeld utstyr og lokale.

7.4. Interkommunalt samarbeid

Frekvensanalysen viser at det er eit fleirtal av respondentane som har valt å slå seg saman med nærliggande kommunar for å greie å gjennomføre ØH-kravet. Overvekta av samarbeidet respondentane har med nærliggande kommunar er at ØH-posten blir liggande i kommunen dei samarbeider med.

Både fleirtalet av respondentar i aust og i vest vil slå seg i saman med nærliggande kommunar for å utføre ØH-kravet, men i vest går dei fleste samarbeida ut på at ØH-posten blir liggande i ein nærliggande kommune, mens ein i aust har valt å ha ØH-posten i sin eigen

kommune.

I stortingsmeldinga om samhandlingsreforma, St.meld. nr. 47 (2008–2009), legg ein til grunn at kommunane sjølve må finne fram til eigne samarbeidsformer for å sikre at ressursar og kompetanse blir utnytta på best mogleg måte. Meldinga legg vekt på at ny kommunal helse- og omsorgstenestelov vil bygge på ein føresetnad om at kommunar i nødvendig utstrekning inngår samarbeid om dei nye aktuelle oppgåvene som følgjer av reforma.

Det skal vere opp til kommunane å finne fram til kva organisasjonsformer for samarbeid som er best eigna. Det blir vist til at interkommunalt samarbeid kan organiserast etter kommunelova § 27, som interkommunalt selskap, aksjeselskap, vertskommunemodell eller etter ein samkommunemodell (St.meld. nr. 47 [2008–2009]).

I Innst. nr. 212 S (2009–2010) om samhandlingsreforma gir komiteen si støtte til at kommunar i nødvendig grad inngår samarbeid for å kunne oppnå dei ønskete helsemessige og samfunnsmessige fordelane ved reforma.

Økonomien til kommunen spelar ikkje inn i kva kommunane har valt når det gjeld samarbeid med andre kommunar. Det viser seg her at fleirtalet av respondentane vel å samarbeide med nærliggande kommunar uavhengig av økonomi. Ved spørsmål om korleis samarbeidet med andre kommunar er, er det dei med høgst inntekt per innbyggjar som har valt å legge ØH-posten til kommunar dei samarbeider med. Dei kommunane som har lågast inntekt per innbyggjar, har valt å legge ØH-posten i sin eigen kommune. Det ser ut til at dei små kommunane har valt å samarbeide med nærliggande kommunar, og ØH-posten blir liggande i ein av dei kommunane dei har valt å samarbeide med. Det viser seg at det er forskjellar mellom dei to gruppene utifrå økonomi når det gjeld kor dei ønsker å legge ØH-posten, og dette underbygger variansanalysen.

Dei store kommunane har valt å slå seg saman med nærliggande kommunar, og dei har valt å ha ØH-posten i sin kommune. Her er det ingen signifikante forskjellar opp mot kommunestørrelse når det gjeld om kommunane vil slå seg saman med nærliggande kommunar for å greie ØH-kravet. I spørsmålet om korleis kommunane vil samarbeide med dei andre kommunane, slår signifikansnivået basert på kji-kvadratet ut, og variansanalysen slår ut med ein svak signifikans. Det viser seg at små kommunar vel å legge ØH-posten i ein nærliggande kommune, mens store kommunar vel å legge ØH-posten i sin eigen kommune. Her er det statistisk signifikante forskjellar mellom små og store kommunar.

7.5 Har kommunane lykkast med å implementere tidlegare krav utifrå samhandlingsreforma?

For å få til ein iverksettingsprosess er det viktig at prosessane går både ovanfrå og ned og nedanfrå og opp. Det er viktig at politikken som skal gjennomførast, er under utvikling heile tida, med eit samspel mellom intensjonane og realitetane.

Richard Elmore har ein teori som han har kalla «forward and backward mapping». I forward-metoden prøver ein å styre utifrå ovanfrå-og-ned-tilnærminga med den kunnskapen ein har på eit visst tidspunkt. Backward-metoden tek utgangspunkt i samfunnsproblema, og ein forsøker å komme fram til kva tiltak det offentlege må sette i gang for å kunne løyse samfunnsproblemet, for så å formidle dette oppover til dei overordna i organisasjonen (Offerdal, 2000).

7.5.1 Rehabilitering

Utifrå frekvensanalysen viser det seg at respondentane synest dei har greidd å sette i gang kravet om rehabilitering i kommunen. Dei synest òg at dei har lykkast med å sette i verk tiltaket.

Offerdal (2000) meiner ei vellykka iverksetting oppstår dersom organisasjonspraksis samsvarar med dei sentralt vedtekne måla. Nye tiltak kan stride mot dei grunnleggande forventningane og verdiane i organisasjonen, og ein får då motstand frå medlemmane i organisasjonen, som vil verne om verdiane sine. Er tiltaka lik dei grunnleggande forventningane og verdiane til organisasjonen, vil iverksettinga lykkast. Innanfor denne tilnærminga er det føresett at ein kan trekke eit klart skilje mellom eit vedtak og iverksettinga av det, og tilsvarande eit skilje mellom politikk og administrasjon, som i Indre Sogn, der dei har jobba mot ØH-tiltaket over nokre år. Her er dei alt på god veg mot å vere godt rusta med kompetansen på plass før tiltaket blir sett i verk. Der har det vore ein plan frå kommunen si side å heve kompetansen til sjukepleiarane retta inn mot akuttsjukepleie for å kunne sette ØH-tiltaket i verk. Ein har fått med seg organisasjonen og jobba med verdiane og fått profesjonane med seg på å løyse reformkrava på ein god måte (Sogn lokalmedisinske senter, 2012).

Det kan sjå ut til at dei fleste kommunane planlegg og set i gang tidleg for å greie å sette den nye reforma i verk på ein god måte, ved å vere tidleg ute med å implementere forandringane som trengst før reforma blir sett ut i full drift.

Ved den bivariate analysen opp mot geografisk plassering viser det seg at fleirtalet av respondentar både i aust og vest synest dei har greidd å sette i gang kravet om eit rehabiliteringstilbod, og at iverksettinga har vore vellykka.

Det viser seg at økonomi ikkje spelar inn på om ein har greidd å sette i gang tilbodet, og om ein har lykkast. Fleirtalet har greidd å sette i gang rehabiliteringstilbodet og lykkast med iverksettinga uavhengig av økonomi.

For både store og små kommunar er svarprosenten størst på at dei har greidd å sette i gang rehabiliteringstilbodet og lykkast med iverksettinga.

Barrett og Fudges (Offerdal, 2000) peikar på kor viktig det er med eit samspel mellom ovanfrå-og-ned- og nedanfrå-og-opp-tilnærmingane i iverksettingsprosessen. Samarbeidet mellom dei to tilnærmingane går ut på at det skjer ei tilpassing mellom aktørane som skal forhandle om innhaldet i politikken, og den situasjonen iverksettinga skal skje i. Utifrå analysen ser det ut som tilpassinga mellom aktørane har lykkast, sidan fleirtalet har greidd å sette i verk rehabiliteringstilbodet og synest dei har lykkast med dette.

Målet må vere å få til eit kvalitativt godt tilbod nær heimen i staden for å bli send til spesialisthelsetenesta – det må vere det klart beste for den enkelte (HMT, nr. 6, 2009). Her kan det sjå ut til at iverksettinga har vore god, og at det har vore ein fin kombinasjon av samspel mellom ovanfrå-og-ned- og nedanfrå-og-opp-tilnærming, slik at ein har lykkast med å sette i verk kravet om rehabiliteringstilbodet i kommunane.

Matland (Offerdal, 2000) meiner at ein av dei situasjonane som kan prege ein iverksettingsprosess, er konkurranse frå andre iverksettingsprosessar. Ved samhandlingsreforma er det fleire krav som skal settast i gang, men det er lagt opp etter ein stegvis plan. Matland (Offerdal, 2000) meiner at det er fare for at slike parallelle iverksettingsprosessar kan fortrenge og motverke kvarandre. Utifrå analysen kan det sjå ut som dei har motsett effekt her. Kommunane synest dei har lykkast med iverksettinga av rehabiliteringstilbod i kommunen, og dette verkar det som at har ført til at dei ser meir positivt på å sette i verk neste krav i samhandlingsreforma.

7.5.2 Generell vurdering

Frekvensanalysen viser klart at respondentane synest det er krevjande og vanskeleg å få sett i gang dei krava samhandlingsreformas set til kommunane. Det viser seg utifrå bivariatanalyse at dei i aust synest det er meir krevjande og vanskeleg enn i vest.

Økonomien utgjør ingen store forskjeller; dei fleste respondentane synest det er vanskeleg og krevjande uavhengig av økonomi. Det som utmerker seg er at dei kommunane som har lågast inntekt per innbyggjar, har og ein del svar på at det ikkje er så krevjande og vanskeleg å sette i gang krava.

I kommunestørrelse er det ein del variasjon mellom kommunane, men ein kan tolke utifrå analysen at det er fleire som synest det er krevjande og vanskeleg uavhengig av kommunestørrelse. Ser ein kommunestørrelse opp mot om det er vanskeleg og krevjande å sette i gang samhandlingsreforma, er det ein signifikant forskjell utifrå signifikansnivået basert på kji-kvadratet, og dette underbygger variansanalysen. Store kommunar skil seg ut med at ein stor svarprosent svarar at dei er usamde i påstanden i at det er krevjande og vanskeleg å sette i gang krava frå samhandlingsreforma i kommunen.

Fleirtalet synest det er vanskeleg og krevjande å sette krava frå reforma ut i verk, men dei synest og at dei har greidd og lykkast med iverksettinga av krava så langt. Er det på grunn av at rehabiliteringstilbodet har vore det mest krevjande kravet så langt i samhandlingsreforma? Kommunane verkar å vere godt på veg med tilbodet om ØH-post generelt. Kanskje har dette gitt meir mot og tiltru til reforma, men òg meir tru på ein sjølv som kommune og at ein greier å sette i verk krava frå samhandlingsreforma.

8 Konklusjon

Før undersøkinga starta var trua at geografisk plassering, økonomi og storleik hadde innverknad på iverksettinga av ØH-kravet i samhandlingsreforma.

Utifrå analysen ser ein at kommunane er komne langt på veg med iverksettinga av ei utfordrande og stor reform som set mange krav og gir mange utfordringar og omveltingar for kommunane. Sjølv om fleirtalet i analysen gir uttrykk for at det er utfordrande og krevjande å sette i gang krava i reforma, synest dei at dei har lykkast med iverksettinga av tidlegare krav frå reforma før fristane som er sette frå statleg hald. Dei har kontroll på kompetansen, tilgjengelig utstyr og lokale uavhengig av geografisk plassering, økonomi og storleik.

Tanken er at dei lykkast med iverksettinga i forhold til kompetanse, sidan reforma er opplagt som ei stegvis reform. Dei som set henne i verk, ser at dei lykkast med å oppnå ein del av krava, og iveren i organisasjonane etter å lykkast med neste steg.

Ein ser frå Nav-reforma at det ei stegvis utvikling kan vere vellykka ved iverksetting av ei reform over tid. Det kan også vere ei suksessforklaring at reforma er lagt opp med ein fridom der kommunane kan utforme sin eigen iverksettingsprosess, som å samarbeide med andre kommunar og finne tiltak for å komme i mål med reformkrava på ein god måte. Det er tale om ei administrativ iverksetting utifrå teorien til Mattland (Offerdal, 2000), der ressursar er sentrale faktorar for å lykkast. Det blir også lagt vekt på at fornuftige prosessar og variasjon i tilgangen på ressursar i kvar kommune er viktig for utfallet. Her ser ein at det ikkje er store forskjellane mellom kommunane verken når det gjeld geografisk plassering, økonomi eller storleik. Det er individuelle forskjellar for kvar kommune i kor langt dei er komne med iverksettinga av ØH-posten. Dette kan tyde på at kommunane har funne ein balanse mellom ovanfrå-og-ned- og nedanfrå-og-opp-prosess der dei tilpassar krava i samhandlingsreforma etter korleis dei samarbeider med kvarandre. Det går føre seg eit samspel mellom det offentlege og samfunnet, og ein har kanskje teke lærdom av den store Nav-reforma, slik at ein ser kor viktig det er at det er ein blanda prosess som må til for å lykkast, og at ein må ta prosessen stegvis, slik at organisasjonane er med på utviklinga. Dei må kort sagt ta del i iverksettinga for at ein skal lykkast.

9 Litteraturliste

Andreassen, T.A. & Aars, J. (2015). *Den store reformen. Da NAV ble til*. Oslo:

Universitetsforlaget.

Brunsson, N. (2011) *New Public Organisations: A Revivalist Movement*. I: T. Busch, E.

Johnsen, K.K. Klausen og J.O. Vanebo, *Modernisering av offentlig sektor. Trender, ideer og praksiser*. (3. utg.) Oslo: Universitetsforlaget.

Ellingsen, H.I. (2013). *Samhandlingsreforma sitt møte med kommunen. Korleis blir samhandlingsreforma faktisk møtt og utforma i kommunane? Er utfordringa og iverksetjinga den same, eller varierer den mellom kommunane og kvifor?* Henta

11.05.2014 frå:

<http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/150531/1/Helga%20Irene%20Ellingsen.pdf>

Haga, G. (2011). *Kontrollen med maktutøvelsen i en fragmentert styringsstruktur*. I: T. Busch,

E. Johnsen, K.K. Klausen og J.O. Vanebo, *Modernisering av offentlig sektor. Trender, ideer og praksiser*. (3.utg.) Oslo: Universitetsforlaget.

Hagen, K.B. (2012). *Kommunehelsetjenesten må utvikles på kommunens premisser*. I Helse/ Medisin/Teknikk. Henta 11.05.2014 frå:

http://project.vbook.no/project.asp?version_id=948&page=1#zp24

Halvorsen, K. (2005) *Grunnbok i helse- og sosialpolitikk*. (3.utg.) Oslo: Universitetsforlaget.

Hatland, A. (2011) *Rettsliggjøring av velferdspolitikken*. I: A. Hatland (red.), *Veivalg i velferdspolitikken*. Bergen: Fagbokforlaget.

Helsedirektoratet (2012). *Øyeblikkelig hjelp – døgntilbud i kommunen*. Henta 05.04.2014

frå: <https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen/oyeblikkelig-hjelp-dogntilbud-i-kommunen>

Helsedirektoratet (2014). *Kommunens plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold.*

Veiledningsmateriell. Henta 05.04.2014 frå:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/133/Kommunenes-plikt-til-oyeblikkelig-hjelp-dognopphold-veiledningsmateriell.pdf>

HMT. nr. 6 (2009) *Kommunen og helsereformen – en formidabel oppgave.* I Helse/Medisin/
Teknikk. Henta 11.05.2014 frå:

http://project.vbook.no/project.asp?version_id=578&page=1#zp9

Innst. 212 S (2009–2010). *Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen.*

Kjellberg, F. & Reitan, M. (2003). *Studiet av offentlig politikk- en innføring.* 5. opplag. Oslo:
TANO.

Kjølørød, L. (2005) En tjenesteintensiv velferdsstat. I: I. Frønes & L. Kjølørød (red.), *Det norske samfunn.* (5. utg.) Oslo: Gyldendal.

Kuhnle, S. & Solheim, L. (1994) *Velferdsstaten – vekst og omstilling.* (2. utg.) Oslo: Tano.

Larsen, B.I. (2011). *Vil ha frisklivssentraler og lokalmedisinsk sentre.* I Helse/Medisin/
Teknikk. Henta 11.05.2014 frå:

http://project.vbook.no/project.asp?version_id=755&page=1#zp42

Løvsletten, Maria. (2013) *Fagutvikling i praksis.* I *Sykepleien* 2013, 101(2), 47–49. Henta
05.04.2014 frå:

<http://www.sykepleien.no/ikbViewer/fagutvikling/fagartikkel/1104699/fagutvikling-i-praksis>

Offerdal, A. (1999) *Den politiske kommunen.* Oslo: Det Norske Samlaget.

Offerdal, A. (2000). Iverksettingsteori – resultatene blir sjelden som planlagt, og det kan
være en fordel. I: H. Baldersheim & L. E. Rose (Red.), *Det kommunale laboratorium. Teoretiske perspektiver på lokal politikk og organisering* (s. 257–281). Bergen:
Fagbokforlaget.

Rasmussen, K. (2012). *Samhandlingsreformen og oss*. I Hjerteforum. Henta 11.05.2014 frå:
http://svemedplus.kib.ki.se/Default.aspx?Dok_ID=124839

Ringdal, K. (2013). *Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. (3. utg.) Bergen: Fagbokforlaget.

Samhandlingsreformen i kortversjon (27.02.2012). Henta 11.05.2014 frå:
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/kampanjer/samhandling/om-samhandlingsreformen/samhandlingsreformen-i-kortversjon.html?id=650137>

Snåre, Å.L. (2012). *Samhandlingsreformen – hva skjer med storbyene?* I Helse/Medisin/ Teknisk. Henta 11.05.2014 frå:
http://project.vbook.no/project.asp?version_id=948&page=1#zp19

Sogn lokalmedisinske senter. (2012). *Eit samarbeid mellom sju kommunar i Indre Sogn og Helse Førde HF*. Henta 11.05.2014 frå: <http://sognlms.no/sogn-lms/kva-er-sogn-lms/>

Stamsø, M.A. (2009) *New Public Management – reformer i offentlig sektor*. I: M. A. Stamsø (red.), *Velferdsstaten i endring. Norsk helse – og sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre*. (2. utg.) Oslo: Gyldendal.

St.meld. nr. 25 (2005–2006). *Mestring, muligheter og meninger. Framtidas omsorgsutfordringer*. Henta 10.05.2014 frå:
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20052006/stmeld-nr-25-2005-2006-/2.html?id=200881>

St.meld. nr. 47 (2008–2009) og Dokument 8:63 S (2009–2010). Henta 11.05.2014 frå:
<https://www.stortinget.no/Global/pdf/Innstillinger/Stortinget/2009-2010/inns-200910-212.pdf>

St.meld. nr. 47 (2008–2009). *Samhandlingsreformen. Hovedinnholdet i samhandlingsreformen*. Henta 05.04.2014 frå:
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-/4.html?id=567207>

Uleberg, O. & Bjørnsen, L.P. (2011). *Samhandling og akuttmedisin*. Henta 10.05.2014 frå:
<http://tidsskriftet.no/article/2182420>

Vedlegg 1

Invitasjon til å delta i spørjeundersøking

Kven er eg?

Mitt namn er Hilde Søreide.

Eg er deltidsstudent ved Høgskulen i Sogn og Fjordane, der eg tek ein mastergrad innan organisasjon og leiing.

Fagleg ansvar for prosjektet og min rettleiar i gjennomføringa av masteroppgåva er professor Oddbjørn Bukve ved Høgskulen i Sogn og Fjordane.

Kva er dette?

Formålet med denne undersøkinga er å få kunnskap om korleis kommunane løyser kravet i Samhandlingsreforma når det gjeld tilbod om omgåande hjelp. Undersøkinga fokuserer særleg på kompetansen til sjukepleiarane i kommunane. Har kommunane den kompetansen som trengst for å sette i gang ØH – tilbodet på ein god måte?

For å kunne gjere ei slik undersøking er eg avhengig av informasjon om dette temaet frå kommunane.

Kven deltar i undersøkinga?

Deltakarane som deltar i undersøkinga ønskjer eg skal vere kommunalsjef, etatsjef eller tenesteleiar med ansvar for ØH – tilbodet.

Frivillig deltaking

Undersøkinga blir gjennomført med eit elektronisk spørjeskjema. Skjemaet er eit avkryssingsskjema med svar alternativ, som blir sendt elektronisk tilbake ved å merke av på svar-alternativet til slutt i skjemaet.

Det er frivillig deltaking, der ein ved å svare på undersøkinga gir samtykke til at informasjonen som blir gitt gjennom spørjeskjemaet kan brukast i undersøkinga.

Alt datamateriale vil bli sletta etter bruk.

Når analysen er ferdig blir funna brukt i mi masteroppgåve. Funna kan då ikkje tilbakeførast til enkeltkommunar.

Sluttdato for studiet er 01.06.2016.

Etter gjeldande reglar er prosjektet godkjent frå Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Håpar du vil ta deg tid til å svare på denne undersøkinga.

På førehand takk for hjelpa!

Med venleg helsing

Hilde Søreide

Vedlegg 2

Bakgrunnsspørsmål

1) Kommune nummer?

2) Kjønn?

- Mann
- Kvinne

3) Alder?

4) Stilling?

5) Kva utdanning har du?

- Profesjonsutdanning innan helsesektoren
- Profesjonsutdanning innan helsesektoren og etter/vidareutdanning i leiling
- Økonomisk/administrativ utdanning
- Anna

Kompetanseplan i kommunen

6) Har kommunen kompetanseplan?

- Ja
- Nei
- Anna

7) Det kjem tydelig fram i kompetanseplanen kven som har ansvaret for å gjennomføre dei ulike tiltaka i planen.

- Heilt usamd
- Delvis usamd
- Korkje usamd eller samd
- Delvis samd
- Heilt samd

8) Kompetanseplanen blir brukt aktivt.

- Heilt usamd
- Delvis usamd
- Korkje samd eller usamd
- Delvis samd
- Heilt samd

9) Kommunen har kartlagt kva kompetanse sjukepleiarane i kommunen har.

- Heilt usamd
- Delvis usamd
- Korkje usamd eller samd
- Delvis samd
- Heilt samd

Kompetansedekninga i kommunen

10) Kommunen har god sjukepleiedekning.

- Heilt usamd
- Delvis usamd
- Korkje usamd eller samd

- Delvis samd
- Heilt samd

11) Kommunen har god tilgang på sjukepleiarar som er kvalifiserte til å jobbe ved ein ØH - post.

- Heilt Usamd
- Delvis usamd
- Korkje usamd eller samd
- Delvis samd
- Heilt samd

12) Kommunen har lykkast med å heve kompetansen på akuttsjukepleie gjennom vidareutdanning.

- Heilt usamd
- Delvis usamd
- Korkje usamd eller samd
- Delvis samd
- Heilt samd

13) Kommunen har lykkast med å heve kompetansen på akuttsjukepleie gjennom nyrekruttering.

- Heilt usamd
- Delvis usamd
- Korkje usamd eller samd
- Delvis samd
- Heilt samd

14) Det blir satsa på vidareutdanning av sjukepleiarar som er tilsette i kommunen.

- Heilt usamd

- Delvis usamd
- Korkje usamd eller samd
- Delvis samd
- Heilt samd

15) Sjukepleiarane i kommunen syner stor interesse for å ta vidareutdanning innan akuttsjukepleie.

- Heilt usamd
- Delvis usamd
- Korkje usamd eller samd
- Delvis samd
- Heilt samd

16) Kommunen satsar på rekruttering av sjukepleiarar utanfrå med kompetansen som trengst ved ØH - posten.

- Heilt usamd
- Delvis usamd
- Korkje usamd eller samd
- Delvis samd
- Heilt samd

17) Det er vanskelig å rekruttere sjukepleiarar til kommunen.

- Heilt usamd
- Delvis usamd
- Korkje usamd eller samd
- Delvis samd
- Heilt samd

18) Kommunen har utstyr tilgjengelig som trengst ved ØH - posten.

- Heilt Usamd
- Delvis usamd
- Korkje usamd eller samd
- Delvis samd
- Heilt samd

Organisering av ØH - post tilbodet.

19) Samhandlingsreformas krav er krevjande og vanskelig å få sett i gang i kommunen.

- Heilt usamd
- Delvis usamd
- Korkje usamd eller samd
- Delvis samd
- Heilt samd

20) Kommunen har godt eigna lokale til ØH - posten.

- Heilt usamd
- Delvis usamd
- Korkje usamd eller samd
- Delvis samd
- Heilt samd

21) Er eventuelle lokale dykk har til rådighet til ØH - posten tilknytt andre helseavdelingar i kommunen?

- Nei.
- Sjukeheim
- Legesenter.

- Specialisthelsetenesta.
- Anna

22) Har kommunen slått seg i saman med nærliggande kommunar for å greie å utføre ØH - kravet?

- Ja
- Nei
- Blir utgreidd
- Usikker
- Anna

23) Korleis samarbeider dykk med andre kommunar?

- Ingen samarbeid.
- Heile ØH - posten ligg i nærliggande kommune.
- Rullerande team mellom kommunane.
- ØH - posten ligg i dykkar kommune.
- Anna

24) Kommunen har greidd å sette i gang kravet om rehabiliteringstilbod utifrå Samhandlingsreforma.

- Heilt usamd
- Delvis usamd
- Korkje usamd eller samd
- Delvis samd
- Heilt samd

25) Iverksettinga av rehabiliteringstilbodet har vore vellykka.

- Heilt usamd
- Delvis usamd

- Korkje usamd eller samd
- Delvis samd
- Heilt samd