



Senter for
omsorgsforskning

Geografiske forskjeller i kommunal eldreomsorg i Norge

En oppsummering av kunnskap

Daniel Andre Voll Rød
Monika Dybdahl Jakobsen

Utgitt av: Senter for omsorgsforskning, Gjøvik 2024

Tittel: Geografiske forskjeller i kommunal eldreomsorg i Norge:
En oppsummering av kunnskap

English title: Geographical differences in municipal elder care in
Norway: A scoping review

Forfattere: Daniel Andre Voll Rød og Monika Dybdahl Jakobsen

Redaktør: Terje Emil Fredwall, professor ved UiA / NTNU

ISBN: 978-82-8340-141-7

ISSN: 2464-4382

Oppsummering nr. 39

Grafisk utforming og design: Saara Maria Ojanen

Nettside: omsorgsbiblioteket.no

Innhold

Sammendrag	4
Abstract.....	5
1 Innledning og bakgrunn.....	6
1.1 Problemstillinger og målgruppe	7
1.2 Begrepsavklaringer	7
2 Metode.....	13
2.1 Søkemetodikk	13
2.2 Arbeidsprosess.....	13
2.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	14
2.4 Metodiske bemerkninger og metodekritikk	15
2.5 Kvalitetssikring.....	16
3 Lovverk og styringsdokumenter.....	17
3.1 Relevant lovverk.....	17
3.2 Relevante offentlige utredninger.....	17
3.3 Politiske føringer gitt i relevante styringsdokumenter	22
3.4 Oppsummering.....	26
4 Forsknings- og fagutviklingslitteratur.....	28
4.1 Overordnede forutsetninger	28
4.2 Nasjonale studier med fokus på geografiske forskjeller i kommunale helse- og omsorgstjenester ..	32
4.3 Sentral politikk og satsning.....	34
4.4 Geografiske forskjeller i kommunene	39
4.5 Fagutviklingsarbeider	46
5. Verktøy og ressurser.....	49
5.1. Rekrutteringsverktøy for helsepersonell til rurale områder	49
6 Diskusjon og konklusjon.....	51
6.1 Bakgrunn, hensikt og metode.....	51
6.2 Oppsummering av forskningsfunn	51
6.3 Karakteristika i forskningslitteraturen i resultatdelen	54
6.4 Videre implikasjoner og konklusjon	55
Referanser.....	57
Om forfatterne.....	66
Vedlegg 1: Oversikt over søk	67
Vedlegg 2: Oversikt over inkluderte tekster	70

Sammendrag

Denne kunnskapsoppsummeringen handler om geografiske forskjeller i norsk kommunal eldreomsorg. Oppsummeringen er basert på Arksey og O'Malleys metodiske rammeverk for «scoping reviews» og inkluderer 64 forsknings- og utviklingsarbeider publisert mellom 2007 og 2022. Oppsummeringen har som hovedhensikt å oppsummere og tilgjengeliggjøre forskning samt relevante offentlige dokumenter om geografiske forskjeller i kommunale helse- og omsorgstjenester forbundet med eldreomsorg.

De inkluderte studiene viser at samhandlingsreformen fra 2012 ga økte oppgaver for den kommunale eldreomsorgen og behov for mer spesialisert kompetanse. Fysiske forhold som avstander, klima og vær, samt demografiske forhold som en aldrende befolkning og en relativt større andel eldre i rurale kommuner, gir imidlertid kommunene forskjellige forutsetninger for å utføre sine oppgaver. I tillegg bidrar det kommunale inntektssystemet til geografisk variasjon mellom kommuner grunnet kun delvis inntektsutjevning.

Det er variasjon i lokal organisering og fordeling av tjenester. Rurale områder har i hovedsak større bruk av hjemmetjenester enn urbane områder, og studier antyder at tjenestemottagere fra rurale områder er mest fornøyde med tjenestene de får. Mange eldre tjenestemottagere ønsker å bo hjemme. Utfordringer som avstand til og tilgang til relevante tjenester, boligpolitikk og mangel på egnede boliger kompliserer dette. Urbane områder har derimot kortere avstander og bedre tjenestetilgang enn rurale områder. Det er også en økende mangel på helsepersonell nasjonalt, og denne er fremskrevet til å bli spesielt problematisk i rurale områder. Ansatte i rurale områder har små fagmiljøer, lengre avstander og tette relasjoner til sitt lokalmiljø. Det er tenkt at velferdsteknologi kan bidra til å håndtere gapet mellom behov og kapasitet.

Forskningen om geografiske forskjeller er tverrfaglig og fra mange ulike forskningsfelt. Omfanget av forskningslitteraturen har doblet seg fra 2018 til 2022. Mesteparten av forskningen er empirinær, med noe mer bruk av kvalitativ enn kvantitativ metode. Vi finner få analyser på systemnivå, nasjonale studier eller casestudier med både rurale og urbane casekommuner. Det brukes mange ulike begreper om geografiske forskjeller, og begrepsfestingen blir ofte kun gjort eksplisitt i tekster med rurale problemstillinger.

Abstract

This scoping review addresses geographic differences in Norwegian municipal elderly care, and is based on Arksey and O'Malley's methodological framework for scoping reviews. This summary includes 64 research studies and development works published between 2007 and 2022 with empirical relevance to the Norwegian context. The main purpose of this summary is to compile and make accessible research as well as policy documents on geographic differences in municipal health and care services related to elderly care.

The Coordination Reform of 2012 gave increased tasks for municipal elderly care and a need for more specialised expertise. Distances, climate and weather, as well as a geographically uneven population distribution and an ageing population, create geographically different conditions for different municipalities to fulfil their obligations. In addition, the municipal income system contributes to geographic variation between municipalities due to the provision of only a partial income equalisation.

There is variation in local organisation and distribution of services, and studies suggest that service recipients from rural areas are more satisfied with the services they receive.

Many older service recipients wish to remain at home. Challenges such as distances and access to relevant services, housing policy, and a lack of suitable homes complicate this; urban areas have shorter distances and better access to services than rural areas. There is also an increasing national shortage of healthcare personnel, projected to be particularly problematic in rural areas. Employees in rural areas experience small professional communities, long distances, and closely knit relationships with their local community. It is thought that welfare technology can help bridge the gap between needs and capacity.

We see a research field with papers from many research disciplines, including interdisciplinary efforts. The scope of research literature has doubled from 2018 to 2022. Most research is empirical, with slightly more use of qualitative than quantitative methods. There are few analyses on a systemic level, national studies, or case studies with both rural and urban case municipalities. Conceptualisation of geographic differences is diverse and often only made explicit in texts on rural issues.

1 Innledning og bakgrunn

Det er en uttalt ambisjon at velferdstjenestene som det offentlige tilbyr, skal være universelle rettigheter, som her betyr at det offentlige har et hovedansvar for å dekke innbyggernes behov for velferdstjenester (Øverbye, 2018). Noe variasjon i velferdstjenestene vil det være grunnet ulike forutsetninger i kommunene. Eksempelvis vil forskjeller i befolkningssammensetning og bosetningsmønster føre til ulik tjenesteprofil, da man ser ulikt behov for hjemmetjenester versus tjenester i institusjon. Lokal tilpasning av tjenestetilbud er derfor ønsket. Andre former for variasjon, slik som mangelfull dekning av tjenester, er derimot uønsket, da de fører til for store forskjeller i velferdstilbudet (Førland & Rostad, 2019). Denne kunnskapsoppsummeringen vil ta opp både ønsket og uønsket variasjon, men med et spesielt fokus på uønsket geografisk variasjon. Begrepet uønsket variasjon er klart normativt og subjektivt og vil avhenge av perspektiv. Et eksempel kan være at uønsket variasjon fra et styringsperspektiv er noe annet for tjenesteyterne enn tjenestemottagere; ekstraordinær innsats hos helsepersonell kan komme tjenestemottagerne til gode, men kan føre til ekstra kostnader og turnover blant personell grunnet utbrenthet på sikt.

Universalismebegrepet har i økende grad blitt en selvkaraktistikk på velferdsordninger som leveres av den norske stat, ofte karakterisert med kriterier som tilgjengelighet for hele befolkningen og sosiale rettigheter. Likevel har universalismebegrepet flere betydninger i ulike faglige kontekster (Øverbye, 2018). Selv om velferdsordninger er tenkt å være universelle, må myndigheter og fagpersoner prioritere mellom grupper av tjenestemottagere. Det norske helsevesenet, inkludert primærhelsetjenesten, baserer prioriteringene seg på prinsippene *nytte, ressurs og alvorlighet* (Meld. St. 38 (2020–2021)). Dette kan forstås som en *alvorlighetsveid kost-nytte-strategi* med klare utilitaristiske røtter, med det formål å maksimere antall gode leveår (Horn et al., 2021). Alvorlighetskriteriet vil likevel føre til at tjenestemottagere med stort behov og med mulig rask forringelse av helsetilstanden vil bli prioritert (Ottersen et al., 2016). Dette er ment til å bidra til at de minst privilegerte ut fra sosial og økonomisk status kan få et likeverdig tilbud. I så måte ser velferdsstaten ut til å legge seg på både et utilitaristisk og et Rawlsk ideal om rettferdighet, som rimelig fordeling av goder, hvor forskjellsbehandling kun er akseptabelt hvis den kommer de minst privilegerte til gode (Rawls, 1999; Tännsjö, 2019). Dette finner vi dekning for i Norheim-utvalgets NOU, hvor Rawls er en av få politiske filosofer som er omtalt (NOU 2014: 12, s. 26–27). En forutsetning for å oppnå denne rettferdighetsambisjonen er at velferdstjenestene også har geografisk utbredelse, i en slik forstand at alle har tilgang til god velferd.

Et av velferdssamfunnets viktigste «delsystemer» eller basisinstitusjoner er helsevesenet, i den grad at helsevesenet er nødvendig ikke bare for individets velferd og frihet, men også for at resten av samfunnets delsystemer og samfunnet i seg selv skal opprettholde sine funksjoner (Aakvaag, 2015). Helsevesenet er underlagt de samme rettferdighetsidealene som velferdstjenester generelt (Rød & Falck, under utgivelse), og denne kunnskapsoppsummeringen ønsker å undersøke hva forskning og annen litteratur har å si om hvorvidt

helsetjenestene, og spesielt kommunale helsetjenester, varierer fra sted til sted, og om det finnes uønsket geografisk variasjon. Videre møter velferdsstaten, og spesielt kommunale helse- og omsorgstjenester, noen utfordringer med geografisk slagside i nåtid og nær fremtid som kan utfordre funksjonen. Eksempler på dette er en aldrende befolkning, spesielt i rurale områder, som vil føre til personalmangel dersom tilbudet skal opprettholdes som i dag, noe som vil utfordre de eksisterende rettferdighetsidealene.

1.1 Problemstillinger og målgruppe

Følgende problemstillinger har vært styrende for arbeidet med oppsummeringen:

- Hva finnes av forskningslitteratur og annen fagutviklingslitteratur om geografiske forskjeller i kommunale helse- og omsorgstjenester knyttet til eldreomsorg i Norge?
- Hvilke geografisk relevante forskjeller og likheter identifiseres i denne litteraturen?
- Hva ligger til grunn for disse forskjellene og likhetene?

Hovedmålgruppen for kunnskapsoppsummeringen er ansatte i kommunale helsetjenester, både i praksisfeltet og i administrasjon, lokale folkevalgte på kommunalt nivå, samt forskere. I tillegg kan oppsummeringen også være nyttig for tjenestemottagere og pårørende, politikere, studenter og andre interesserte.

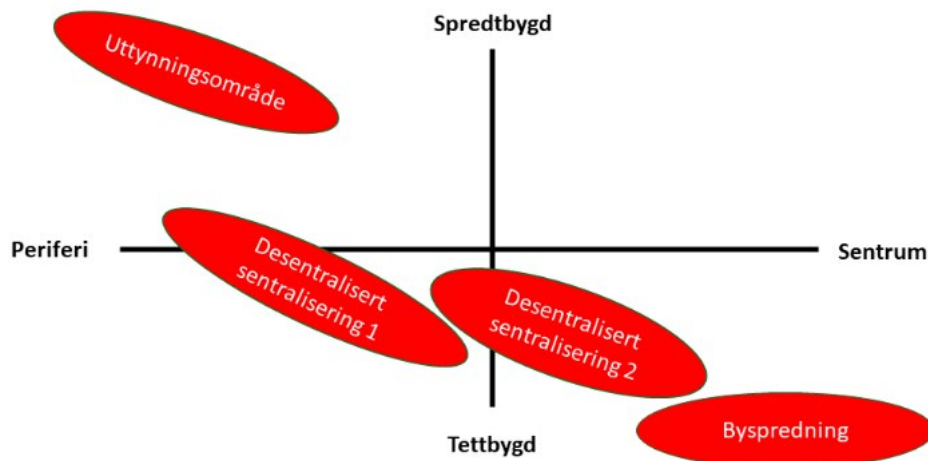
1.2 Begrepsavklaringer

Geografi henviser i dagligtale ofte til en fysisk topografi, hvor fysiske størrelser som fjell, fjorder, avstand, vær og klima, infrastruktur, naturressurser med mer er faktorer som utgjør forskjeller. Begrepene klima og vær har litt ulike betydninger og vil også representere ulike utfordringer for å levere og motta helsetjenester. Mens for eksempel kaldt klima og snø kan bidra til noen utfordringer for tjenester som er relativt forutsigbare, slik som glatte eller dårlig brøytete veier, kan værhendelser som stormer langs kysten gi andre, mer plutselige konsekvenser. Disse utfordringene må ofte ses i sammenheng med omfanget og typen av infrastruktur som rammes. Eksempler her kan være rasstengte veier, ferger som ikke går grunnet storm, osv.

Slike forskjeller i betydningen av begrepene geografi, klima og vær er relevante for kunnskapsoppsummeringens tema, og forskjellene som begrepene viser til kan bidra til forskjeller i tjenestetilbudet. Likevel er vi i denne oppsummeringen mest opptatt av den sosialt produserte dimensjonen av geografisk ulikhet (Soja, 2010), og spesielt rundt begrepsparet *rural/urban*. Relevante forskjeller er et bredt begrep, og i dette tilfellet sikter vi både til tjenesteyteres og mottageres perspektiver og til forskjeller på mer abstrahert nivå, slik som mellom kommuner eller i form av statlig styring. Dette inkluderer blant annet strukturelle rammevilkår, slik som relasjoner mellom forvaltningsorganer og ressursene disse forvalter.

Rural/urban blir ofte henvist til både som en dikotomi og som et kontinuum. Som dikotomi er den urbane byen med sin høyere befolkningsandel og befolkningstetthet og høye andel av sekundær- og tertiærnæringer satt i motsetning til landsbygden eller distriktet, som har lengre avstander, færre mennesker og høyere andel primærnæringer. Likevel er det sannsynligvis vanligere med definisjoner som behandler *rural/urban* som et kontinuum; steder varierer veldig i størrelse, og en kjøretur ut fra de fleste større byer vil synliggjøre en glidende overgang fra by til land. Spesielt når det gjelder «rural» brukes det mange ulike definisjoner (Bliksvær et al., 2020, s. 123; De Smedt & Mehus, 2017). Noen er knyttet til statistiske variabler som befolkning, befolkningstetthet, avstand til nærmeste tettsted, sentralitet med

mer (Statistisk sentralbyrå, 2020). Andre definisjoner er knyttet til stedlig, lokal meningsdannelse (Hargreaves et al., 2009; Tieken, 2014), politiske konsepter av rural (Stelmach, 2011) eller avstand til maktsentrum (Rød, 2021). Ofte vil mangelen på konsensus om definisjonene føre til at noen områder av og til blir definert som ruralt, mens andre ganger ikke, både i forskningslitteratur og spesielt i policydokumenter (Tieken, 2014). I litteraturen kan lesere også observere bruk av tilstøtende begreper som sentrum/periferi (Rokkan & Urwin, 1983; Stein, 2019b). Av og til kan også flere slike begrepssett kombineres, som hos Frisvoll (2020):



Figur 1 Taksonomi over rural/urban og sentrum/periferi (Frisvoll 2020)

I Frisvolls figur ser vi sentrum/periferi-dimensjonen over x-aksen, mens spredtbygd/tettbygd (brukt til dels synonymt med rural/urban) på y-aksen. De røde ovalene representerer ulike typer kommuner. Nummer 1 fra venstre er *uttynningsområder*. Dette er områder med uheldige demografiske trekk som langvarig nedadgående folketall og som kjennetegnes av forgubbing, lave fødselstall og en høy andel av eldre. Videre kjennetegnes denne konteksten av at befolkningen har mindre utdanning, lavere inntekt og høyere mottak av offentlige stønader. Dette er også områder med store innbyrdes avstander, med tilfeller av lang kjørevei til et relativt lite kommunesenter. Ofte har de også et ensidig og sårbart arbeidsmarked med offentlig sektor som en betydelig arbeidsgiver, og de scorer lavest på distriktsindeksen, som er presentert et annet sted i denne begrepsavklaringen. Det er denne kategorien av kommuner som Frisvoll mener er minst privilegert, og som trenger mest oppmerksomhet. Nummer 2 fra venstre er *desentralisert sentralisering 1*, som viser til utkantområdenes sentrum. Dette er kommunesentre og kommunedelssentre i kommuner som scorer lavt på distriktsindeksen.

Nummer 3 fra venstre er *desentralisert sentralisering 2*. Denne kategorien favner bredt og viser til områder som småbyer og deres omland og ytterkantene i storbyenes pendlingsomland. Dette er en kategori som vokser. Nummer 4 fra venstre og nederst til høyre ser vi *byspredningskommuner*, som er storbyregionene og deres nære omland.

Geografiske begreper som rural/urban opptrer ofte beskrivende (adjektiv) overfor andre begreper (subjekter eller objekter), eksempelvis *rural/urban* infrastruktur. Det finnes også egne definisjoner knyttet til rural helse som fagfelt (Wakerman, 2004). I denne kunnskapsoppsummeringen gjør vi ikke noe forsøk på å velge en enkelt definisjon eller skape en egen definisjon, men forsøker derimot i det lengste å legge frem det som forfattere av de enkelte

publikasjonene legger frem i sin tekst. Slik sett blir begrepsavklaringen vi har gjort om rural/urban mest heuristisk, altså et slags tankeverktøy å tenke eller lese med. Diskusjonen om geografiske begreper blir tatt opp igjen i det avsluttende kapittelet.

Kunnskapsoppsummeringen omtaler i stor grad *kommuner* og forskjeller mellom disse. Relevante forskjeller kan være i størrelse som stor, middels eller liten. Andre forskjeller kan være med tanke på sentralitet eller rural/urban, befolkningsstørrelse, befolkningstetthet og økonomisk handlingsrom. Ofte brukte typologier på kommuner i offentlig forvaltning og forskningslitteratur i Norge er Statistisk sentralbyrås sentralitetsindeks samt Kommunal- og moderniseringsdepartementets distriktsindeks (Høydahl, 2020; Kommunal- og distriktsdepartementet, 2023a). Sentralitetsindeks er en kommuneindeks fra 1–1000 klassifisert i klasser fra 1–6. På indeksen mellom 1–1000 angir lavere tall lengre avstand til arbeidsplasser og servicefunksjoner for befolkningen. Denne fingraderte indeksen er deretter delt inn i klasser eller grupper mellom 1–6, hvor 1 er mest urban, og 6 er mest rural, se tabell 1.

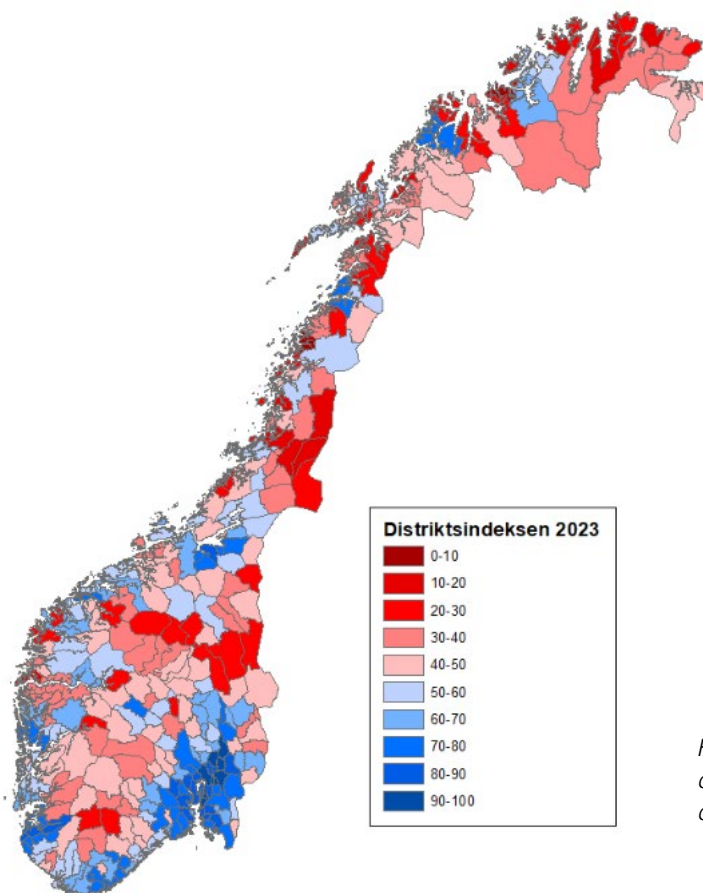
Gruppe	Intervall på indeks	Antall kommuner	Antall innbyggere	Andel av innbyggere	Eksempelkommuner
1: Mest sentrale kommuner	925–1000	6	1 009 699	19	Oslo, Bærum
2: Nest mest sentrale kommuner	870–924	19	1 348 012	25,3	Stavanger, Trondheim, Bergen
3: Mellomsentrale kommuner 1	775–869	51	1 353 488	25,4	Tromsø, Ålesund, Bodø
4: Mellomsentrale kommuner 2	670–774	71	877 755	16,5	Molde, Namsos, Narvik, Lindesnes
5: Nest minst sentrale kommuner	565–669	96	501 064	9,4	Sunndal, Sogndal, Røros
6: Minst sentrale kommuner	295–564	113	238 194	4,5	Træna, Moskenes, Dovre, Kautokeino

Tabell 1 Sentralitetsindeks (basert på Høydahl, 2020, s. 20)

Oversimplifisert ser vi at sentralitet 1–2 er store bykommuner, og kommuner nært disse, med sentralitet 3–4, er mellomstore kommuner og noen bykommuner, mens sentralitet 5–6 som oftest er distriktskommuner. I forskningsartiklene er forskjeller mellom kommuner ofte omtalt på et vis som ikke nødvendigvis er i tråd med sentralitetsindeksen, men det kan likevel være et fint tankeverktøy og relevant bakgrunnsinformasjon når kommuner er omtalt som små, store eller mellomstore gjennom denne kunnskapsoppsummeringen.

Distriktsindeksen er en skala fra 0–100, hvor lav score indikerer en distriktskommune med distriktsutfordringer. Distriktsindeksen er delvis basert på sentralitetsindeksen (40 %), og i tillegg bygger den på demografiske forhold som befolkningsutvikling de siste 10 årene (40 %), økonomisk vekst, som sysselsettingsvekst, de siste 10 årene og ensidig næringsstruktur (Herfindahlsindeksen) (20 %) (Kommunal- og distriktsdepartementet, 2023a). En vesentlig forskjell er at sentralitetsindeksen er en ren geografisk indeks, mens distriktsindeksen også viser utfordringer som distrikter har. En kommune på en gitt sentralitetsindeks vil eksempelvis skåre høyere på distriktsindeksen hvis den er rik og har en positiv demografisk utvikling, enn hvis den samme kommunen er satt i en mindre heldig økonomisk og demografisk situasjon. Spesielt distriktsindeksen er lagt til grunn for fordeling av midler, eksempelvis i det kommunale inntektssystemet. I korte trekk kan denne indeksen brukes som et alternativ til sentralitetsindeksen, som i tillegg til sentralitet beskriver spesifikke distriktsutfordringer. Det kan være verdt å merke seg at distriktsindeksen er svært lite brukt i forskningslitteraturen.

Kommunene har også forskjellig tilgang til økonomiske ressurser. I korte trekk er kommunesektoren sine inntekter satt sammen av *frie og bundne inntekter*. Frie inntekter kommer i hovedsak som rammetilskudd fra staten og som midler fra statsbudsjettet gjennom det kommunale inntektssystemet og kan disponeres fritt av kommunene. Bundne inntekter er en langt mindre andel og består stort sett av øremerkede midler samt gebyrer og avgifter som er knyttet direkte til spesifikke kommunale tjenester. Dette inntektssystemet er bredere presentert og diskutert i resultatkapitlene (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2021a).



Figur 2 Kart over kommuner etter distriktsindeks (Kommunal- og distriktsdepartementet, 2023a, s. 17)

Gjennom Statistisk sentralbyrå har staten et eget rapporteringssystem for sammenligning av blant annet kommuneøkonomi, som har fått navnet KOSTRA. Her er kommuner sortert i grupper etter folketall, bundne kostnader (lav, middels eller høy) og frie disponible inntekter (lav, middels eller høy, eventuelt en kombinasjon av to), se tabell 2. Kommuner i samme KOSTRA-gruppe blir ofte omtalt som *sammenlignbare kommuner*. Vi ønsker å påpeke at dette i stor grad gjelder økonomisk sammenligning, og ikke vilkårene som ligger til grunn for økonomi. Eksempelvis vil en stor høyfjellskommune risikere å havne i samme KOSTRA-gruppe som en liten øykommune. Til tross for at disse to kommunene har lik kommuneøkonomi, har de forskjellig geografisk utgangspunkt og ulike forutsetninger for drift av velferdstjenester.

KOSTRA-gruppe	Folkemengde	Bunde kostnader	Frie disponible inntekter (Korrigerede inntekter)	Antall kommuner
01	2 000 - 9 999	Lave	Lave	39
02	2 000 - 9 999	Lave	Middels	18
03	2 000 - 9 999	Lave	Høye	9
04	2 000 - 9 999	Høye	Lave	39
05	2 000 - 9 999	Høye	Middels	33
06	2 000 - 9 999	Høye	Høye	28
07	10 000 - 19 999	Lave	Lave	38
08	10 000 - 19 999	Lave	Middels eller Høye	13
09	20 000 - 29 999	Lave	Lave eller middels	27
10	30 000 - 44 999	Lave	Lave	13
11	45 000 - 74 999	Lave	Lave	10
12	75 000 - 300 000	Lave	Lave eller middels	11
13	Oslo kommune	Lave		1
14	600 - 1 999	Middels	Lave eller Middels	25
15	600 - 1 999	Middels	Høye	36
16	0 - 599	Middels	Lave, middels eller høye	8
17	De åtte kommunene med høyest skatteinntekter per innbygger	Middels	Høye	8

Tabell 2 Kriterier for kommunegrupperingen i KOSTRA per 2020 (Statistisk sentralbyrå, 2023)

Kommuner som har lave bundne kostnader, men høye frie disponible inntekter, kan antas å være blant de rikeste kommunene, da de har størst økonomisk handlingsrom, mens kommuner som har høye bundne inntekter, men lave frie disponible inntekter, kan antas å være de fattigste med minst økonomisk handlingsrom. De aller fleste kommunene ligger mellom disse ytterpunktene. Det kan være verdt å merke seg at den største KOSTRA-gruppen per 2022 er KOSTRA-gruppe 4, som er kommuner med 2000–9999 innbyggere, med høye bundne inntekter og lave frie disponible midler. Denne gruppen på 39 kommuner kan antas å bestå av små (men ikke de aller minste) og ofte rurale kommuner med dårlig økonomi. Det finnes ingen annen KOSTRA-gruppe med kombinasjonen av høye kostnader, lave inntekter og høyere eller lavere folketall. Merk at noen kommuner havner på ROBEK-listen, et register over kommuner og fylkeskommuner i økonomisk ubalanse. Den vanligste årsaken til å havne i dette registeret er at kommunen ikke har klart å dekke inn budsjettunderskuddet på to år (Kommunal- og distriktsdepartementet, 2022b).

Hverken forskningslitteraturen eller annen litteratur forholder seg i stor grad til KOSTRA-systemet eller ROBEK-listen i sin karakteristikk av kommuners økonomi. I identifisert litteratur ser vi derimot at en vanlig indikator er graden av frie disponible inntekter. Likevel kan det antas at KOSTRA-gruppene og deres ytterpunkter kan være nyttige som tankeverktøy

for lesere av denne kunnskapsoppsummeringen, når kommuner blir omtalt som fattige, rike eller med en annen karakteristikk på økonomi.

Kommunale helse- og omsorgstjenester er det empiriske omdreiningspunktet som denne kunnskapsoppsummeringen vil handle om. Omfanget av kommunale helsetjenester er definert i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m., og er sannsynligvis klare uttrykt i § 3-2 (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2021). Her kommer det frem at kommuner er ansvarlige for blant annet helsetjenester i skole, helsestasjoner, svangerskaps- og bar- selomsorg, akutt hjelp ved ulykker, legevakt, fastlegeordning og (sosial, psykososial og medisinsk) rehabilitering og eldreomsorg. Denne kunnskapsoppsummeringen vil spesifikt fokusere på helsetjenester assosiert med eldreomsorg, slik som hjemmetjenester, som inkluderer omsorgsboliger og plass på institusjon (herunder sykehjem).

2 Metode

Denne kunnskapsoppsummeringen identifiserer, beskriver, analyserer og sammenfatter temadet geografiske forskjeller i eldreomsorg i kommunale helse- og omsorgstjenester i Norge. Metoden som er brukt, ligger tett opp til «scoping review» (Arksey & O'Malley, 2005), som ofte kalles «kartleggingsoversikt» på norsk. Av andre kunnskapsoppsummeringer med lignende utforming vil vi nevne Førland og Rostad (2019), som har blitt brukt som rettleiende. Fordelen med scoping reviews er en bredere inklusjon av litteratur, også litteratur som ikke er forskning. Videre er målet med scoping reviews å skape en bred oversikt over emnet og beskrive kjerneelementer og nøkkelkonsepter, ikke å evaluere og vurdere forskning og kvalitet opp mot hverandre.

2.1 Søkemetodikk

Tidsavgrensning, søkemotorer og relevante søkeord i både det systematiske og usystematiske søket ble gjort i samråd med bibliotekar ved UiT Norges arktiske universitet. Dette innebar først et systematisk litteratursøk i nasjonale og internasjonale forskningsdatabaser gjennomført av førsteforfatter. Her var både vitenskapelige monografier, doktorgradsstudier, mastergrader, antologier, tidsskrifter og tidsskriftsartikler, inkludert kunnskapsoppsummeringer, relevante. De brukte databasene var Web of Science, CINAHL, SweMed+¹, MEDLINE, Idunn og Nora, samt søkemotoren Oria.

Det systematiske søket etter forskningslitteratur ble etterfulgt av et usystematisk søk på relevante søkeord i andre relevante søkemotorer. Her brukte vi Oria og Google Scholar. Vår egen samling av artikler i EndNote ble også gjennomgått manuelt. Parallelt gjennomførte førsteforfatter et søk og foretok manuell gjennomgang av litteraturen etter relevante utredninger, styringsdokumenter, lover, regler, retningslinjer med mer hos relevante departementer, direktorater og nasjonale kompetansesentre. Til slutt ble også fagutviklingsarbeid som rapporter fra kommunale utviklingsprosjekter og masteroppgaver undersøkt.

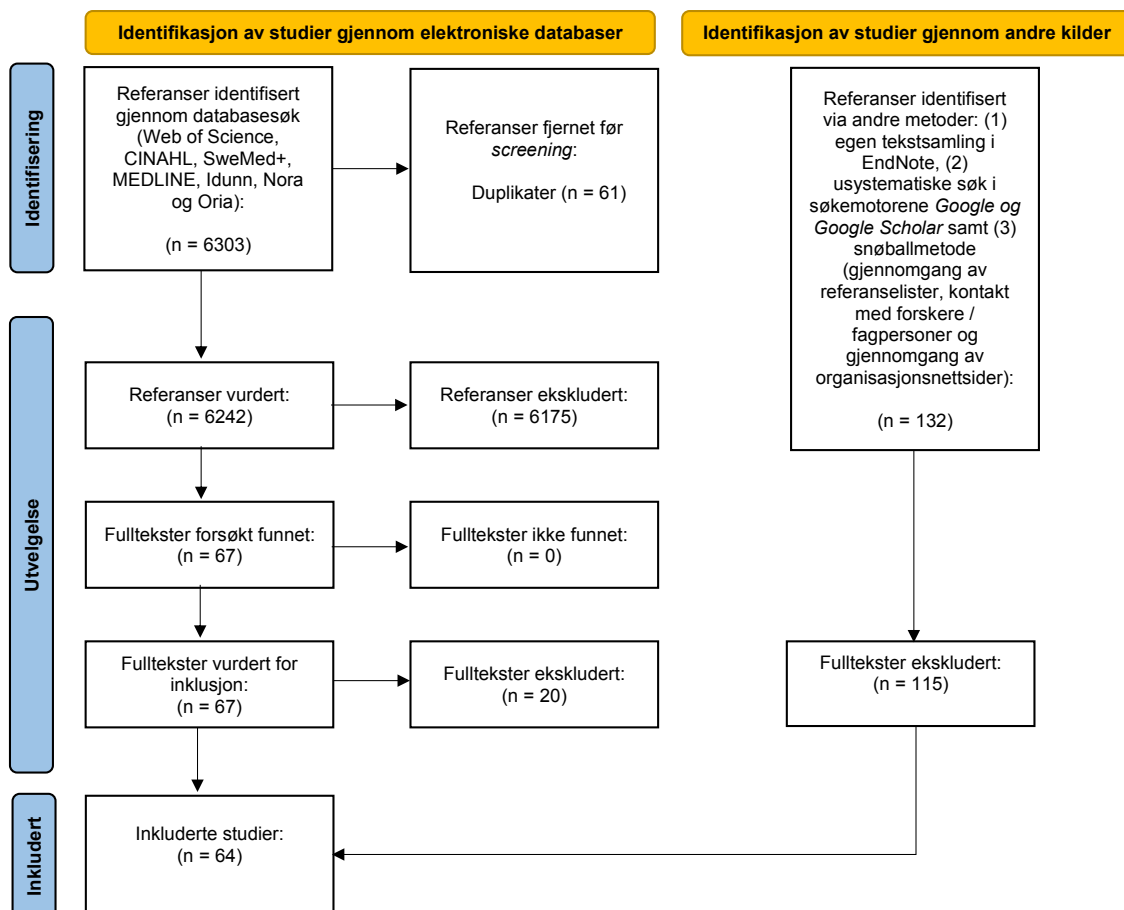
Etter systematiske og usystematiske søk benyttet førsteforfatter snøballmetoden under lesning av litteraturen fra søkene. Dette vil si en gjennomgang av litteraturlistene i de ovennevnte søkene, inkludert grålitteratur, for å finne relevant litteratur med dertil interessante litteraturlister. Dette omtales også som hånd søk. I tillegg ble litteratur fra kollegaer, fagfeller og ekspertgruppen inkludert. Både det systematiske og usystematiske søket, inkludert faktisk brukte søkeord, er nærmere redegjort for i vedlegg 1, mens inkluderte tekster er listet opp i vedlegg 2.

2.2 Arbeidsprosess

Totalt inkluderte vi 64 forskningstekster fra systematiske og usystematiske søk. I all hovedsak var dette fagfellevurderte forskningsartikler, men også relevante rapporter samt

¹ SweMed+ har ikke blitt oppdatert siden 2020.

fagutviklingsarbeider som mastergradsoppgaver og forsøksordninger fra statlig hold. 47 av disse tekstene kom i all hovedsak fra systematiske søk i 7 forskjellige forskningsdatabaser, mens 17 kom fra usystematiske søk og vår egen samling av forskningslitteratur, supplert gjennom snøballmetoden med funn av artikler i litteraturlister og anbefalinger fra kolleger og ekspertpanel, se vedlegg 1 for mer informasjon. I tillegg til dette har vi analysert 1 lovverk, 5 offentlige utredninger og 6 stortingsmeldinger.



Figur 3 Flytdiagram over utvelgelse av studier (Page et al., 2021).

2.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Følgende inklusjons- og eksklusjonskriterier er lagt til grunn for søk og utvelgelse av litteratur:

Fokus/avgrensning:

- studier som omhandler kommunale helse- og omsorgstjenester, og spesielt omsorgstjenester på institusjon og hjemmetjenester som forbindes med eldreomsorg
- studier som har en tydelig geografisk profil i både metode og analyse, helst med fokus på rural, urban eller begge disse begrepene, eventuelt på synonymer
- avgrenset til Norge

Perspektiv:

- tjenestemottager (pasient/bruker/familie)
- tjenesteyter (ansatt)
- organisasjon og myndighet (stat/etat/kommune)

Tjenester/setting:

- ulike former for hjemmetjenester, herunder hjemmesykepleie, omsorgsboliger og praktisk bistand
- sykehjem og andre institusjoner i kommuner, herunder ulike typer institusjonsopphold og -plasser
- kommuner / etater / statlig styring av disse tjenestene

Tidsperiode:

- 2007–2022 (15 år). Avgrensningen ble også satt for å inkludere feltets tilstand samt forarbeidet til samhandlingsreformen.

Type publikasjon/design:

- vitenskapelige bøker/monografier
- vitenskapelige artikler
- vitenskapelige antologier/bokkapitler
- doktorgradsavhandlinger
- forskningsrapporter

Alle typer studiedesign er relevante, men fagfelleverdert litteratur vil bli tillagt størst betydning.

De faktisk inkluderte artiklene fra systematiske og usystematiske søk er presentert i vedlegg 2. Kriteriene ble også brukt på artikler inkludert via snøballmetoden.

2.4 Metodiske bemerkninger og metodekritikk

I søket etter relevant litteratur ble det klart at kunnskapsoppsummeringens tematikk, *geografiske forskjeller i kommunal eldreomsorg i Norge*, i seg selv ikke er et klart avgrenset forskningsfelt, ei heller hjemmehørende i en enkelt fagdisiplin.

Kunnskapsoppsummeringens forskningsresultater befinner seg i skjæringspunktet mellom flere fagdisipliner og forskningsfelter, slik som sykepleieforskning, samfunnsmedisin, helsetjenesteforskning, samfunnsgeografi, ruralsosiologi og statsvitenskap, for å nevne noen. Presentasjonen av resultatene i denne kunnskapsoppsummeringen er derfor i vesentlig grad forfatterens syntese, og denne sammenfatningen krever derfor en redegjørelse før resultatene presenteres.

Først av alt ser vi at definisjonene på begrepet geografi varierer. Dette er gjort rede for i begrepsavklaringen (i kapittel 1.2) og er et kjent fenomen fra tilstøtende fagfelter. Dette medførte selvsagt utfordringer i kategoriseringen og skrivingen av denne oppsummeringen. Ulike aktører har ulik begrepsfesting av «rural» og «urban», og begreper som distrikt, periferi, tettsted og by er omtalt forskjellig – av og til som synonyme, andre ganger ikke. Vi har forsøkt å løse dette etter beste evne gjennom å legge forfatterne av forskningslitteraturens egen definisjon til grunn og påpeke uvanlig begrepsbruk. Denne diskusjonen fortsetter i siste kapittel.

Videre ser vi også veldig varierende oppmerksomhet på geografi i de forskjellige tekstene. Dette er ikke overraskende. Søkeprosessen har avdekket noen forskningsartikler som har hatt et spesielt søkelys på geografi i både tittel, sammendrag, metode og analyse. Disse gjengis flere ganger over flere tematikker i denne kunnskapsoppsummeringen. De fleste artiklene har imidlertid et mindre eller sekundært fokus på geografi. Dette kompliseres videre av at noen tekster har casestudier som foregår i rurale eller urbane områder, mens analysen i den gitte teksten viser at sted ikke er det viktigste (eller vesentlig overhodet) for artikkelens nøkkelpunkter. Dette kan ha mange årsaker. En artikkel kan være en av flere om samme datamateriale, og de andre artiklene kan ha et mer eksplisitt geografisk preg. Vi ser også at geografiske faktorer eller variabler kan ha blitt inkludert i design, men ikke gitt relevante eller interessante resultater. Avslutningsvis ser vi også at geografi i hovedsak er implisitt eller en ettertanke. Forskning har ofte forekommet i urbane områder uten at sted er gjort rede for eller analysert, og dermed har betydningen av sted blitt underrapportert.

Forfatterens bakgrunn, spesielt førsteforfatterens, kan også ha spilt inn i skriveprosessen av denne kunnskapsoppsummeringen. Førsteforfatter er selv sosiolog og antropolog oppvokst i rurale områder, med relevant bakgrunn i utdanningssosiologi og ruralsosiologi med publikasjoner om rurale problemstillinger. Søkeord er riktignok utarbeidet i samarbeid med bibliotekar ved UiT, men førsteforfatter var alene om å velge ut litteratur fra søket, og dette kan ha blitt påvirket av faglig bakgrunn. Sammenskrivingen og presentasjonen av resultatene kan også ha blitt påvirket av førsteforfatterens bakgrunn, men dette har blitt forsøkt kompensert for ved at kategorier og deler av resultatene har blitt presentert for Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) i Troms og Finnmark, samt for kolleger ved Senter for omsorgsforskning, nord (SOF, nord) ved UiT. Dette førte til diskusjoner om forfatterens refleksive prosess og har påvirket utformingen av denne kunnskapsoppsummeringen.

2.5 Kvalitetssikring

Medforfatter, postdoktor Monika Dybdahl Jakobsen ved SOF, nord, har bidratt i planleggingen av prosjektet, lest utkast av oppsummeringen og kommet med innspill og forslag til endringer. Hovedbibliotekar Grete Overvåg bisto med utformingen av søk. Kunnskapsoppsummeringen har også blitt lest og vurdert av et ekspertpanel bestående av professor Grete Mehus ved Institutt for helse- og omsorgsfag ved UiT og professor Birgit Abelsen ved Nasjonalt senter for distriktsmedisin, også ved UiT. Dette panelet har vært viktig for arbeidet med oppsummeringen gjennom deres kommentarer, innspill til begrepsbruk og forslag til litteratur.

Oppsummeringen er fagfellevurdert av Laila Tingvold fra Senter for omsorgsforskning, øst, NTNU, og den er vurdert og godkjent av ansvarlig redaktør for Omsorgsbiblioteket, professor Terje Emil Fredwall ved Senter for omsorgsforskning, UiA/NTNU.

3 Lovverk og styringsdokumenter

Dette kapittelet presenterer og beskriver relevante lovverk og styringsdokumenter som offentlige utredninger og meldinger til Stortinget. Gjennomgangen av lovverk og styringsdokumenter vil i all hovedsak innta en kort form med henvisning til originaltekst. Spesielt relevante offentlige utredninger er gitt noe mer plass. Utredningene er også plassert før politiske føringer fordi de ofte inneholder utfyllende bakgrunnsinformasjon og ligger til grunn for påfølgende stortingsmeldinger/reformer.

3.1 Relevant lovverk

Flere lover legger juridiske føringer for helse- og omsorgstjenester, slik som helsepersonelloven, pasient- og brukerrettighetsloven og forvaltningsloven. Alle er imidlertid ikke like relevante for denne kunnskapsoppsummeringen. Den viktigste juridiske føringen for kommunale helse- og omsorgstjenester er lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven, 2021).

Kapittel 3 i denne loven definerer oppgavene til kommunene både i positiv forstand opp mot faktisk ansvar og i negativ forstand opp mot ansvaret til fylkeskommune og stat, samt i relasjon til private helse- og omsorgsaktører. For kommunene inkluderer dette blant annet både fastlegetjeneste, akutt hjelp på legevakt, helsestasjonstjeneste og skolehelsetjeneste. Det inkluderer også plass på institusjon, herunder sykehjem, samt helsetjenester i hjemmet, som begge er nøkkelaspekter i denne kunnskapsoppsummeringen.

Kapittel 4 omhandler krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet. Kommuner forplikter seg til å tilrettelegge for verdige, helhetlige og koordinerte helse- og omsorgstilbud til pasientene. De ansatte får også rettigheter i form av tilrettelegging fra kommunen. De må være i stand til å utføre sine lovpålagte plikter, og tilstrekkelig fagkompetanse må sikres i tjenestene.

Andre relevante punkter i helse- og omsorgstjenesteloven er blant annet kapittel 6, som forplikter hver kommune å inngå samarbeid med regionale helseforetak, og kapittel 11, som omtaler kommuners plikt til finansiering av helse- og omsorgstjenester og tilskuddsordninger fra det kommunale inntektssystemet.

3.2 Relevante offentlige utredninger

Vi har valgt å inkludere fem offentlige utredninger (NOU-er) i denne kunnskapsoppsummeringen, da de er spesielt relevante for problemstillingene. Disse utredningene er gjennomført av offentlig nedsatte utvalg og har som funksjon å utvikle kunnskapsgrunnlaget for politikk og foreslå konkrete tiltak, slik som lover. Offentlige utredninger kan ta flere former, hvor NOU-er kun er en av flere. NOU-er har fått fokus her, da de (1) sendes ut på høring og (2) ofte er en del av det faglige grunnlaget for stortingsmeldinger og senere proposisjoner som regjeringen legger frem for Stortinget (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2021b).

NOU 2020: 15. Det handler om Norge: Utredning om konsekvenser av demografiutfordringer i distriktene

En av de mest relevante offentlige utredningene om geografisk ulikhet i Norge fra de siste årene er *Det handler om Norge* fra 2020. Utvalget ble ledet av Victor Norman på oppdrag fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet (NOU 2020: 15). I denne utredningen gjennomgår Norman og medforfatterne både norsk distriktpolitikk og utfordringer i nåtid og nær fremtid. Spesielt demografiske forhold som en aldrende befolkning og urbanisering av unge mennesker blir trukket frem som viktige faktorer å forholde seg til. På nasjonal basis vil antall eldre over 80 dobles mellom 2020 og 2040, og i mange distriktskommuner vil mer enn hver tredje innbygger være over 65 år. Veldig mange distriktskommuner vil slite med å få tilgang på kvalifisert arbeidskraft i alle sektorer, både offentlige og private. Dette er spesielt relevant for primærhelsetjenesten, som vil oppleve en voldsom økning i behov, men ikke i tilgang på menneskelige ressurser, da mange yngre mennesker har flyttet. Mange små kommuner har også små og sårbare fagmiljøer.

Utvalget foreslår i kapittel 10 en serie av tiltak både for å hjelpe utsatte distriktskommuner generelt og tiltak spesielt rettet mot primærhelsetjenesten. Av de generelle vurderingene og anbefalingene som er mest relevante for denne kunnskapsoppsummeringen, nevner vi følgende:

- Distriktpolitikken må i større grad vektlegge innbyggernes økonomi og tjenestetilbud enn hva som er tilfellet i dag, der næringsutvikling har stått sterkt.
- Aldringen skaper utfordringer i hele landet og må håndteres med nasjonal politikk.
- Det bør foretas en gjennomgang av det kommunale inntektssystemet for bedre å oppveie for smådriftsfordeler, dysfunksjonelle markeder, lengre avstander og særlig ressurskrevende brukere som det er vanskeligere for små kommuner å håndtere.
- Det anbefales en sterkere innsats for å få et velfungerende boligmarked i distriktet for både unge og eldre.
- Det anbefales fleksible, og gjerne desentraliserte, utdanningstilbud og eventuelt praksis i distriktene.
- Tjenesteutvikling i distriktene bør skje på distriktenes premisser. Endringer i statlig virksomhet har ikke vært tilpasset distriktene og har ført til u hensiktsmessig detaljstyring.
- Det bør oppmuntres til regionalt samarbeid gjennom statsforvalterens skjønnsmidler.

Av vurderingene og anbefalingene rettet spesifikt mot primærhelsetjenesten nevnes følgende:

- Det bør foretas en gjennomgang av finansieringssystemene til spesialist- og primærhelsetjenesten, da det kommunale betalingsansvaret har ført til utilsiktede konsekvenser, slik som at liggetiden på sykehus har gått kraftig ned, i tråd med målene i samhandlingsreformen. Samtidig har antallet innleggelser økt en hel del, noe som ikke var hensikten.
- Den relative veksten i helsepersonell med 35 % mot 2035 bør justeres i tråd med den demografiske utviklingen da en proporsjonal vekst av helsepersonell vis-a-vis behov vil fortrenge mye annet som samfunnet ønsker å bruke ressurser på.
- Samfunnsplanleggingen bør legge til rette for lavere behov for personell gjennom gode aldersvennlige miljøer og helsefremmende tilbud.
- Bruken av velferdsteknologi bør økes.

Norman-utvalget foreslår også et program for utprøving av nye tiltak i distriktpolitikken, hvorav de som er mest relevante for denne kunnskapsoppsummeringen, er gjengitt nedenfor:

- forsøk med gratis barnehage og SFO for å øke familieetableringen i og tilflyttingen til distriktskommuner
- forsøk med skattefritak for å stimulere markedet for utleieboliger i distriktene.

NOU 2023: 4. Tid for handling: Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste

En annen offentlig utredning med høy relevans både for primærtjenesten generelt, uavhengig av geografi, og spesielt for rurale områder, er *Tid for handling: Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*, fra 2023, ledet av Gunnar Bovim (NOU 2023: 4). Denne offentlige utredningen deler mye av det samme utgangspunktet som Norman-utvalget, nemlig en aldrende befolkning. En økt andel av eldre vil gi større behov for helsetjenester, men det vil være færre mennesker i arbeidsfør alder til å levere disse helsetjenestene. Dette gjelder også i primærhelsetjenesten, hvor det allerede er mangel på fastleger og sykepleiere. Bovim-utvalget argumenterer for at gapet mellom forventninger i befolkningen, medisinsk kapabilitet og helsevesenets kapasitet øker, og ber om politisk erkjennelse av mulighetene og begrensningene det offentlige møter i sin tjenestelevering. De spesifikke tallene på personalmangel, samt geografiske implikasjoner for primærhelsetjenesten i denne utredningen, er gjort rede for spesielt i kapittel 4.1.2.

Tiltakene som oppsummeringen foreslår, er strukturert under seks områder: (1) organisering av helse- og omsorgstjenestenes oppgavedeling, (2) oppgavedeling, (3) arbeidsforhold og arbeidstid, (4) utdanning og kompetanseutvikling, (5) prioritering og reduksjon av mindre viktige og til dels uønskede tjenester og (6) digitalisering og teknologisk utvikling. Nedenfor er de spesifikke vurderingene, anbefalingene og tiltakene som Bovim-utvalget foreslår, som er mest relevante for kunnskapsoppsummeringen:

- utrede om skillet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten kan fjernes eller endres for å oppnå bedre samhandling, med tilsvarende gjennomgang av sykehusstrukturen
- styrke folkehelse- og forebyggingsarbeid
- gjennomgå arbeidsdelingen generelt og spesifikt se på om bruken av helsefagarbeidere kan økes, og dermed senke behovet for sykepleieres kompetanse noe
- øke andelen av heltidsansatte og minke andelen av ufrivillig deltidsansatte
- økt utdanningskapasitet, inkludert for etterutdanning av relevant helsepersonell, med fokus på lokalisering av studier i områder med personalmangel samt på desentraliserte løsninger
- en reduksjon av feilbehandling og av unødvendige og lavt prioriterte tjenester, som igjen kan senke arbeidsmengden, og dermed senke behovet for arbeidskraft
- økt bruk av velferdsteknologi, inkludert automatisering av oppgaver som ikke handler om direkte kontakt mellom personell og pasienter, brukere eller pårørende.

Helsepersonellkommisjonen ble møtt av en motmelding med navnet *Framtidens helse- og omsorgstjenester* (Christie et al., 2023). Motmeldingens viktigste premiss er uenighet med Helsepersonellkommisjonens premiss om at den samlede gruppen av helse- og

omsorgspersonell ikke skal øke vesentlig utover dagens nivå, da det vil gå for hardt utover sysselsettingen i andre næringer og sektorer. Motmeldingen viser til at økt sysselsetting i helsevesenet er et gode som ikke nødvendigvis vil føre til negative konsekvenser for samfunnet som helhet. Motmeldingen påpeker også nyanser i forutsetninger. Eksempelvis argumenterer forfatterne for at hvis pensjonsalderen økes med ett år hvert tiår, så vil forsørgerbrøken (antall mennesker i arbeidsfør alder fra 20–74 delt på antall pensjonister (over 67 år) forbli langt bedre enn hva Helsepersonellkommissjonen legger til grunn. Se kapittelet om forskningsresultater for mer informasjon om dette.

NOU 2022: 10. Inntektssystemet for kommunene

Utredningen *Inntektssystemet for kommunene* fra 2022 ble ledet av Marianne Haraldsvik og omhandler det statlig styrte kommunale inntektssystemet (NOU 2022: 10). Inntektssystemet ble innført i 1986 og går i korte trekk ut på at kommunene mottar midler fra staten som de selv disponerer for å løse egne, lovpålagte oppgaver, som eldreomsorg, fastlegeordningen, utdanning og infrastruktur med mer. Utvalget peker på et reformbehov, da forrige utredning fant sted i 2005, og på at inntekts- og utgiftsutjevningen bør gjennomgås, da det er usikkert om alle relevante faktorer blir fanget opp og justert. Inntektssystemet i seg selv er beskrevet og diskutert mer inngående i forskningsgjennomgangen, men nedenfor følger de viktigste vurderingene, anbefalingene og tiltakene som utvalget foreslår. Det kan være viktig å merke seg at mandatet til kommisjonen var begrenset til at det samme systemet med rammefinansiering skulle ligge til grunn. Utgiftsutjevningen forsøker å utjevne alle kostnader som er forårsaket av strukturelle forhold som størrelse, demografi osv., og fungerer i all hovedsak greit. Utvalget peker på at inntektsutjevningen ikke har til intensjon å utjevne alle inntekter, men tillater at noen kommuner har ekstraordinære inntekter fra vannkraft, eiendomsskatt på gass-/petroleumsanlegg, havbruk med mer. Kommunen med høyest skatteinntekt per innbygger i Norge har 9 ganger så høy skatteinntekt som kommunen med lavest skatteinntekt per innbygger. Utvalget foreslår at deler av disse ekstraordinære inntektene blir omfordelt til andre kommuner. Utvalget mener videre at dagens modell for smådriftsulempet (i små kommuner) ikke er treffsikker nok, og at den bør justeres. Distriktstilskuddene bør i all hovedsak opprettholdes med små endringer, men utvalget mener at små kommuner med ekstraordinære inntekter over en satt grense ikke bør motta distriktstilskudd.

Det kan være verdt å merke seg at utvalget selv anslår at fordelingsvirkningene vil føre til mer penger per innbygger for kommuner med mer enn 50 000 innbyggere, og mindre til kommuner med under 15 000 innbyggere. Det er litt vanskelig å si hvordan dette slår ut for små kommuner med relativt lite frie disponible midler og lite økonomisk handlingsrom, da det tilsynelatende er de små rike kommunene med ekstraordinære inntekter som er foreslått å få størst reduksjon i tilskudd. Dette må også ses i sammenheng med at noen av utgiftene for brukere med psykisk utviklingshemming foreslås flyttet til en annen finansieringsordning.

NOU 2018: 16. Det viktigste først: Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester

NOU-en *Det viktigste først: Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester* fra 2018 var ledet av Aud Blankholm. I utredningen legges det frem forslag om prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (NOU 2018: 16). Disse prinsippene ble uttrykt som tre kriterier: nyttekriteriet, ressurskriteriet og alvorlighetskriteriet. Disse prinsippene med tilhørende underprinsipper lå til grunn for stortingsmeldingen *Nytte, ressurs og alvorlighet*:

Prioritering i helse- og omsorgstjenesten, som blir presentert senere.

De endelige prinsippene i stortingsmeldingen *Nytte, ressurs og alvorlighet* ble noe annerledes i den endelige reformen enn prinsippene ovenfor, som ble gjort rede for i den offentlige utredningen (Meld. St. 38 (2020–2021)). Vi vil derfor henvise til gjennomgangen av stortingsmeldingen. Det kan være verdt å merke seg at Blankholm-utvalget peker på at prioriteringene til spesialisthelsetjenesten skiller seg fra den kommunale primærhelsetjenesten når det gjelder prioriteringer, spesielt på politisk og administrativt nivå. Kommuner må prioritere flere typer ressurskrevende velferdsoppgaver, slik som utdanning. Kommuner må også forholde seg ikke bare til pasienters enkelt diagnoser, men ofte også til et sett av diagnoser. Kommuner må også sette pasienten i stand til å mestre / leve med sin tilstand og følge dem opp over mye lengre tid enn spesialisthelsetjenestene, da pasientene i all hovedsak bor i kommunene. Det er også gjort langt mindre forskning på tiltakene som iverksettes i primærhelsetjenesten.

Utvalget anerkjenner også geografisk relevante problemstillinger for disse kriteriene, spesielt for ressurskriteriet. De demografiske utfordringene som følger med en aldrende befolkning og urbanisering av unge mennesker, vil skape en dobbel problemstilling: Behovet vil øke mest i rurale områder, samtidig som rurale kommuner vil få problemer med å rekruttere kvalifisert helsepersonell. Videre påpeker Blankholm-utvalget at geografisk avstand til helsetjenester, både primærhelsetjenester og spesialisthelsetjenester, er noe av det som er mest utslagsgivende når det gjelder bruk av helsetjenester i Norge. Vi ser noen geografiske implikasjoner bli nevnt: Noen tjenester vil kreve mer i form av ressurser i rurale enn i urbane strøk. Tjenester som krever spesielt kvalifisert personell, kan i noen tilfeller bli gjennomført sjeldnere eller av ikke-spesialisert personell, og avstand i form av reisetid spiser opp arbeidstimer som ikke blir brukt til direkte pasientarbeid. Utvalget mener at det er et mål å gi et mest mulig likeverdig tilbud til befolkningen, men samtidig mener utvalget at det må tas hensyn til lokale behov og forhold i den helhetlige vurderingen og prioriteringen. Prioritering blir også viktig når demografiske endringer som aldrende befolkning med geografisk slagside vil føre til at etterspørselen vil overgå tilbudet, og til at tjenestedeckningen vil gå ned, i forskjellig grad forskjellige steder i landet. Likevel har det ikke lyktes oss å finne geografisk rettede forslag for å løse disse geografiske prioriteringsutfordringene.

NOU 2023: 9. Generalistkommunesystemet: Likt ansvar – ulike forutsetninger

NOU-en *Generalistkommunesystemet: Likt ansvar – ulike forutsetninger* handler om dagens kommune og dens oppgaveportefølje, samt om det er grunnlag for å opprettholde et generalistkommunesystem hvor kommunene har det samme ansvaret, samt vurdere alternativer til dagens system. Demografiske endringer vil påvirke rammebetingelsene staten og kommunene har de kommende tiårene. Veksten i inntektene på statsbudsjettet forventes å avta, og behovene for tjenester vil antagelig øke (NOU 2023: 9, s. 9).

En generalistkommune er et eget rettssubjekt med samme juridiske status og lovfestet ansvar for alle sine oppgaver. Denne utredningen sammenfatter mange av rammefaktorene som de andre NOU-ene tar opp, slik som (1) kommuneinndeling, antall innbyggere i en kommune og geografi, (2) bred og omfattende oppgaveportefølje, (3) hvordan staten styrer og legger rammer for kommunene, (4) kommunenes frie inntekter og (5) interkommunalt samarbeid. Videre analyserer utvalget om kommunene er i stand til å løse sine lovpålagte oppgaver som demokratisk aktør, tjenesteyter, myndighetsutøver og samfunnsutvikler.

Analysene viser en klar geografisk komponent: Det er sammenheng mellom en kommunes innbyggertall og sentralitet og den samlede lovoppfyllelsen. Videre ser vi at store

kommuner og kommuner som ligger sentralt, i større grad oppfyller lovkravene enn kommuner som er mindre og ligger mindre sentralt. Økonomi er et vesentlig aspekt, og inntektssystemet kompenserer bare i begrenset grad for geografiske utfordringer. Det er også stor heterogenitet blant de små kommunene. En annen geografisk komponent er lengdegrad. Graden av lovoppfyllelse er høyest i Oslo og kommuner i Viken og Rogaland, og lavest i kommuner i Nordland, Troms og Finnmark. Dette gjelder især usentrale øykommuner og kommuner i Finnmark med utfordringer med store avstander og med klima og vær som fører til tidvis manglende fremkommelighet.

I sum vil små kommuner møte problemer med å løse sine lovpålagte oppgaver fremover, spesielt med tanke på tilgang på kvalifisert arbeidskraft, noe som legger press på prinsippet om generalistkommunen. Tiltak drøftes i 5 hovedkategorier: (1) oppgavedifferensiering, (2) større kommuner, (3) interkommunalt samarbeid, (4) endret statlig styring og (5) oppgaveflytting. Konklusjonen er at generalistkommune som prinsipp bør videreføres, men at tiltak innenfor ovennevnte kategorier kan være nødvendig. Av geografisk relevans kan det nevnes spesielt at utvalget mener at de fleste utfordringene kan løses gjennom en serie av tiltak:

- større kommuner gjennom kommunesammenslåing
- mer interkommunalt samarbeid
- mindre statlig detaljstyring, men mer statlig tilrettelegging
- særskilte oppfølgingsordninger for kommuner med store og vedvarende utfordringer
- tilstrekkelige/forutsigbare og omfordelende inntektssystemer
- god bolig-, utdannings-, nærings- og distriktspolitikk som legger til rette for bosetting, kompetansebygging og verdiskaping i hele landet. (NOU 2023: 9)

3.3 Politiske føringer gitt i relevante styringsdokumenter

I denne delen har vi inkludert reformer, meldinger til Stortinget, og noen andre styringsdokumenter som er relevante for geografiske forskjeller i kommunal eldreomsorg i Norge.

Leve hele livet-reformen (Meld. St. 15 (2017–2018))

Leve hele livet er en kvalitetsreform for eldre som fulgte av Meld. St. 15 (2017–2018). Denne reformen, som varte fra 2019–2023, la opp til at kommunene selv i stor grad skulle utforme og gjennomføre løsningene innenfor eksisterende finansielle rammevilkår. Bakgrunnen for reformen var demografisk: En økende andel av eldre med stor geografisk variasjon mellom kommunene ville ifølge meldingen føre til manglende tilgang på arbeidskraft, med tilsvarende geografisk variasjon. Reformen hadde fem innsatsområder: et aldersvennlig Norge; aktivitet og fellesskap; mat og måltider; helsehjelp og sammenheng i tjenestene. Videre hadde reformen noen gjennomgående temaer: mulighet til å velge; matglede for eldre; helse- og omsorgstjenester for de eldre; pårørendeomsorg og alternative arbeidsordninger.

Av geografisk relevante temaer er de geografisk relevante demografiske endringene diskutert, med implikasjoner for organisering av kommuner, slik som mulig sammenslåing av spesielt små kommuner med hverandre eller med større kommuner, problemer med rekruttering av arbeidskraft, forebyggende innsats og bruk av uformell omsorg. Det ser også ut som at reformen har som implikasjon at eldre skal ta mer ansvar selv og bo hjemme lengre. Dette er til en viss grad dokumentert i reformen og mer eksplisitt i en rapport fra By- og regionforskningsinstituttet (NIBR) på oppdrag fra Helsedirektoratet (Hatleskog et al., 2022).

Det kan være verdt å merke seg at NIBR-rapporten trekker frem covid-19-pandemien som en vesentlig komplikasjon i innføringen av Leve hele livet-reformen.

Bo trygt hjemme-reformen (Meld. St. 24 (2022–2023))

Etterfølgeren til Leve hele livet-reformen er *Bo trygt hjemme-reformen*, presentert i juni 2023 i Meld. St. 24 (2022–2023) med planlagt innføring i 2024. Reformen tar de implisitte signalene om å bo lengre hjemme fra sin forgjenger og gjør dem eksplisitte. De demografiske utviklingstrendene og anerkjennelsen av geografisk ulikhet nevnes tidlig i innledningen og er referert til gjennom reformen i sin helhet. Nettopp endring i behov og kapasitet (spesielt tilgang på personell) grunnet demografi og geografi er årsaken til regjeringens overordnede mål: bidra til at folk skal bo trygt hjemme, bidra til at behovet for helse- og omsorgstjenester blir utsatt gjennom bedre planlegging, styrket forebygging og mer målrettede tjenester og avslutningsvis sikre bedre bruk av personell og de samlede ressursene, og gjennom dette bidra til at alle som trenger det, får tilgang på gode og trygge tjenester. Av geografisk relevante ambisjoner og innsatser nevner reformen følgende punkter:

- levende og aldersvennlige lokalsamfunn som støtter opp under aktivitet, deltaking og møte mellom generasjoner
- at flere skal ha tilgang på et egnet bosted i et aldersvennlig bomiljø
- sørge for at informasjon om hvordan enkeltpersoner og hushold kan gjøre eget bosted aldersvennlig, er lett tilgjengelig og kjent for innbyggerne i alle kommunene
- økt bruk av helse- og velferdsteknologi som legger til rette for at flere eldre kan bo hjemme lengre
- tillitsbaserte tjenester som gjør at eldre opplever forutsigbarhet i eget hjem, og har færre ansatte å forholde seg til
- at de som jobber tettest på de eldre, har rett kompetanse, og får mer ansvar og tillit
- utvikle tjenestene slik at eldre og pårørende føler seg trygge på at fellesskapet stiller opp når det er behov for det
- ivaretagelse av pårørende sin rett til tilrettelagd informasjon og medvirkning sammen med brukeren/pasienten.

Bo trygt hjemme-reformen bygger i stor grad på sin forgjenger, men med noen geografisk relevante endringer. Den med størst geografisk relevans er større involvering av andre deler av statsapparatet, blant annet disse seks departementene: Helse- og omsorgsdepartementet, Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Kommunal- og distriktsdepartementet, Kultur- og likestillingsdepartementet, Kunnskapsdepartementet og Samferdselsdepartementet. Det er også verdt å merke seg reformens satsing på boligpolitikk og Husbanken. Involveringen av hele seks departementer kan leses som en anerkjennelse av at de demografiske utfordringene er tverrsektorielle. Involveringen av Husbanken viser at implikasjonen om at flere eldre skal bo hjemme lengre, setter krav til dertil egnede boliger som i varierende grad ikke finnes per dags dato, spesielt i rurale strøk. Reformen legger eksplisitt opp til at satsingen skal finansieres gjennom frie inntekter til kommunene, dvs. gjennom det kommunale inntektssystemet. Av andre endringer kan det være verdt å legge merke til vektlegging av den nye reformen som en tillitsreform, samt økt fokus på velferdsteknologi.

Samhandlingsreformen ((St.meld. nr. 47 (2008–2009))

Samhandlingsreformen med undertittelen *Rett behandling – på rett sted – til rett tid* kom

som en stortingsmelding i 2009 med innfasing fra 2012 (St.meld. nr. 47 (2008–2009)). Bakgrunnen var tre utfordringer: fragmenterte tjenester, lite forebyggende tjenester og endring i demografiske forutsetninger og endring i sykdomsbildet, med dertil økonomiske utfordringer. Reformen foreslo noen hovedgrep, hvorav noen har vært spesielt geografisk relevante. Hovedgrepene er som følger: (1) klarere pasientrolle, (2) ny fremtidig kommunerolle, (3) etablering av økonomiske insentiver, (4) spesialisthelsetjenesten skal utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse, og (5) tilrettelegge for tydeligere prioriteringer.

Spesielt den nye fremtidige kommunerollen har vært særlig relevant for geografiske forskjeller i kommunale helse- og omsorgstjenester. Tanken bak etablering av en ny fremtidig kommunerolle var at den samlede forventede veksten i behov for helsetjenester skulle legges til kommunene, ikke spesialisthelsetjenesten. Kommunene blir gitt en kompleks oppgave, da de blir bedt om å:

(...) forvalte sine ansvarsposisjoner og oppgaver på en helhetlig måte, med utgangspunkt i brukernes og pasientenes behov for koordinerte helse- og omsorgstjenester, og innenfor de myndighetsmessige rammer som følger av lov og budsjettvedtak. Det ligger i prinsippene for organisering av offentlig sektor at kommunene selv bestemmer hvordan de vil organisere sine helse- og omsorgstjenester. (St.meld. nr. 47 (2008–2009), s. 55)

Dette kan leses som om at kommuner gjennom samhandlingsreformen fikk ansvaret for atskillig flere oppgaver som tidligere ble håndtert av spesialisthelsetjenesten. Videre fikk de autonomi i sin utførelse av oppgavene, og finansieringen ville bli gitt gjennom en egen incentivordning samt det eksisterende kommunalt inntektssystem. Samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten skulle også styrkes, gjennom at kommunene inngikk egne avtaler med sitt helseforetak.

Samhandlingsreformen er antagelig en av de viktigste reformene de siste tiårene for kommunale helse- og omsorgstjenester både generelt og med tanke på geografiske akser som rural/urban, da den endrer oppgavebildet med hensyn til både størrelse og innhold samt relasjonen mellom primærhelsetjenesten og andre offentlige institusjoner, spesielt spesialisthelsetjenesten.

Samhandlingsreformen og konsekvenser av oppgaveflytting til kommuner er også relevant for primærhelsemeldingen fra 2015, som er omtalt nedenfor. Fokuset på samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten blir videre tatt opp i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 (Meld. St. 7 (2019–2020)). Et av reformens hovedpunkter er etableringen av 19 helsefelleskap, som skal bedre samarbeidet mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten lokalt og stå for planlegging og videreutvikling av tjenester. Det er også et økt søkelys på digitalisering i denne reformen.

Prioriteringsmeldingen (Meld. St. 38 (2020–2021))

Stortingsmeldingen *Nytte, ressurs og alvorlighet: Prioritering i helse- og omsorgstjenesten*, kom i 2021 på bakgrunn av NOU-en Det viktigste først, som er gjort rede for i kapittel 3.2. Denne stortingsmeldingen anerkjenner kommuners særlige utfordringer, slik som et videre ansvarsområde ikke bare for andre sektorer og oppgaver, men også for at mennesker skal kunne leve sine liv i kommunene (Meld. St. 38 (2020–2021)). De tre kriteriene nytte, ressurs og alvorlighet er presentert i sin endelige form og i sin helhet nedenfor.

Nyttekriteriet

Et tiltaks prioritet øker i tråd med den forventede nytten av tiltaket. Den forventede nytten av et tiltak vurderes ut fra om kunnskapsbasert praksis tilsier at tiltaket kan øke pasientens livslengde og/eller livskvalitet gjennom å gi økt sannsynlighet for:

- overlevelse
- redusert tap av mestring og/eller fysisk eller psykisk funksjon
- reduksjon av smerter og/eller fysisk eller psykisk ubehag.

Ressurskriteriet

Et tiltaks prioritet øker desto mindre ressurser det legger beslag på.

Alvorlighetskriteriet

Et tiltaks prioritet øker i tråd med alvorligheten av tilstanden. En tilstands alvorlighet vurderes ut fra:

- risiko for død eller tap av mestring og/eller funksjon
- graden av tap av mestring og/eller fysisk eller psykisk funksjon
- smerter og/eller fysisk eller psykisk ubehag. (Meld. St. 38 (2020–2021), s. 60–61)

Både dagens situasjon, varighet av den og tap av fremtidige leveår har betydning for graden av alvorlighet. Graden av alvorlighet øker jo mer det haster å komme i gang med tiltaket.

Av geografisk interesse er det verdt å legge merke til at stortingsmeldingen ikke inkluderer de geografiske perspektivene som NOU-en tar opp.

Primærhelsemeldingen (Meld. St. 26 (2014–2015)) og Kommunereformen (Meld. St. 14 (2014–2015))

Primærhelsemeldingen *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* fra mai 2015 (Meld. St. 26 (2014–2015)) kom delvis på bakgrunn av samhandlingsreformens overflytting av ansvar fra spesialist- til primærhelsetjenesten, med tilhørende utfordringsbilde. Andre viktige faktorer var fremtidig aldring av befolkningen, med tilhørende endret behovsbilde og fremskrevet personalmangel, samt videre arbeid med det som ble stortingsmeldingene *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023* (Meld. St. 7 (2019–2020)) og *Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner* (Meld. St. 14 (2014–2015)). Hovedgrepene i meldingen *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* er følgende:

- utvikle fremtidens tjenester sammen med pasienter, brukere og deres pårørende
- omorganisering til mer teambaserte helse- og omsorgstjenester
- forebygge på en mer kunnskapsbasert og kostnadseffektiv måte
- øke rekrutteringen av og heve kompetansen blant personell
- bidra til økt lederkompetanse
- etablere et register for kommunale helse- og omsorgstjenester for å sikre kvalitetsforbedring og sikre pasient- og brukersikkerhet
- innføre flere digitale verktøy, inkludert for tilgang til pasientinformasjon, og bedre og mer kostnadsbesparende tjenester.

Av geografisk relevante grep trekker stortingsmeldingen frem en ønsket økning av mer teambaserte helse- og omsorgstjenester i primærhelseteam (grunnleggende tjenester) og oppfølgingsteam for brukere med store og sammensatte behov. Årsaken er at primærhelsetjenesten per 2015 var preget av silohandling og mangelfull samhandling og lite rettet mot en fremtid med eldre tjenestemottagere med mer komplekse behov. Dette har også geografiske implikasjoner i form av at regjeringen vil legge til rette for samlokalisering av tjenester. Av andre geografiske implikasjoner nevner denne stortingsmeldingen også at overflyttingen av ansvar etter samhandlingsreformen har ført til et behov for større kommuner, da de vil ha tilgang til større fagmiljøer og kapasitet (Meld. St. 26 (2014–2015)).

Sammenslåingen av kommuner ble presentert i meldingen *Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner fra 2015* (Meld. St. 14 (2014–2015)). De geografiske implikasjonene i denne stortingsmeldingen er veldig mange og for omfattende for denne kunnskapsoppsummeringen, men det kan være verdt å merke seg at det ikke er like eksplisitt henvisning til konsekvenser som er spesifikke for kommunale helse- og omsorgstjenester, og at dette kun er omtalt i underkant av 30 steder i denne stortingsmeldingen.

Av spesiell relevans for denne oppsummeringen nevnes faktorer som økt oppgaveomfang og flere spesialiserte tjenester (også i helse- og omsorgstjenesten) sammen med økte krav til kvalitet og forventninger fra innbyggere. Disse faktorene krever relevant og tilstrekkelig kompetanse i kommunene, som igjen til dels er avhengig av størrelsen på fagmiljøer og stordriftsfordeler. Andre faktorer er de kjente demografiske forutsetningene om en aldrende befolkning, spesielt i distriktene. Stortingsmeldingen la derfor frem en anbefalt kommune-størrelse på minst 15–20 000 innbyggere. Dette ble ikke realisert. Det foreløpige resultatet av stortingsmeldingen med påfølgende proposisjoner er en reduksjon fra 428 til 356 kommuner (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2020; Regjeringen.no, 2021).

Stortingsmelding/reform: Eit godt liv i heile Noreg – distriktspolitikk for framtida (Meld. St. 27 (2022–2023))

Meldingen *Eit godt liv i heile Noreg – distriktspolitikk for framtida* fra 2023 er i stor grad en oppfølging av Norman-utvalgets utredning fra 2020 og tar utgangspunktet i utfordringer knyttet til en geografisk ulik fordeling av en aldrende befolkning (Meld. St. 27 (2022–2023)). I tillegg til utfordringer knyttet til størrelse peker stortingsmeldingen på at distriktspolitikken er spesielt aktuell for Nord-Norge. Denne stortingsmeldingen er vid i sin tematikk og inneholder både næringspolitikk, utdanningspolitikk, infrastruktur med mer.

Av geografisk relevante tiltak kan nevnes styrking av Husbanken og prioritering til lån av utleiebosteder og bostedskvalitet i distriktskommuner med lavest sentralitet, 5–6, hvor spesielt sentralitet 6 blir prioritert. I samme prosess har utlånsrammen økt med 1 milliard til 21 milliarder kroner i 2022. Et annet geografisk relevant tiltak er at stortingsmeldingen legger opp til mer interkommunalt samarbeid, styrking av allmennlegetjenesten, akuttmedisinske tjenester som legevakt og responstid for ambulansetjenesten. Regjeringen ønsker å videreføre og styrke ordninger som gjeldssletting av utdanningslån samt gratis barnehage i tiltakssonen i Nord-Troms og Finnmark. Regjeringen vil også vurdere hvordan desentraliserte utdanningstilbud kan dimensjoneres og plasseres slik at utdanning blir tilgjengelig for alle, og slik at det kan tilbys gode velferdsordninger i hele landet.

3.4 Oppsummering

I dette kapittelet ser vi nærmere på at kommuner har lovpålagt ansvar for store deler av oppgavene relatert til eldreomsorg, slik som sykehjem, hjemmetjenester og omsorgsboliger. Vi

har også sett at mange utredninger og meldinger til Stortinget har relevans for geografisk variasjon i kommunal eldreomsorg i Norge, da geografiske og demografiske problemstillinger ser ut til å oppta aktører i norsk politikk. Mange av disse utredningene og politiske føringer tar utgangspunkt i samfunnsutfordringer, spesielt av demografisk type, slik som mangel på ressurser, både finansielle og menneskelige, og økt behov for tjenester. Vi ser også at politikk som er relevant for geografisk variasjon i kommunal eldreomsorg, har sitt opphav på tvers av offentlige organer, slik som Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og Kommunal- og distriktsdepartementet.

4 Forsknings- og fagutviklingslitteratur

I dette kapittelet identifiseres, beskrives og oppsummeres forsknings- og fagutviklingslitteratur om geografiske forskjeller i kommunale helse- og omsorgstjenester forbundet med eldreomsorg. Forskningslitteraturen er presentert i fire hovedkategorier med flere underkategorier. Selv om kategoriene er adskilt fra hverandre, vil noen artikler og avhandlinger omhandle flere av dem, siden slik litteratur kan ha flere tematikker. Noen NOU-er, samt rapporter fra eksempelvis Statistisk sentralbyrå, Nordlandsforskning og NIBR og kunnskapsoppsummeringer fra SOF, er også nevnt i forskningsgjennomgangen, men sjangertilhørighet er gjort eksplisitt, da slike rapporter og utredninger ikke har status som vitenskapelige publikasjoner. Doktorgradskapper og monografier er også inkludert som forskningslitteratur. En statlig forsøksordning om finansiering av kommuner og masteroppgaver er omtalt senere som fagutviklingsarbeid.

4.1 Overordnede forutsetninger

4.1.1 Avstander, klima og vær som utfordring

De Smedt og Mehus (2017) viser i en scoping reviw om sykepleieforskning i rurale områder i Norge at avstander, klima og vær er utfordringer som er geografisk betinget. De ansatte i hjemmetjenestene må ofte reise lengre i rurale områder, ofte alene. I noen rurale strøk kan kjøretid og dokumentasjonsarbeid utgjøre omtrent halvt om halvt av indirekte pasientarbeid, som igjen i sum ofte kan overstige direkte pasientarbeid (Helgheim et al., 2018). Kjøretiden kan forlenges ytterligere på grunn av klima- og værforhold. I noen tilfeller skyldes dette spesifikke værhendelser, slik som snøstormer og urolig sjø, som kan gjøre at veier, fjelloverganger og fergeforbindelser kan bli krevende å kjøre, vinterstengt eller ufremkommelige, spesielt på vinterstid. I andre tilfeller kan klimaforhold føre til dårligere generell fremkommelighet, slik som at snøfall eller telehiv fører til humpete og tidvis glatte veier og til lengre kjøretid, eller at snøfall fører til behov for måking og brøyting for hjemmetjenesten (De Smedt & Mehus, 2017; Edvardsen et al., 2020; Ervik et al., 2021; Holm et al., 2017). Det er nødvendig å gjøre denne distinksjonen, da spesifikke værhendelser er vanskeligere å planlegge for og har en annen varighet enn klimaforhold. Avstand har ikke bare effekt på logistikken til ansatte i hjemmetjenesten, men også på tilgjengeligheten av andre offentlige tjenester som ansatte i hjemmetjenestene bruker. For eksempel kan mangel på posttjenester gjøre at tilgangen på medisiner kan være begrenset i distriktene, og ansvaret for medisiner kan tidvis bli overlatt til pårørende (Ervik et al., 2021). Distanse fra hjemsplassen til utdanningsstedet kan sammen med mangel på finansielle og menneskelige ressurser også virke som hindre for hvorvidt ansatte i kommunale helsetjenester tar videreutdanning eller ikke (Ervik et al., 2021).

For tjenestemottagere vil de samme forholdene hemme nærhet til både fastlege, sykehus og andre tjenester. I noen tilfeller kan det føre til tidligere overgang fra hjemmetjenester

til institusjoner som omsorgsbolig eller sykehjem for tjenestemottagere i distriktet enn for tjenestemottagere i urbane områder, da hjemmetjenesten møter logistiske utfordringer i å tilby hyppig hjelp over lengre avstander (Edvardsen et al., 2020; Holm et al., 2017). Avstand kan også føre til at tjenestemottagere mottar mindre hjelp før de flytter. I noen casestudier har tjenestemottagere som bor nær hjemmetjenestens kontor, nesten dobbelt så mye direkte kontakt enn de som bor i rurale områder langt unna (Helgheim et al., 2018). Manglende kunnskap om geografisk distanse og reisevei fører også til ugunstige situasjoner i overgangen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Edvardsen et al. (2020) viser at kreftpasienter som skal til rurale kommuner, ofte blir sendt ut med taxi uten at spesialisthelsetjenesten (og pasientreiser) nødvendigvis har utredet om veien er åpen i det hele tatt. Vi har likevel valgt å begrense omtalen av pasientreiser i denne oppsummeringen, da det faller inn under spesialisthelsetjenestens mandat.

4.1.2 Demografi og personalmangel

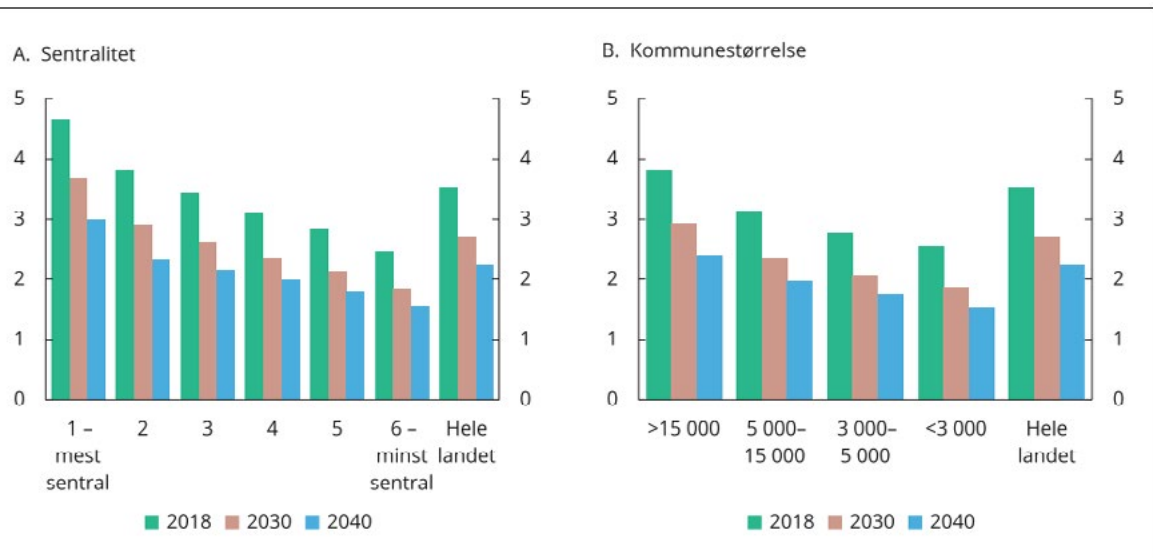
Et tema som tas opp i flere artikler med geografisk relevans, er demografi og demografiske forhold som befolkningsstørrelse, kjønnsfordeling, aldersfordeling, geografisk fordeling, fruktbarhet, dødelighet og migrasjon (f. eks. Bovim & Nerdrum, 2023; Stein, 2019a).

En gjenganger når demografi er tematisert, er to underliggende prosesser: en aldrende befolkning og urbanisering. Antallet eldre over 80 er fremskrevet til å dobles mellom 2020 og 2040, og i mange distriktskommuner vil mer enn hver tredje innbygger være over 65 (NOU 2020: 15). Kombinasjonen av en aldrende befolkning og økt urbanisering vil på sikt føre til mangel på arbeidskraft og skatteinntekter samt økt behov for helsetjenester både nasjonalt og spesielt i rurale områder (Blix et al., 2021; De Smedt & Mehus, 2017; Sogstad et al., 2020).

Rogne og Syse skriver i sin rapport om befolkningsfremskrivninger fra Statistisk sentralbyrå i 2017 at noen geografiske områder, slik som områder med storbyer, kan få en relativt beskjeden vekst i andelen av eldre frem mot 2040 (Rogne & Syse, 2017). Disse vil komparativt være i en fordelaktig situasjon med hensyn til viktige sosiodemografiske kjennetegn i befolkningen, som utdanning, inntekt, gjeld, formue, innvandring, familiesituasjon og helse. Andre områder, slik som fylker og kommuner med mer rurale bosetningsmønstre og som ligger lite sentralt til, vil derimot kunne få en større andel av eldre, og situasjonen med hensyn til de ovennevnte sosiodemografiske kjennetegnene vil ikke være fullt så fordelaktig. Det kan imidlertid hende at de eldre har noe påvirkningskraft på ressursituasjonen selv også. Rogne og Syse antar at dersom utdanning og fordelaktig økonomi og boligsituasjon er en indikator på ressurssterkhet, så er fremtidens eldre bedre rustet enn tidligere. Også dette er geografisk betinget. Som nevnt er det flere med høyere utdanning i storbyene enn i resten av landet. Unge bosetter seg ofte langt unna sine foreldre, noe som får implikasjoner som mindre sosial kontakt og mindre uformell omsorg. Forfatterne påpeker imidlertid at dette vil avhenge av utviklingen i helsen til fremtidige eldre. Komparativt vil Norge få en mindre eldrebølge enn andre sammenlignbare land, da Norge har hatt et mindre fall i fruktbarhet og større innvandring av unge mennesker. Eksempelvis har Tyskland og Italia noen av Europas eldste befolkninger, hvor over halvparten er over 46 per 2017. Også Sverige og Finland har sterkere aldring enn Norge. Norge kan dermed se til andre land som har kommet lenger enn oss i sine utfordringer, for å se hvilke løsninger disse har valgt. Rogne og Syse minner også om at fremskrivninger er usikre, og at de underliggende trendene er langt mer interessante enn selve tallene. De påpeker også at de i rapporten har sett på gjennomsnitt og ikke variasjon, og at dette bør studeres nøyere. De påpeker også at de har sett etter problemer, ikke muligheter for å løse disse.

I gjennomgangen av relevant samfunnsvitenskapelig litteratur finner vi årsaksargumenter knyttet til fortetting/agglomerasjon av mennesker i urbane områder. Sentrale argumenter er at mer effektiv logistikk, tilgang på arbeidskraft og varesalgsmarkeder fører til fortetting fra næringslivets og det offentliges side (Johansen, 2009; Onsager, 2019; Soja, 2010). Vi ser også at mennesker i Nord-Norge ser ut til å flytte til urbane områder grunnet utdanning og jobb (Stein, 2019b). Det ser også ut til at folk tenderer til å bli boende i det området der de utdannet seg (Gythfeldt & Heggen, 2013).

Et av de mer omtalte temaene i forskning som er nært knyttet til demografi, er en eksisterende mangel på sykepleiere og leger, spesielt i distriktene og i Nord-Norge, som er fremskrevet til å øke. I 2018 var underdekningen på sykepleiere på omtrentlig 5350–5500 årsverk, med en prosjektert underdekning i 2035 på 25–28 000 årsverk. Dette forutsetter opprettholdelse av eksisterende tjenestetilbud (Gautun, 2021; Hjemås et al., 2019; NOU 2023: 4). Et av funnene i NOU-en *Tid for handling* fra 2023 er at behovet for helsepersonell i kommunal eldreomsorg er geografisk betinget, hvor små og lite sentrale (rurale) kommuner kommer verst ut med tanke på tilgang på helsepersonell allerede i dag (NOU 2023: 4). Figur 4 illustrerer forsørgerbrøken i kommuner etter sentralitet og størrelse, som er brøken mellom antall sysselsatte i alderen 20–74 år (teller) og antallet pensjonister over 67 år (nevner). Figuren kan gi en pekepinn på hvor behovene for eldreomsorg vil være størst i forhold til tilgjengelig helsepersonell både i nåtid og nær fremtid. Det kan være verdt å merke seg at kommuner med sentralitet 5–6 dekker 72 % av landet, men kun 14 % av befolkningen (NOU 2020: 15). I figur 4 ser vi at de store samt mest sentrale kommunene vil ha flere arbeidsføre per pensjonist enn de mindre og minst sentrale kommunene, og at forsørgerbrøken er antatt å bli veldig lav og kanskje kritisk for funksjonen i de minste og minst sentrale kommunene i 2040. Nettopp forsørgerbrøk er noe omdiskutert. En motmelding til Helsepersonellkommisjonen påpeker at dette vil bli svært moderert hvis pensjonsalderen blir hevet med 1 år per 10. år (Christie et al., 2023).



Figur 4 Figur over forsørgerbrøk etter henholdsvis sentralitet og kommunestørrelse (NOU 2023: 4, s. 44)

Norske myndigheter har indikert at det offentlige vil få problemer med å dekke behovene hos den voksende eldre befolkningen i fremtiden, og peker at pårørende og frivillige er nødt til å påta seg et ansvar og legge ned en innsats, eksempelvis uttrykt i *Nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet (2015–2020)* (Helse- og omsorgsdepartementet, Frivillighet Norge & KS, 2015). Blix et al. (2021) påpeker at potensialet for bruk av uformell omsorg for å møte behovet hos hjemmeboende eldre er mindre enn hva myndigheter har lagt til grunn, og at dette ikke er demografisk bærekraftig. Det vil være færre pårørende å ta av da forsørgelsesraten vil endre seg, mange pårørende er ikke villige til å gi uformell omsorg, og økt uformell omsorg vil antagelig bety at en del kvinner blir nød til å gi opp betalt arbeid. Dette vil merkes tydelig i små kommuner, hvor familieomsorgskoeffisienten og aldersbæreevnen vil falle mest grunnet fraflytting (Blix et al., 2021). Et eksempel på hvordan uformell omsorg allerede brukes i høy grad i rurale områder, som på de ytterste øyene i Nord-Norge, finner vi hos Mehus og Giæver (2022), som påpeker at uformell omsorg ivaretar de hjemmeboende eldre og fungerer som et hvilende nettverk når offentlige helse- og omsorgstjenester ikke imøtekommer omsorgsbehovet.

For å møte utfordringen med tilstrekkelig tilgang på helsepersonell har det i flere artikler og rapporter blitt drøftet rekrutteringstiltak som desentralisert sykepleieutdanning (Eriksen & Huemer, 2019; Norbye & Skaalvik, 2013), disriktsrelevant pensum, praksis og bindings-tid i distriktet for legestudenter (Abelsen et al., 2022), økonomiske insentiver som høyere lønn (Helmers & Bergsagel, 2018) og generelle goder knyttet til befolkningsfattige og lite sentrale områder, som skatteletter eller avskrivning av studielån (Gaski et al., 2022). I tillegg tar flere av artiklene opp at samhandlingsreformen stiller krav til større spesialisering, med påfølgende geografisk skjevfordeling som konsekvens: Store kommuner får til å bygge opp fagmiljøer, mens små kommuner sliter med dette da de har få ansatte med tilsvarende spesialisert kompetanse. Vi skal gå nærmere inn på noen av disse rekrutteringstiltakene senere, i kapittel 4.3.1.

I forbindelse med problemstillingene nevnt ovenfor peker Bliksvær et al. (2020) på at det finnes to måter kommunene kan møte disse demografiske problemstillingene på: enten forhindre/begrense fraflytting ved å gjøre kommunen mer attraktiv eller begrense fremtidige utgifter til helse- og omsorgsfeltet via tiltak av forebyggende og helsefremmende art (Bliksvær et al., 2020, s. 125).

4.1.3 Oppsummering

Flere publikasjoner påpeker at geografiske forhold som avstander og klima- og værforhold påvirker effektiviteten i kommunal eldreomsorg. Eksempler inkluderer lange kjøretider for hjemmetjenester på grunn av kommunens størrelse og utfordrende værforhold som vinterstengte fjelloverganger. Selv om statlige tiltak og lokal innsats kompenserer litt, er det utfordringer knyttet til geografi som er vanskelige å overkomme. Kvaliteten på infrastruktur, som tilgang til internett og offentlig transport, er også relevant, men mindre diskutert i de identifiserte artiklene. Publikasjonene som tar opp demografi og personalmangel, peker på at demografiske endringer, som en aldrende befolkning og urbanisering, fører til et misforhold mellom behovet og kapasiteten i eldreomsorgen, spesielt i rurale områder. Dette inkluderer utfordringer med å tiltrekke seg og beholde kvalifisert helsepersonell og pårørende som er villige til å gi uformell omsorg.

4.2 Nasjonale studier med fokus på geografiske forskjeller i kommunale helse- og omsorgstjenester

Få artikler tar opp geografiske forskjeller i kommunale helse- og omsorgstjenester på nasjonalt nivå, men det finnes noen slike artikler, som vil bli sammenfattet og diskutert her.

4.2.1 Nasjonale geografiske forskjeller blant eldre

Blekesaune og Haugen (2018) gjennomførte en kvantitativ analyse av graden av tilfredshet med kommunale helsetjenester blant rurale og urbane tjenestemottagere, basert på to nasjonale undersøkelser. De uthever to funn som viktige. Det første funnet hos Blekesaune og Haugen er at eldre i rurale kommuner er mer fornøyde med de kommunale helse- og omsorgstjenestene de mottar, enn eldre i urbane områder. Dette var spesielt tydelig når det gjaldt hjemmetjenester og institusjoner som sykehjem. Bildet nyanseres noe av at eldre i urbane områder er mer fornøyde med offentlige transportmidler både innad i og inn/ut av kommunen, samt at det er mer utbredt med møteplasser slik som kafeer i urbane kommuner. Det andre funnet er at eldre i rurale kommuner har hyppigere og tettere kontakt med sine naboer enn i urbane kommuner, og at de i større grad deltar i frivillig arbeid. De eldre i rurale områder rapporterer om høyere stedstilhørighet, opplevelse av fellesskap, nærhet til naboer og venner og at deres omgangskrets i stor grad er knyttet til nabolaget. Forfatterne beskriver også at graden av ensomhet og fornøydhet med livet generelt ikke ser ut til å være veldig forskjellig i rurale og urbane områder, og at de som bor hjemme, er mer fornøyde enn de som bor på institusjon. Videre påpeker forfatterne følgende begrensninger i sine funn: Studien alene kan ikke brukes til å si noe om sammenhengen mellom geografi og livskvalitet/levevilkår uten inklusjon av kvalitative studier (Blekesaune & Haugen, 2018). Funnene ovenfor bekreftes i all hovedsak av Bliksvær et al. (2020) i en forskningsrapport fra Nordlandsforskning. Bliksvær et al. nyanser bildet videre i sin rapport: Når det gjelder forskjeller i trekk som sosialt nettverk, frivillig arbeid og forventninger til og tilfredshet med kommunale tjenester i aldersgruppen over 55 år, er resultatene ofte bedre i rurale områder enn i urbane områder, men ikke statistisk signifikant. Fornøydhet med andre tjenestetilbud som kafeer og lignende samt for aktiviteter er derimot høyere i urbane områder (Bliksvær et al., 2020, s. 124–125).

I en undersøkelse av Kalfoss et al. (2018) ser forfatterne på identitetsprosesser blant eldre i rurale og urbane kontekster. I deres utvalg på 434 personer var det liten eller ingen geografisk forskjell når det gjelder fysisk funksjonsnivå mellom personer i urbane og rurale områder, men en større andel av deltagerne i rurale områder hadde depressive symptomer. Det å være uten partner, samt rurale normer som høy verdsettelse av autonomi, kan spille inn på dette. Her foreslår forfatterne også at rural fraflytting kan ha bidratt til mindre sosial støtte i distriktene. Videre viser Kalfoss et al. at de som greier seg best, er rurale eldre som bor sammen med familie, samt urbane eldre kvinner. Forfatterne stiller spørsmål om disse kvinnene lykkes bedre i ikke å ta inn over seg aldringsspesifikke prosesser, samt i å opprettholde aktiviteter som gir grunnlag for positive følelser som selververd og selvtilitt. Avslutningsvis kan det være verdt å merke seg at dataene for denne studien er fra 2004, altså 14 år før denne artikkelen ble publisert.

Det finnes også nasjonale, geografisk relevante forskjeller i opplevd aggresjon mellom beboere på norske sykehjem, sett fra sykepleieres perspektiv (Botngard et al., 2020). Det ser ut til at sykehjem med demensavdelinger, større sykehjem og/eller sykehjem i suburbane/urbane områder alle er mer utsatt for aggresjon mellom beboere enn kort- og langtidsavdelinger, små sykehjem og/eller sykehjem i rurale områder. En mulig forklaring på dette

fenomenet er ifølge forfatterne at dette er et resultat av størrelsen på institusjonen, dvs. at rurale steder har små institusjoner, mens større institusjoner ligger i suburbane/urbane områder. En annen mulig forklaring, som ikke er diskutert av forfatterne, er at det muligens er lavere grad av utskiftning av personalet, og dermed høyere grad av kontinuitet i personalet, på små steder.

4.2.2. Overordnede systemanalyser

Overordnet varierer tjenesteprofilen til en viss grad med geografien. Førland og Rostad (2019) viser i sin kunnskapsoppsummering at dekningsgraden/tjenesteprofilen varierer mellom kommunene. Blant brukere over 80 år finner forfatterne større bruk av hjemmetjenester i rurale kommuner enn i urbane kommuner, Norge sett under ett. Dette bildet nyanteres av enkelte grupper. Moholt (2019); Moholt et al. (2020) finner at hjemmetjenester og avlastningstiltak ser ut til å forekomme mer vis-à-vis andre tjenester i urbane enn i rurale strøk blant personer med demens. Dette er omtalt i kapittel 4.4.3.

En mer overordnet analyse av kommunale velferdstjenester i rurale områder blir gitt av Frisvoll (2020). Her diskuterer Frisvoll om rurale områder kommer til å bli marginalisert i fremtiden grunnet demografiske forhold. Han argumenterer for at kommunenes muligheter til å gjøre lokale tilpasninger snevres inn av rettighetsregulering og detaljstyring av bemanning og økonomi. Et sentralt spørsmål hos Frisvoll er om morgendagens universelle velferdssamfunn skal rigges etter de store bykommunenes kapasitet og muligheter eller etter de små kommunenes kapasitet og begrensede muligheter. Frisvoll antar at det vil bli et enda større strekk i velferdstilbudet mellom sentrale og perifere strøk i Norge, og med det også en utfordring mot velferdsstatens universalisme. Han foreslår tiltak mot økte geografiske forskjeller i det fremtidige velferdstilbudet til befolkningen i distriktene og i sentrale områder. Frisvoll foreslår å styrke innsatsen på offentlig innovasjon målrettet mot velferdskommunene i mer rurale områder.

En annen geografisk forskjell på systemisk nasjonalt nivå er opplevelsen av tilgjengelig informasjon og samarbeid (Veenstra et al., 2020). Informasjonsflyten i kommunale hjemmetjenester er i gjennomsnitt bedre i små kommuner. Dette kan gi en mer positiv oppfatelse av samarbeid blant ansatte, samt bedre pasientsikkerhet. Årsaken til forskjellene i informasjonskontinuitet er ifølge Veenstra et al. (2020) antagelig størrelse i seg selv. Større kommuner har mer komplekse omsorgstjenester, med flere aktører innenfor eldreomsorg, slik som flere fastleger osv. Videre finner Skinner et al. (2021) at arbeidsplass og kommunestørrelse ikke bare er viktig for informasjonsflyt, men også for samarbeid. Sykepleiere oppfatter horisontalt samarbeid med fem andre tjenester (tildelingskontor, fysio-/ergoterapi, fastleger, sykehjem og hjemmetjenester) som bedre i små kommuner enn i store. Årsaken til dette være lik som for informasjonskontinuitet: Små kommuner har gjerne bare ett eller få sykehjem, legekantor osv., og disse er gjerne geografisk nær hverandre. Skinner et al. argumenterer også for at dette er avhengig av arbeidsplass, eksempelvis viser de at sykepleiere på korttidsenheter har bedre samarbeid med fysio-/ergoterapitjenester, men dårlige samarbeid med fastleger enn sykepleiere i hjemmetjenesten, antagelig grunnet både frekvens i samarbeid og forskjeller i arbeidshverdag og arbeidsoppgaver.

4.2.3 Oppsummering

Vi fant relativt få nasjonale studier og publikasjoner med fokus på geografiske forskjeller i kommunale helse- og omsorgstjenester, spesielt når det gjaldt eldreomsorg. Det finnes imidlertid noen, og et hovedfunn i disse er at mennesker i rurale områder er noe mer fornøyd med tjenestene de mottar, enn i urbane områder, mens opplevd livskvalitet er nokså

likt. Videre ser informasjonsflyten i kommunale hjemmetjenester ut til å være bedre i små kommuner, antagelig som et produkt av størrelse.

4.3 Sentral politikk og satsning

4.3.1 Rekrutteringstiltak, utdanningstiltak og insentivordninger spesielt i rurale områder

Gaski et al. (2022) beskriver følgende hindre for rekruttering av helsepersonell av forskjellige profesjoner i distriktet: den relative stedsattraktiviteten/tiltrekningskraften til små versus store steder; stillingsutforming og betalingssystemer; manglende kompensasjon for lange arbeidsdager og generelt mer utfordrende arbeidsforhold i distriktene; lavere profesjonell prestisje for jobber i distriktet og til slutt risiko for faglig isolasjon.

Når det gjelder fremmende tiltak, finner Gaski et al. (2022) følgende: tilrettelegging av grunnutdanning for helsepersonell med sikte på å rekruttere til distriktene; økonomiske insentiver; tiltak som kan lette overgangen til praksis, spesialisering og videreutdanning; systematisk arbeid med rekruttering og stabilisering av helsepersonell i distriktene og til slutt [utvikling og styrking av] fagmiljøer og nettverk. Abelsen et al. (2022) trekker frem tre nærliggende faktorer som er spesielt viktige for å velge å ta en rural jobb. Den første er en rural oppvekst, den andre er positive erfaringer med praksis i rurale settinger under utdanning, og den tredje er videreutdanning etter endt utdanning spesifikt målrettet mot rurale kontekster.

Flere geografisk relevante utdanningstiltak for å rekruttere og beholde helsepersonell har blitt identifisert i forskningslitteraturen. Ifølge Abelsen et al. (2020) kan slike intervensjoner grovt deles inn i utdanningstiltak, økonomiske insentiver, ikke-økonomiske insentiver, omskolering og regulerende policy. En av gjengangerne blant intervensjoner er desentralisert utdanning, gjerne av sykepleiere. En rapport fra Nasjonalt senter for distriktsmedisin viser at slike tilbud har eksistert i Norge siden 1970-tallet, og mellom 7,6 % og 10 % av sykepleiestudentene i perioden 2015–2019 tok desentralisert utdanning (Gaski & Huemer, 2020). Både enkeltstående pilotstudier og lengre dokumentanalyser viser at bachelorstudenter i sykepleie som har tatt desentralisert sykepleierutdanning i Finnmark, forblir i fylket etter endt utdanning (Eriksen & Huemer, 2019; Nilsen et al., 2012). 87,5 % av studentene på desentralisert sykepleierutdanning ved UiT mellom 1994 og 2011 tok en jobb i sitt lokale, rurale område, og 85 % jobbet fremdeles som sykepleiere i 2012 (Norbye & Skaalvik, 2013). Videre har 56 % tatt videreutdanning, hvorav mesteparten ble tatt på deltid og/eller desentralisert (Skaalvik et al., 2014). Dette er i tråd med funn hos Gythfeldt og Heggen (2013), som viser at 90 % av de som vokser opp og utdanner seg i en region, blir boende der. Forfatterne viser også at 50–60 % av de som flytter til og utdanner seg i en region, blir boende i sin nye region. Forfatterne påpeker at færre studenter som reiser ut av sin region, blir rekruttert tilbake dit, og at det siste funnet varierer med urbanitet.

Et nøkkelfunn er at desentraliserte utdanninger med samlinger bør legges til områder med sykepleiermangel, da lokal oppslutning og rekruttering er geografisk betinget av hvor disse desentraliserte utdanningene finner sted. Ikke bare forblir sykepleierstudenter fra desentraliserte programmer i sine lokale omgivelser i høyere grad, men de er også allerede en del av lokalsamfunnene som de bor og arbeider i, og har derfor kjennskap til lokale forhold (Nilsen et al., 2012) og er ofte veletablerte med familie og deltagelse i lokale primærnæringer (Eriksen & Huemer, 2019). Desentraliserte utdanningsløsninger blir også trukket frem som mulige tiltak mot geografisk ulikhet i tilgang på personell i relevante offentlige utredninger

som er gjort rede for andre steder i denne oppsummeringen, for eksempel hos Abelsen et al. (2022); Gaski et al. (2022); (NOU 2023: 4). Merk at de desentraliserte utdanningene ikke har fulgt en helhetlig modell, men foregår med forskjellig oppbygning (Gaski et al., 2022; Gaski & Huemer, 2020).

Vi kan også se omfattende bruk av økonomiske og ikke-økonomiske insentiver i rekrutteringsøyemed. Omfanget av disse er lite omtalt i den norske forskningslitteraturen, men Gaski et al. (2022) trekker i sin kunnskapsoppsummering frem noen sentrale funn. Økonomiske insentiver er mye brukt, men er ifølge Gaski kategorisert som et tiltak med lav forskningsmessig evidens av Verdens helseorganisasjon (WHO). Noen internasjonale systematiske oversiktsartikler peker ifølge Gaski et al. på at dette har en usikker effekt. I noen tilfeller fungerer det bra for rekruttering, men dårlig for å beholde helsepersonell som leger over tid, da de som regel slutter etter endt bindingstid. Unntaket er ifølge Gaski et al. nedskrivning av studielån, som har en stabiliserende effekt. Et eksempel på dette er tiltakssonen for Finnmark og Nord-Troms, hvor nedskrivning av studielån, skattelette og ekstra barnetrygd virker stabiliserende på de mest mobile personene uten geografisk tilknytning til tiltakssonen.

Motargumenter finnes eksempelvis hos Stein (2019a), som argumenterer for at de norske skattelettene i tiltakssonen ikke har ført til en vesentlig annen demografisk utvikling enn i områder som ikke har slike tiltak, slik som Nord-Sverige. Videre ser det ut til at økt lønnsnivå er det vanligste økonomiske tiltaket, men det er ifølge Gaski et al. (2022) ikke gjort studier for å evaluere virkningen av denne typen insentiver. Eksempler på slike tiltak er økt lønn, oppstartsbonus, økte tilskudd, bonusordninger, ekstra ferie med lønn, fri med lønn til kurs og rett til permisjon med lønn (Gaski et al., 2022).

Kommunal- og distriktsdepartementet (2022a) har gjort en kartlegging av slike rekrutteringstiltak i norske kommuner. Kartleggingen ble gjennomført som en spørreundersøkelse, hvor 248 av 356 kommuner svarte. Svarprosenten var høyest i de minst sentrale kommunene, og lavest i de mest sentrale. Dette kan knyttes til at små kommuner er mer oversiktlige og enklere kunne gi et komplett svar, samt at de mindre kommunene ble purret på mot slutten av undersøkelsen. 185 (75 %) av kommunene som svarte, rapporterte egne incentivordninger for å tiltrekke seg arbeidskraft, få tilflyttere eller beholde unge innbyggere, og 159 (86 %) av kommunene oppga rekruttering av spesielt etterspurt arbeidskraft som fremste formål. 151 (95 %) av disse igjen oppga også at rekrutteringen var rettet mot helsepersonell. Incentivordninger var mest brukt i distriktskommuner, spesielt i Nordland, Troms og Finnmark. Høyere lønn er det vanligste tiltaket, etterfulgt av betalt utdanning, boligtilskudd, leiebolig, flyttetilskudd, subsidierte tjenester, arbeidstidsordninger, gjeldsslette og andre ordninger. 67 % av kommunene oppgir at nyrekrutterte i størst grad kommer fra nabokommunen, og det samme gjelder over halvparten av tilflyttere. 67 % oppgir også at slike ordninger i andre kommuner slår negativt eller litt negativt ut for egen kommune, mens kun 8 % er litt positive eller positive til dette. Kartleggingen ble ikke fulgt opp med en vesentlig analyse av disse tallene, men en mulig plausibel analyse er at kommunene ufrivillig har havnet i en konkurransesituasjon med andre kommuner, hvor kommunene redistribuerer ressurser fra andre deler av kommunal velferd innad for å betale for nødvendige helsetjenester.

For mer informasjon om denne tematikken viser vi også til kapittel 5, hvor et rekrutteringsverktøy for helsepersonell blir presentert.

4.3.2 Spenning mellom statlig styring og lokal autonomi

Lokalt ansvar for og lokal autonomi i utformingen av velferdstjenester og eldreomsorg kan føre til lokale forskjeller i hvilke tjenester som blir tilbudt, fra kommune til kommune. I og for

seg er ikke dette nødvendigvis et problem, da ulike kommuners forutsetninger kan kreve forskjellige løsninger, og mye av denne variasjonen er derfor ønsket. Likevel kan det oppstå spenninger mellom stat og kommune, og det er disse spenningene Martens (2017) tar opp i sin doktorgradsavhandling. Den første hovedspenningen er mellom nasjonale ambisjoner og lokal autonomi, eller mellom forskjellige nivåer i staten, mens den andre hovedspenningen er i fordelingen av ansvaret mellom det offentlige og pårørende for å dekke de eldres omsorgsbehov. Disse hovedspenningene kommer frem i hovedfunnene fra Martens doktorgrad.

Det første hovedfunnet er at lovfesting av rettigheter til omsorgstjenester har økt mellom 1993 og 2014, men at dekningsgraden har gått ned. Dette betyr ifølge Martens en økende diskrepans mellom nasjonal ambisjon og hva kommunene er i stand til å tilby. Det andre hovedfunnet er at forskjeller i dekningsgrad mellom kommuner i stor grad skyldes kommuneøkonomi, som igjen blir til gjennom et statlig styrt system. Dette blir videre drøftet i en egen seksjon lengre ned. Det tredje hovedfunnet er at styringsdokumenter ser ut til å prioritere omsorgsboliger heller enn å stimulere markedet til å bygge ny boligmasse med universell utforming. Dette er ulikt resten av boligpolitikken. Martens konklusjon er (1) at den norske velferdsstaten ikke er helt løsrevet fra familiens bidrag, og (2) at universalismebegrepet kan være dekkende og eksistere innad i kommuner, men ikke dekker situasjonen mellom kommuner grunnet stor variasjon. Martens argumenterer derfor for at den norske velferdsstaten kommer til kort i forhold til målet for «den nordiske velferdsmodellen».

4.3.3 Konsekvenser av samhandlingsreformen

Sogstad et al. (2020) viser at samhandlingsreformen fra 2012 flyttet arbeidsoppgaver og ansvar fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten i norske kommuner. En konsekvens av dette ifølge Sogstad et al. er et behov for økt spesialisering og høyere formell kompetanse hos personell i kommunene for å imøtekomme disse oppgavene de siste årene. Dette har fått en geografisk slagside. Større kommuner ser ut til å ha mer spesialiserte ansatte, da en viss størrelse på fagmiljøet ser ut til å være en forutsetning for spesialisering. Mer presist ser det ut til at 90 % av kommunene som hadde høy grad av spesialisering, var store kommuner, som har en høy andel av universitetsutdannede, og at 60 % av kommunene som hadde høy grad av spesialisering, hadde en ung demografi med forholdsvis lavere andel av innbyggere under 67 år. Spesialiseringer innenfor demens og palliativ behandling var mest vanlig. Sogstad et al. (2020) viser videre at flere kommuner har løst dette gjennom interkommunalt samarbeid.

Tingvold og Magnussen (2018) viser at samhandlingsreformens endringer har ført til behov for mer avansert sykepleie på sykehjem. Større kommuner løser dette ofte med spesialiserte tilbud og plass på sykehjem etter en alvorlig diagnose. En mulig ulempe med en slik ordning kan være at pasienter med multimorbiditet kan risikere å få fragmentert behandling. Mindre kommuner bruker i større grad en generalisttilnærming med korttids-plasser på sykehjem og tilpasning av tjenester til brukernes behov. På den positive siden kan en slik tilnærming ivareta tjenestemottagernes behov, men slike kommuner risikerer like fullt vanskeligheter med mangel på kompetanse og ressurser. Avslutningsvis viser Tingvold og Magnussen at kommunesammenslåinger kan sikre større fagmiljøer, men at dette ikke nødvendigvis fører til mer treffsikkerhet dersom kommunene har veldig forskjellige demografiske forutsetninger, som alderssammensetning og grad av spredt bosetning.

En annen konsekvens av samhandlingsreformen har vært en økning i både behov for og bruk av velferdsteknologi (Huemer & Eriksen, 2017). Dette vil bli videre drøftet i kapittel 4.3.5.

4.3.4 Kommunalt inntektssystem

Kommunesektorens inntekter er satt sammen av *frie* og *bundne inntekter* og blir (om)fordelt gjennom et *kommunalt inntektssystem*. Det kommunale inntektssystemet står for omtrent 71,5 % av de totale kommunale inntektene, mens en annen stor kilde ofte er havbruks- eller kraftinntekter o.l. Disse to inntektstypene anses som frie inntekter, da de kan disponeres slik kommunen ønsker. I tillegg finnes det bundne inntekter som øremerkede tilskudd og egne avgifter for spesifikke tjenester. Systemet ble innført etter endringen av selve inntektssystemet som en del av reformen i 1986 og endret videre med kommunereformen fra 1992. Reformene medførte samlet en endring fra statlig økonomistyring til at kommunene selv disponerer midler mellom sine respektive oppgaver, slik som kommunale helsetjenester, utdanning og infrastruktur (NOU 2020: 15; NOU 2022: 10; Solstad & Andrews, 2020). Intensjonen med det kommunale inntektssystemet er å bidra til at kommuner og fylkeskommuner skal kunne gi et likeverdig tjenestetilbud til sine innbyggere, på tross av forskjeller i inntekter og utgifter.

Regjeringen anslo at de frie midlene som ble omfordelt gjennom det kommunale inntektssystemet i 2022, var på 352,74 milliarder kroner. Dette var i overkant av 20 % av statsbudsjettet. Av disse var rammetilskuddet fra staten, inkludert lokale skjønnsmidler, på 149,27 milliarder kroner i 2022, mens resten var omfordeling av kommunale skatteinntekter (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2021a). Av dette la barnehage, grunnskole og helse-, omsorg- og sosialsektoren beslag på om lag 75 % av kommunenes brutto driftsutgifter i 2022. Herunder utgjør kommunale omsorgstjenester hele 29 % av kommunenes brutto driftsutgifter, mens grunnskole utgjør 21 % (Kommunal- og distriktsdepartementet, 2023b).

Finansielle ressurser er vesentlige for kommunale helsetjenester, og kommunens egne karakteristika ser ut til å være avgjørende for kommunens inntekt, som gjort rede for i gjennomgangen av NOU-er i forrige kapittel. Ulik alderssammensetning og reiseavstand gir forskjeller i rammetilskudd, og spesielt innbyggertilskudd, mens ulikheter i skatteinntekter kan føre til inntektsutjevning i noen grad. Forskjeller i kostnader blir forsøkt fullstendig utjevnet, mens forskjeller i skatteinntekter og andre inntekter bare blir delvis utjevnet (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2021a; NOU 2022: 10). Dette skaper muligheter for at noen kommuner kan dra inn betydelig mer inntekter enn andre, og dermed tilby bedre tjenester.

Martens (2018) argumenterer for at det kommunale inntektssystemet er den primære variabelen for å forklare geografiske forskjeller i tjenstedekning i kommunal eldreomsorg i Norge for eldre over 80 år. Det kommunale inntektssystemet og kommunale inntekter er ifølge Martens viktigere for å forklare tjenstedekning enn demografi, lokal styringsstruktur, lokal politisk styring og stiavhengighet. Det kommunale inntektssystemet omfordeler midler basert på ulike strukturelle forskjeller som kommunene ikke kan gjøre noe med. Martens påpeker videre det tilsynelatende paradoksale i at staten på den ene side ønsker å utjevne ulikheter, men på den annen side forvalter et system som tillater store forskjeller i inntekt (Martens, 2017, 2018). Martens poengterer videre at en endring i ressurstilgang antagelig vil gjøre større utslag enn lokal lovgivning og styring over eldreomsorgen. Lokal frihet til å gjøre politiske endringer er svært avhengig av økonomiske muskler (Martens, 2017).

En endring i kommunalt inntektssystem er utredet og under planlegging (NOU 2022: 10). Det kan innebære at de små ressurssterke kommunene samt de aller rikeste kommunene generelt får mindre å rutte med, mens de største kommunene kan få mer. Videre anerkjenner utredningen behovet for geografisk utjevning og utfordringer som økende kostnader og lavere skatteinntekter, spesielt i distriktene, og det vil fortsatt bli gitt regionstilskudd. Derfor er det usikkert hvordan situasjonen vil bli for fattigere distriktskommuner, da det avhenger av endelig politisk behandling og fremtidige statsbudsjettets størrelse og innhold.

4.3.5 Velferdsteknologi

Velferdsteknologi som samlebetegnelse viser til teknologi, gjerne digitale løsninger, som er tenkt å gi gevinst på individ- og tjenestenivå gjennom å bidra til blant annet mestring av liv og helse og gjøre det mulig for folk å bo hjemme lengre, noe som kan få betydelige positive samfunnsøkonomiske effekter.

Solberg (2023) har oppsummert kunnskap om bruk av ulike velferdsteknologiske løsninger for personer med demens. Oppsummeringen er i seg selv ikke skrevet med tanke på geografiske forskjeller, men velferdsteknologi er relevant som et av flere løsningsforslag for å møte en eksisterende og økende mangel på personell i primærhelsetjenesten. Oppsummeringen viser til at kommunene de siste årene har tatt i bruk en rekke løsninger som hverdagsstøtte for personer som lever med demens. Potensialet for innsparing av tid er av spesiell relevans for rurale områder, hvor kjøretid på grunn av lange avstander kan reduseres. Konklusjonen er at velferdsteknologi under visse betingelser kan være et verdifullt supplement i hverdagen til personer med demens og kognitiv svikt. Det kan også være verdt å påpeke at pandemier som covid-19 antagelig har ført til nyvinninger i velferdsteknologi, spesielt når det gjelder kommunikasjonsmuligheter. Covid-19 har også ført til utfordringer som vil være relevante for geografiske forskjeller. Et eksempel kan være nedstengning av lite rammede kommuner med lavt smittetrykk.

Huemer og Eriksen (2017) har sett på utfordringer som spesielt sykepleiere i små kommuner i Finnmark møter i sin implementering av velferdsteknologi, og spesifikt informasjonsteknologi på sitt arbeidssted etter samhandlingsreformen. Formålet med informasjonsteknologi i samhandlingsreformen var blant annet å tilrettelegge for samhandling og flyt av nødvendig informasjon mellom de forskjellige delene i og mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Studien til Huemer og Eriksen peker på et sprik mellom nasjonale idealer og lokale realiteter, da sykepleiere i de fleste deltagerkommunene oppgir at måloppnåelsen er dårlig. Sykepleierne knytter dette i hovedsak til mangel på økonomiske ressurser, lite tilpasset brukergrensesnitt i aktuelle programmer, manglende opplæring og manglende teknologisk kompetanse på flere nivåer. Disse hindringene i sum peker sammen mot strukturelle problemer med implementering av velferdsteknologi. Huemer og Eriksen peker på at det er viktig at brukerne av teknologien ser på teknologien som nyttig, og at det kan skape bedre effektivitet. Motsatt kan en manglende opplevelse av nytte føre til usikkerhet, utilfredshet og «information overload». Forfatterne peker på flere mulige løsninger. En deløsning er at kommuner selv gjør en kompetansekartlegging og senere utarbeider en kompetansehevsingsplan for sykepleietjenesten som er tilpasset behovet. Et annet spesifikt forslag er å identifisere kompetent personell og la slike «eksperter» hjelpe og lære opp sine kolleger, i tillegg til å sørge for generell kompetanseheving og opplæring (Huemer & Eriksen, 2017).

Bruk av videokommunikasjon blant kreftsykepleiere i distriktene har vist seg å være et verktøy som kan bidra til å gi bedre oppfølging av kreftpasienter, da disse verktøyene minsker reisetiden og dermed frigjør tid til hyppigere oppfølging (Rygg et al., 2021). Forfatterne presiserer imidlertid at helsepersonell må vurdere hvert individs sykdomsbilde og helst bare bruke videokonsultasjoner mens pasientene ikke er for syke. Det presiseres også at videokonsultasjon kun er et supplement til fysisk oppfølging. Mange av sykepleierne i Rygg et al. sin studie understreket at mange av arbeidsoppgavene krever fysisk tilstedeværelse. Det kom også frem at videokommunikasjon også kunne føre til korte og målrettede samtaler, mens andre relevante diskusjoner kunne bli glemt.

4.3.6 Oppsummering

Flere publikasjoner påpeker at rekrutteringstiltak, som desentralisert sykepleieutdanning,

har vært vellykkede i distriktene for å tiltrekke seg og beholde personell. Noen publikasjoner beskriver også en økende diskrepans mellom nasjonale ambisjoner og kommunal kapasitet, samt fordelingen av ansvaret for helse- og omsorgstjenester mellom offentlig og privat sfære. Videre har samhandlingsreformen økt behovet for spesialisering i primærhelsetjenesten, med fremvekst av forskjeller som at større kommuner har tilgang på mer spesialisert personell sammenlignet med mindre, ofte rurale, kommuner. Det kommunale inntektssystemet er sentralt fordi det påvirker kommunenes evne til å levere likeverdige tjenester, gitt deres ulike økonomiske utgangspunkt. Velferdsteknologi trekkes frem som en delvis løsning på kapasitetsproblemer, med potensial for effektivisering, men det finnes utfordringer knyttet til blant annet brukergrensesnitt, økonomi og kompetanse som må overvinnes for å realisere de nasjonale ambisjonene.

4.4 Geografiske forskjeller i kommunene

4.4.1 Variasjon i lokal organisering og fordeling av tjenester

I 2022 mottok 390 369 mennesker i Norge helse- og omsorgstjenester, hvorav 269 518 mottok helsetjenester i hjemmet. I tabell 3 ser vi hvordan tjenestemottagere er fordelt etter tjenestegruppe de siste årene. Merk at samme person kan inngå i flere av disse tjenestegruppene i løpet av et år. *Tjenester til hjemmeboende* er definert som en tjenestegruppe med praktisk bistand av følgende typer: dagaktivitetstilbud, matombringning, avlastning utenfor institusjon, støttekontakt, omsorgsstønad og helsetjenester i hjemmet. *Bolig kommunen disponerer til helse- og omsorgsformål* henviser til det som tidligere ble omtalt som «omsorgsbolig» og «annen bolig». Institusjonstjenester viser til langtidsopphold på institusjon, tidsbegrensede opphold på institusjon (tre typer), avlastning på institusjon, dag- og nattopphold på institusjon og kommunal øyeblikkelig hjelp – døgnopphold. Velferdsteknologi viser til trykksalarm, lokaliseringsteknologi (GPS), digitalt tilsyn og elektronisk medisineringsstøtte (Helsedirektoratet, 2023).

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Tjenester til hjemmeboende, personer	300	305	302	310	319	328
	533	927	394	055	435	265
Bolig kommunen disponerer til helse- og omsorgsformål, personer	51	50	45	49	49	49
	256	497	377	894	175	521
Institusjonstjenester, personer	107	108	106	104	105	110
	720	461	095	016	621	708
Velferdsteknologi, personer	95	99	82	109	115	125
	718	612	541	765	678	286

Tabell 3 Tjenestemottagere gjennom året, etter tjenestegruppe, 2017–2022 (Helsedirektoratet, 2023)

Hjemmetjenester er mer kostnadseffektivt enn andre tjenester, men kostnadene er økende (Holm & Angelsen, 2014). Det ser også ut som om dekningsgraden (tjenesteprofilen) for omsorgstjenester i hjemmet er høyest i de minste kommunene, hvor de også gir flere timer hjemmesykepleie totalt enn i storbyene Oslo, Bergen, Trondheim og Stavanger. På den annen side har de største kommunene flere langtidsopphold på institusjon (sykehjem) enn de små kommunene. Forskjellene i korttidsopphold er mindre (Førland & Rostad, 2019; Huseby et al., 2017; Otnes & Haugstveit, 2015).

Fordelingen av omsorgstjenester er imidlertid ikke alltid rettferdig. Eksempelvis viser Holm et al. (2017) at kommuner og ansatte ofte fortsetter å yte tjenester selv om det ikke finnes et gyldig vedtak om disse tjenestene, eller selv om et vedtak er utdatert, noe forfatterne mener kan være urettferdig overfor de som har fått gyldige vedtak. Omfanget av dette varierte mellom 7–25 % i casekommunene i denne studien. Derfor er det vanskelig å anslå det nasjonale omfanget (Holm et al., 2017).

Statlige mål om likeverdige tjenester uavhengig av hvor eldre bor blir av Lunde og Otterlei (2021) ansett som urealistisk. Kommunale tildelingsenheter, slik som tildelingskontorer, avgrensninger ifølge Lunde og Otterlei tildelingen av tjenester spesielt til tjenestemottagere som bor i kommunens perifere strøk. Dette gjøres grunnet manglende kapasitet i kommunens evne til å levere spesielt hjemmetjenester. På dette viset fungerer tildelingsenhetene som en buffer mellom ansatte og ønsker og krav fra tjenestemottagere. De samme kommunene ser også etter muligheter for å sentralisere tjenester for å løse dette problemet.

Det kan være vanskelig å tilby gode hjemmetjenester, spesielt i rurale kontekster med lange avstander, og som et steg mellom hjemmetjenester og institusjoner finnes omsorgsboliger. Omsorgsboliger er på sett og vis en løsning på å tilby hjemmetjenester gjennom et slags kompromiss som i «et hjem borte fra hjemmet», da disse gjerne er tilrettelagte for brukerne og plassert i sentrale områder i en kommune (Blix & Hamran, 2019). Blix og Hamran bemerker at omsorgsboligers rolle tidvis er uklar: Mottagergruppen som omsorgsboliger har blitt designet for, er ikke den samme som mottagergruppen de faktisk blir brukt av. Mange tjenestemottagere som bor i omsorgsboliger nå, ville ha vært på sykehjem i tidligere tider, og mange som tidligere ville ha fått omsorgsboliger, bor nå hjemme. I noen kontekster har omsorgsboliger blitt det nye sykehjemmet, og det er vanskelig å skille dem fra hverandre med tanke på hva de tilbyr av tjenester. Denne ambivalensen har ført til usikkerhet og uforutsigbarhet både for ansatte i hjemmetjenesten, tjenestemottagere og pårørende i forfatternes casestudie, da grensen for ansvar for omsorg er uklar.

Forebyggende hjemmebesøk har fått økt oppmerksomhet de siste årene. Utbredelsen har økt fra 8 % til 14 % i perioden 2003–2013. Ifølge Førland et al. (2015) ser det ut til at kommuner med lite økonomiske ressurser tar i bruk forebyggende hjemmebesøk som et forebyggende økonomisk tiltak, og at sentrale kommuner og kommuner med høyt innbyggertall i større grad enn små kommuner har etablert forebyggende hjemmetjenester. Kommuner oppgir dårlig økonomi som årsak til at de ikke har igangsatt slike hjemmebesøk, og forfatterne nevner også at en mulig tolkning er at store kommuner med et større totalbudsjett har råd til å sette i gang slike tiltak selv om de har dårlig råd.

En annen viktig strategi som kommuner tar i bruk for å kunne levere sine lovpålagte tjenester, er interkommunalt samarbeid. Strategien er utbredt; en studie gjennomført av Arntsen et al. (2018) viste at hele 315 av 335 kommuner (94 prosent) deltok i ett eller flere interkommunale samarbeid om helsetjenester. Studien viste videre at deltakelse i denne typen samarbeid øker med synkende kommunestørrelse (antall innbyggere). Her argumenterer Arntsen et al. (2018) for at små kommuner samarbeider mer enn store for å oppnå mer robuste fagmiljøer og for å kunne gjøre store og mer spesialiserte investeringer (utstyr, teknologi, bygningsmasse, infrastruktur, personell osv.). Dette har blitt viktigere for å kunne håndtere de stadig økende kravene som stilles til kommunehelsetjenesten, blant annet gjennom samhandlingsreformen, og demografiske endringer knyttet til et økende antall eldre og færre i arbeidsfør alder. I tillegg til demografiske forhold argumenterer forfatterne for at også økonomisk stress er en viktig driver for interkommunale samarbeid, da interkommunalt samarbeid kan drive kostnader ned gjennom stordriftsfordeler, som ofte ellers bare er tilgjengelig for store kommuner. Artikkelen tar ikke opp dybden i samarbeidet, men det er

rimelig å anta at forskjellige interkommunale samarbeid er av forskjellig type og strekker seg fra overfladisk samarbeid til daglig direkte samarbeid.

En modifierende faktor for interkommunale samarbeid er geografisk beliggenhet og heterogenitet (Arntsen et al., 2018). Sentralt beliggende kommuner med små avstander til et urbant senter (sentralitet) bruker interkommunalt samarbeid i større grad, da små avstander kan bidra til økt interaksjon og økt tillit mellom kommuner. Videre vil interkommunalt samarbeid ofte medføre en fysisk plassering av en tjeneste i en kommune, og hvis dette er for langt unna egen kommune, er det mer sannsynlig at denne kommunen vil opprette tilbudet selv. Ifølge forfatterne inngår små kommuner som er omgitt av flere store kommuner, i færre interkommunale samarbeid sammenlignet med kommuner som er omgitt av kommuner av lik størrelse, antagelig fordi dette innebærer en større risiko for å bli dominert av en større kommune dersom samarbeid inngås (Arntsen et al., 2018).

Geografisk størrelse, beliggenhet og avstand er også relevant for rekruttering til og gjennomføring av interkommunale samarbeid (Holen-Rabbersvik et al., 2018). Interkommunale samarbeid innfører en mer kompleks organisasjon, og forskjeller mellom kommunene kan føre til økt arbeidsbyrde og lavere effektivitet. Eksempelvis viser Holen-Rabbersvik et al. til at interkommunalt samarbeid organisert i team er langt mer effektivt enn når det skjer på enkeltpersonnivå. Støtte fra leder og kollegaer var også ansett som viktig. Forskjeller i behov mellom kommuner gjorde også arbeidsdagen vanskeligere for de ansatte som deltok i interkommunale samarbeid, da behovene kunne være motstridende. Videre kan økt kjøreavstand føre til mye pendling, som er belastende for de ansatte. Lange kjøreavstander kunne føre til mindre daglig kontakt, og dermed mindre samarbeid, og kjøreavstandene til delene lengst borte fra sentrum føre til at enkelte arbeidsoppgaver kunne ta en hel arbeidsdag.

4.4.2 De ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester

Kommunale hjemmetjenester i sin helhet har opplevd en signifikant vekst i etterspørsel de siste årene. Dette skyldes hovedsakelig to forhold diskutert tidligere, nemlig en aldrende befolkning og policyendringer som samhandlingsreformen, som har flyttet mer ansvar for helsetjenester over på kommunene (Helgheim et al., 2018). Økt etterspørsel etter kommunal eldreomsorg, og med dette også økt volum og kompleksitet, sammenfaller ifølge Helgheim et al. med en utilstrekkelig økning i tilgjengelige ressurser i form av penger og mennesker, med de samme planleggingsmetodene som før.

Den økte etterspørselen, men relativt uendrede ressursituasjonen, fører ofte til mangel på tid, eller *tidspress*, hvor ansatte må gjøre mer på kortere tid (Holm & Angelsen, 2014). Dette er eksempelvis problematisert hos Helgheim et al. (2018) og Helgheim og Sandbæk (2021), som har undersøkt ressursbruk hos sykepleiere gjennom direkte måling av aktiviteter i tre rurale kommuner. I Helgheim et al. (2018) finner forfatterne at større deler av arbeidsdagen går med til indirekte pasientarbeid, det vil si arbeid som ikke involverer kontakt med pasienten, enn til direkte pasientarbeid. Her argumenterer de for at det kan finnes et potensial for innsparing av tid, spesielt i planlegging av kjøreruter og dokumenterings-, administrasjons- og rapporteringsarbeid. Særlig elektroniske dokumentasjonsløsninger og elektroniske medisindispensere ser ut til å være tidsbesparende i casekommunene som har dette. Avslutningsvis viser forfatterne også at sykepleiere i praksis yter mer enn vedtaket omfatter, og dette kan også ses i kvantitative undersøkelser (Helgheim et al., 2018).

I Helgheim og Sandbæk (2021) ser vi at sykepleiere er den yrkesgruppen i hjemmetjenesten som har minst direkte pasientkontakt: 32 % av tiden blir brukt til direkte pasientkontakt og 18 % på kjøring. Helsefagarbeidere har 48 % direkte pasientkontakt og 29 % kjøring, mens assistenter bruker henholdsvis 70 % og 17 % av tiden sin på disse to tingene. Dette

kan delvis forklares med fordelingen av arbeidsoppgaver, da noen oppgaver er direkte knyttet til sykepleieprofesjonen. Forfatterne setter spørsmålsteget ved om dette er den mest fornuftige bruken av helsepersonells tid. De foreslår blant annet å undersøke om noen av de administrative oppgavene kan flyttes over til administrativt ansatte, om noen oppgaver kan flyttes fra sykepleiere over på helsefagarbeidere og assistenter, samt om digital overvåking via kamera osv. kan, på tross av vesentlige etiske problemstillinger, bistå i å spare tid. Disse funnene er tatt fra rurale kontekster, men det er rimelig å anta at noen av funnene kan være relevante for flere geografiske kontekster, også urbane. Funn som tidsbesparing med digital overvåking forutsetter imidlertid mobil- og internettdekning, noe som begrenser overføringsverdien til flere rurale kontekster som ikke har dette.

I en artikkel om tidspress av Holm og Angelsen (2014) fremkommer det at kommuner underestimerer bruken av tid på hjemmetjenester, spesielt når det gjelder kjøretid og tid til nedtegning av nødvendig dokumentasjon. Forfatterne kalkulerte at dokumentasjon tok omtrent fem minutter per besøk, og i ett tilfelle i den ene casekommunen ville medregningen av disse fem minuttene ha medført overskridelse av arbeidsplanens ramme totalt, alle arbeidsoppgaver inkludert. Forfatterne argumenterer for at noen ruter derfor er planlagt med for lite tid til arbeidsoppgavene, og at flere av rutene i studiens casekommuner hadde for mange besøk i forhold til antall arbeidstimer som var satt opp. Uventede hendelser kan oppstå, og enn så lenge er ikke dette tatt med i planleggingen, så kan det fremstå som om kjøreplanene er adekvate. Avslutningsvis foreslår forfatterne at bedre planlegging av kjøreruter kan redusere kjøretiden (Holm & Angelsen, 2014). Vi bemerker at artikkelen til Holm og Angelsen hadde to middels store casekommuner, men er likevel inkludert selv om kunnskapsoppsummeringen handler om geografiske forskjeller, da den tar opp geografiske forskjeller i kjørelengde og konsekvensen av spredt befolkning.

I rurale områder kan det være vanskelig å bygge opp spesialiserte fagmiljøer og tilhørende infrastruktur grunnet mangler på stordriftsfordeler. Dette kan medføre en risiko for profesjonell isolasjon, da fagmiljøene for noen spesialiserte retninger i noen tilfeller kan bestå av enkeltpersoner (Edwardsen et al., 2020; Masvie & Ytrehus, 2013). Et spesifikt eksempel er kreftsykepleiere, som ofte utøver fleksibilitet og tar mer ansvar enn arbeidsoppgavene tilsier, både i koordinering og oppfølging av palliative pasienter. Dette kan føre til ensomhet i arbeidet, da arbeidsstokken er liten og pasientene er spredd utover (Ervik et al., 2021). En løsning på dette har vært interkommunale samarbeid, som er omtalt tidligere i kapittelet.

Helsepersonell går ofte lengre enn forventet i gjennomføringen av sine arbeidsoppgaver for sine pasienter, ofte av moralske årsaker (Ervik et al., 2021). Dette er også synlig i distriktene, ofte av geografirelaterte årsaker. I små samfunn er tilgangen på helsepersonell liten i absolutt forstand (få ansatte), og ovennevnte nærhet og flersidige/multiplekse relasjoner kan gjøre at eksempelvis sykepleiere arbeider utover oppsatt arbeidstid (De Smedt & Mehus, 2017). Multiplekse eller flersidige relasjoner betyr i korthet at individuelle aktører må forholde seg til hverandre i flere roller og flere arenaer samtidig. Dette er sett i motsetning til uniplekse eller ensidige relasjoner, hvor individuelle aktører kun forholder seg til en person gjennom én relasjon (Eriksen, 2010).

Rurale/små steder tilbyr ansatte i helsetjenesten muligheten til selvstendig arbeid, nærhet til pasienter/brukere, sosial kapital i små lokale nettverk og enklere koordinering, men også lite anonymitet, profesjonell isolasjon, mulige habilitetsproblemer og flytting av profesjonelle grenser (De Smedt & Mehus, 2017; Masvie & Ytrehus, 2013). Sosial kapital er hos Bourdieu definert som tilgang til sosiale nettverk og kontakter som individuelle aktører kan mobilisere for å oppnå noe i viktige situasjoner. Ofte peker dette til venner, bekjentskaper, kolleger og familie (Aakvaag, 2008).

Begrepet multiplekse relasjoner er også relevant for Masvie og Ytrehus, som blant annet beskriver at psykiske helsearbeidere møter sine pasienter etter arbeidstid på arenaer som butikken, bygdefesten, den lokale puben osv., og at disse møtene ofte kan være belastende, da skillet mellom jobb og privatliv utviskes. Dette førte til at helsearbeiderne unngikk disse fritidsarenaene i stor grad. At pasientene også ofte var en del av helsearbeidernes eget private nettverk, gjorde situasjonen enda vanskeligere (Masvie & Ytrehus, 2013). Lignende erfaringer finnes også hos sykepleiere, som endrer den daglige organiseringen sin grunnet multiplekse og/eller veldig nære relasjoner. Dette gjøres gjennom å arbeide utenom stillingsinstruks og utover oppsatt arbeidstid (De Smedt & Mehus, 2017; Edvardsen et al., 2020). I mange tilfeller har slik nærhet ført til problemer. Edvardsen et al. (2020) viser til eksempler hvor kreftsykepleiere må ta vare på nære slektninger og i noen tilfeller slutter i jobben grunnet et vanskelig skille mellom jobb og privatliv

Eika (2017) har i sitt doktorgradsarbeid undersøkt perspektiver fra ansatte og pårørende av eldre som flytter til institusjon i rurale områder i Norge. Av geografisk relevans påpeker Eika at relasjonene ofte er tette og kan gi føringer for forventninger, handlinger og erfaringer, da pårørende ofte kjenner til ansatte fra utenfor sykehjemmet. Kjennskap til hverandre førte til positiv samhandling, men det kunne føre til at pårørende forventet at ansatte tok kontakt, og vice versa, med den konsekvens at ingen tok kontakt fordi de ventet på den andre. Videre fant Eika at distansen øker mellom pårørende og ansatte som har kjennskap til hverandre fra før, hvis det oppstår uenigheter om pleien av den eldre på sykehjemmet. Det er noe usikkert om hvorvidt konteksten for denne doktorgraden er rural eller urban, da kommunen er oppgitt til å ha et sted mellom 6000 og 20 000 innbyggere (Eika, 2017).

4.4.3 Tjenestemottagere

Munkejord et al. (2018) diskuterer i en intervjustudie hvorvidt narrativet om å bo hjemme versus på institusjon er foretrukket eller ei. De viser at selv om mange ønsker å forbli i sitt hjem, så finnes det et betydelig antall aleneboende eldre som ikke ønsker å bo hjemme, selv om de skulle få omfattende hjemmetjenester etter behov. De som trivdes hjemme i utkantstrøk, hadde det til felles at de følte seg ivaretatt av både pårørende og tjenestene de fikk av kommunen, mens mange av de som valgte å flytte, fikk mindre støtte fra pårørende før de flyttet. For de som valgte å flytte, var ensomhet og utrygghet en viktig motivasjon. Blant denne gruppen fant Munkejord et al. flere som opplevde det å flytte til en omsorgsbolig eller lettstelt kommunal leilighet mer sentralt som en lettelse. Forfatterne mener at funnene gir implikasjoner for boligpolitikk, og påpeker at i rurale områder eksisterer det lite attraktive private boligløsninger for eldre.

Flere tekster tar opp eldres egenomsorgsevne i en geografisk kontekst. Dale et al. (2012) undersøkte egenomsorgsevnen blant hjemmeboende eldre i rurale områder i Sør-Norge. Undersøkelsen hadde et tverrsnittdesign, slik at det kun var noen i utvalget som mottok hjemmetjenester. Gjennom bruk av spørreundersøkelse og SASE-skalaen (Self-care Ability Scale for the Elderly)² kom forfatterne frem til at 780 av de 1050 inkluderte deltagerne (ca. 74 %) hadde høy evne til egenomsorg, mens 240 av 1050 hadde lav egenomsorgsevne.

Sundslø (2015) har i sin doktorgradsavhandling skrevet om eldre hjemmeboende i urbane områder og deres egenomsorgsevne. En av artiklene som inngår i avhandlingen, er spesielt interessant, da den har fokus på egenomsorg i en tilsvarende gruppe og bruk av samme type skala som Dale et al. (2012) benyttet, men ble gjennomført i urbane områder

²SASE er en svenskutviklet skala som reflekterer bekymringsområder for eldres evne til å ta vare på seg selv på områder som å greie seg til daglig, mestring, velbehag, vilje, beslutsomhet, ensomhet og evne til å kle seg selv (Dale, 2012).

(Sundsli et al., 2012). Her finner Sundli et al at eldre som bor i større byer, har større evne til egenomsorg enn eldre i mindre byer. 83 % av 1044 deltagerne i urbane strøk hadde høy egenomsorgsevne. Dette er høyere enn i studien til Dale et al. (2012).

Faktorene som bidrar til høy egenomsorgsevne, var i artikkelen til Sundli et al. (2012) relativt lik som i artikkelen til Dale et al. (2012), men det kan være verdt å merke seg noen forskjeller. I rurale områder ser vi at å være i stand til å lage mat var positivt assosiert med egenomsorgsevne, mens å motta hjelp fra familie var negativt assosiert med egenomsorgsevne. Dette var ikke tilfellet i urbane strøk, hvor det å motta hjemmetjenester derimot var negativt assosiert med egenomsorgsevne, noe som for øvrig også gjør seg gjeldende i rurale områder. Dette skaper ifølge Sundsli et al. et spørsmål om eldre i urbane strøk foretrekker hjelp fra det offentlige heller enn fra familie. En annen mulig forklaring er at urbane eldre oftere trenger profesjonell hjelp, men forfatterne går ikke videre inn i denne forklaringen. Sundsli et al. (2012) diskuterer også om geografisk betinget egenomsorgsemne har sammenheng med at større byer i Norge tilrettelegger for / promoterer egenomsorgsevne i høyere grad enn mindre steder. Videre finner de at nedgang i fysisk aktivitet hos eldre i urbane områder henger sammen med mulighetene for fysisk aktivitet. Dette har videre implikasjoner for lokale byplanleggere og politikere, som er nøkkelpersoner for tilrettelegging av slik aktivitet.

Flere artikler inntar empirinære perspektiver. (Ness et al., 2014a, 2014b) skriver om det å være den eldste mannen og den eldste kvinnen i rurale områder, der hvert kjønn har fått hver sin artikkel. De eldste kvinnene som inngår i datamaterialet til Ness et al. (2014a), oppgir å være veldig nært knyttet til sine hjem. Hjemmet er stedet hvor de kan bruke meningsfull og selvstendig tid alene til lesing, håndarbeid, tv-titting og andre aktiviteter. Flere har også bodd og arbeidet i sine hjem i rurale områder siden de var barn eller unge voksne, og knytter minnene de har om familie, barn, og spesielt sin avdøde ektemann, til stedet. Å tape hjemmet føles derfor som å tape en del av seg selv, og utsiktene til dårligere helse og kognitiv svikt som fører til flytting til omsorgsbolig eller sykehjem, bekymrer flere.

De eldste mennene i rurale områder som inngår i datamaterialet til Ness et al. (2014b), hadde noen andre erfaringer. Hjemmet har en annen betydning for dem. Mange av mennene har hatt jobber utenfor hjemmet, og var derfor ikke like bundne til stedet som kvinnene. Det ser videre ut til at de eldste mennene også gjerne vil bo hjemme så lenge de kan, gitt at de har signifikante andre som de kan relatere seg til. Mennene søkte også uavhengighet og ville ikke belaste sine nære eller helsevesenet, men heller greie å ta vare på seg selv. Disse mennene definerte sin helse i forhold til funksjon, heller enn til smerte og/eller andre symptomer. Flere bekymret seg for om dårligere helse kunne føre til tap av førerkort, og dermed tap av mobilitet til å treffe venner og bekjente, og vurderte derfor flytting til mer sentrale/urbane områder.

Skrøpelige eldre har utfordringer som til dels også er geografisk betinget (Bjerkmo et al., 2021). Skrøpeligheit for denne gruppen er et dynamisk forhold mellom individets helse/ressurser og omgivelsene med sine utfordringer. Eksempelvis har tilrettelegging eller periodevis sykdom innvirkning på opplevelser av skrøpeligheit. Lange avstander og dårligere tilgang til tjenester i rurale områder, samt det arktiske klimaet med lange vintre, skaper også problemstillinger for denne gruppen av eldre. Is og snø hindrer fremkommelighet og bidrar til risiko for skade vinterstid. Videre kan værforhold sammen med lange avstander føre til at helsetjenester blir lite tilgjengelige, spesielt i akutte situasjoner. Dette kan imidlertid variere noe med årstid. Dårlig tilgang til tjenester i rurale områder går også utover andre tjenester enn helsetjenester. Rural utflytting av (unge) mennesker fører til at nær familie ikke er geografisk nær, samt at tjenester som bank og post blir vanskeligere å nå, og digitale løsninger

oppleves ikke som tilgjengelige nok. Dette har implikasjoner for planlegging av tjenester for skrøpelige eldre, da Bjerkmo et al. (2021) har vist at kontekstuelle faktorer også må tas inn som en del av konseptet skrøpeligheit.

Rurale områder har gjerne et større relativt omfang av primærnæringer enn urbane områder, slik som fiske og jordbruk, ofte knyttet til landskapets karakteristika. Dette gjelder også aktiviteter som bærplukking og matlaging av lokale råvarer. Eggebø et al. (2020) argumenterer for at mange eldre i rurale områder opplever disse aktivitetene som både meningsfulle og kroppsliggjorte aktiviteter som de har lang erfaring med, gjerne også gjennom yrkeslivet. Aktivitetene knytter disse eldre til seg selv, hverandre og landskapet, og et tap av disse, også for skrøpelige eldre, er et tap av velvære. Videre argumenterer forfatterne for at dersom personsentrert omsorg er et mål, så bør omsorgstjenestene legge til rette for slike meningsfulle aktiviteter om mulig (Eggebø et al., 2020).

Devik (2016) har i sitt doktorgradsarbeid undersøkt hjemmesykepleie til eldre som bor på bygda med uhelbredelig kreft. Hun argumenterer for at vi har lite kunnskap om hvilke særskilte utfordringer uhelbredelig kreftsykdom og palliativ hjemmesykepleie møter i distriktskommuner. Devik viser i sin avhandling en stor grad av stedstilknytning hos pasienter, både geografisk, sosialt og autobiografisk. To av artiklene i doktorgraden tar opp spesifikt å være eldre hjemmeboende i rurale områder med uhelbredelig kreft (Devik et al., 2013; Devik et al., 2015). Palliative omsorgs- og helsetjenester er relativt utilgjengelige for disse pasientene i rurale områder, både grunnet mangler i tilgjengelig kvalifisert personell og velkjente rurale problemstillinger som avstander, som igjen gir lang reisetid. Dette gir denne pasientgruppen en opplevelse av å være alene. De opplever videre å forsøke å leve opp til en ide om «den gode pasient» gjennom ikke å ville være til bry, som en måte å bevare egen verdighet på. Forfatterne konkluderer med at de fysiske symptomene blir overskygget av ensomhet, følelse av verdiløshet og redsel for å være en byrde. Den sosiale og rurale konteksten krever spesiell oppmerksomhet, da pasientene kan mangle ressurser for å få tilstrekkelig omsorg (Devik et al., 2013). Ruralitet i seg selv forstås her som både et positivt og et negativt anliggende, hvor det positive veier tungt. Informanter fra rurale områder forteller at det å bo ruralt og langt fra sykehus med lang reisetid for hjemmetjenester, er noe de er vant til. Eldre hjemmeboende med uhelbredelig kreft som bor i rurale områder, har gjerne bodd på samme sted hele livet og er nært knyttet til stedet og menneskene der. Eksempelvis påpeker flere informanter hos Devik et al. (2015) at de tar vare på hverandre, og at alle kjenner alle, inkludert sykepleiere og pasienter. Den rurale konteksten bidrar med sosial kapital i form av venner, naboer og familie som kan tilby sosial støtte, tillit, trygghet, mulighet til å delta med mer. Videre er hjemmesykepleie en betingelse for å kunne fortsette å bo hjemme, men kommuners tjenestestruktur kan føre til varierende kvalitet på omsorgen (Devik, 2016).

Moholt (2019) undersøkte bruk av helsetjenester i sitt doktorgradsarbeid *Utilization of community healthcare services and family caregivers need for support*. Moholt fant at personer med demens i rurale områder bruker avlastningstjenester og hjemmetjenester mindre enn personer med demens i urbane områder, og at dette var knyttet til lange avstander til tjenestene. Hun fant også at lavere sosioøkonomisk status og selvidentifikasjon som samisk var assosiert med mindre bruk av hjemmetjenester (Moholt, 2019; Moholt et al., 2020). Moholt (2019) bemerker at idealet om å eldes hjemme blir utfordret hvis pasienter med demens i rurale områder må flytte / blir flyttet til mer sentralt beliggende omsorgsboliger for å få motta mer hjemmetjenester.

4.4.4 Oppsummering

I de identifiserte publikasjonene finner vi at rurale områder oftere benytter hjemmetjenester, mens urbane områder har en høyere andel av institusjonstjenester. Unntaket er tjenestemottagere med demens, som i rurale strøk bruker færre hjemmetjenester. Omsorgsboliger, som regnes som hjemmetjenester, og interkommunale samarbeid er strategier for å håndtere organisatoriske utfordringer som lange avstander og lav befolkningstetthet. Ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester i alle kontekster opplever tidspress, og kjøretid og håndtering av uønskede hendelser blir ofte underestimert. Spesielt i rurale områder opplever mange ansatte profesjonell isolasjon grunnet lange avstander og mindre fagmiljøer. Ansatte i rurale områder har også en tendens til å innta flere roller overfor tjenestemottagerne, noe som kan by på utfordringer.

Tjenestemottagere i rurale områder har ofte en sterkere stedstilknytning og ønsker å bo hjemme lengst mulig, men utfordringer som avstand til og tilgang til relevante tjenester, boligpolitikk og mangel på egnede boliger kompliserer dette. Eldre i urbane områder synes å ha bedre egenomsorgsevne, delvis på grunn av bedre tilrettelegging i større byer. Lange avstander og klimatiske forhold i rurale strøk skaper særlige utfordringer for eldre, spesielt de med demens. Studier viser at eldre kvinner i rurale områder har en sterkere stedstilknytning enn menn. Nettopp stedstilknytning er også sett på som et positivt gode som i noen tilfeller kan oppveie eller kompensere noe for dårligere tilgang på spesialiserte tjenester som kreftsykepleie i rurale områder.

4.5 Fagutviklingsarbeider

Tematikken for denne kunnskapsoppsummeringen går på tvers av kommuner samt på tvers av ansvaret til offentlige institusjoner som departementer og direktorater. Omfanget av fagutviklingsarbeider som er relevante for geografisk variasjon, har derfor vært begrenset. Delkapitlene nedenfor omtaler en forsøksordning med statlig finansiering av kommunale helse- og omsorgstjenester og relevante masteroppgaver.

4.5.1 Forsøksordning: Statlig finansiering av kommunale helse- og omsorgstjenester

Helsedirektoratet gjennomførte i perioden 2016–2022 en forsøksordning med statlig finansiering av omsorgstjenestene kalt *SIO-prosjektet* (Helsedirektoratet, 2022). Formålet var å finne ut om statlig finansiering gir økt likebehandling og riktigere behovsdekning på tvers av kommuner. 11 kommuner med varierende geografisk beliggenhet og størrelse deltok: Lillesand, Bjørnafjorden, Selbu, Stjørdal, Indre Østfold, Lyngdal, Enebakk, Froland, Lødingen, Askøy og Arendal. Den statlige finansieringsmodellen som ble forsøkt, var en stykkprismodell med aktivitetstilskudd fra staten for ulike tjenester kommunene leverer. Forsøksordningen ble sluttevaluert av Wang et al. (2021), og funnene er kort oppsummert her:

- Forsøket har gitt styrkede forutsetninger for likebehandling i tjenestetildelingen.
- Forsøkskommunene har fått bedre forutsetninger for å tildele riktigere tjenester ut fra brukernes behov.
- Forsøket har gitt bedre styringsgrunnlag (mer presise vedtak), men svakere (kostnads)styring (økte enhetsutgifter i noen kommuner).
- Forsøket har styrket kommunenes kompetanse.
- Kommunene har i liten grad latt seg påvirke av de økonomiske insentivene

i finansieringsmodellen. Kommunene har hatt tydelige strategier om ikke å øke omfanget på tjenestene og ser ut til å ha klart å følge dette i stor grad.

- Forsøket har gitt betydelig større overføringer fra staten til kommunene (1,6 milliard i prosjektperioden).
- Kompetanseheving, krav til tildelingsprosessen og økte økonomiske rammer har hatt større effekt enn finansieringsmodellen i seg selv.

Konklusjonen var at resultatene fra forsøket ikke kan generaliseres til en permanent nasjonal ordning grunnet tidsavgrensning, skjevhet i og lavt utvalg av kommuner, og økonomisk raushet fra statens side (Wang et al., 2021).

4.5.2 Relevante masteroppgaver

Søkingen etter forskningslitteratur har også resultert i funn av noen relevante masteroppgaver. Disse er presentert separat og i vilkårlig rekkefølge. Masteroppgaver innehar ikke samme kunnskapsstatus som doktorgradsoppgaver og er derfor presentert som fagutviklingsarbeider.

I masteroppgaven til Ingelsrud (2018), *Arbeidsdagen som hjemmesykepleier i distriktskommune*, beskrives en sykepleierhverdag med sykere pasienter ute i kommunene. Etter samhandlingsreformen har disse pasientene blitt skrevet ut raskere fra sykehus og tilbake til hjemkommunene sine, og oppgavene for sykepleierne har derfor blitt mer komplekse. I rurale områder er det få sykepleiere, som derfor må ha bred kompetanse, noe som er i konflikt med økende krav til spesialisering, og som setter krav til kompetanseheving i kommunene. Sykepleiere i rurale områder løser kompetansemangel gjennom interne avtaler og frivillighet som telefonkontakt utenom jobb, samt nært samarbeid med fastleger.

Masteroppgaven til Fenes (2011), med tittelen *Sykepleier og sambygding: En studie om det å bo og arbeide i et lokalsamfunn*, diskuterer de multiplekse og nære relasjonene som eksisterer mellom sykepleiere som jobber og tjenestemottagere som bor i et lite ruralt samfunn. Fenes viser at private og profesjonelle roller blandes i slike kontekster, noe som skaper problemer med tanke på taushetsplikt og privatliv. Fenes viser også at slike utfordringer kan håndteres ved hjelp av faglig trygghet, kommunikative ferdigheter og kompetanse i emosjonelt arbeid.

Horn (2018) viser i masteroppgaven *Bo og leve i eget hjem*, eller innlagt på institusjon at det kan være vanskelig å følge opp pasienter i rurale områder med store geografiske avstander og små kommunesentrum. Avstand til hjemmetjenestebasen blir derfor en faktor som spiller inn for hvor lenge tjenestemottagere kan bo hjemme før de flyttes til et høyere omsorgsnivå. Horn argumenterer også for at hjemmetjenesten ofte ikke er organisert optimalt for ivaretagelse av multisyke pasienter døgnet rundt. Det er mye kompetanse tilgjengelig i kontortiden, men mindre ellers, spesielt på nattetid og i helgene. Dette er også en medvirkende faktor for raskere institusjonalisering.

Eira (2020) undersøker i sin masteroppgave *Samhandling hvilke utfordringer hjemmetjenesten møter ved tildeling av helse- og omsorgstjenester* til flyttsamer som kommer til sin sommerhjemkommune. Hun finner her at flyttsamer gjerne har forskjellig bosted i forskjellige årstider, og at dette kan skape samhandlingsproblemer dersom det ikke eksisterer samhandlingsavtaler mellom de aktuelle kommunene. Eksempelvis blir noen flyttsamer tildelt tjenester basert på sommerhjemkommunen. En passende form for samhandling mellom kommuner mangler ofte. Eira argumenterer for at tjenester blir utdelt med bakgrunn i lovverk, reformer og kommunale retningslinjer, og at disse ikke tar hensyn til at mange flyttsamer har forskjellig bosted. Dette er i strid med ILO-konvensjon nummer 169. Videre

argumenterer Eira for at samhandling mellom kommuner må lovfestes, og at myndighetene må legge til rette for at kommuner kan samhandle gjennom bruk av IKT-verktøy.

I masteroppgaven *Alderdømt og livskvalitet i rurale kyststrøk* skriver Giæver (2020) om hvordan tjenestemottagere håndterer å få et dårligere tjenestetilbud i rurale strøk. Tjenestemottagerne er innforstått med at tilbudet er mangelfullt, og aksepterer det. Dette blir håndtert kollektivt ved at innbyggerne ivaretar hverandre gjennom uformell omsorg, ofte uten at et offentlig hjelpeapparat bidrar i det daglige. Giæver argumenterer for at lovverk og reformer fra statlig hold argumenterer for at helsevesenet skal gi gode tilbud til de som har behov for det på tvers av geografi, uten at det gir seg utslag i økte tjenester i distriktet. Mastergraden har tilsynelatende også vært en del av en fagfelleurdert artikkel skrevet av Mehus og Giæver (2022), omtalt tidligere i kunnskapsoppsummeringens kapittel 4.1.2.

Hanssen og Vanzo (2020) har i sin masteroppgave *Distriktssykepleie i Nord Norge* undersøkt særegenheter ved utøvelsen av distriktssykepleie i Nord-Norge. De fant at distriktssykepleiere beskrev sine ferdigheter innenfor avansert generalistkunnskap, løsningsorientering, logistikkforståelse, samhandlingskompetanse og sykepleieutøvelse i nære relasjoner. Spesielt opplevelsen av aleneansvar gikk igjen, men på tross av utfordringer og begrensninger ser de intervjuede sykepleierne muligheter og føler trivsel i utøvelsen av sin jobb. De intervjuede sykepleierne hadde et ønske om økt tilgang til relevante fagforydninger. Forfatterne argumenterer for at deres studie kan bidra til å øke forståelsen for utfordringene distriktssykepleiere møter i sin arbeidshverdag i Nord-Norge.

I sin masteroppgave *Organisering av sykepleietjenesten i distriktet* finner Isaksen (2017) at distriktssykepleiere opplever økte ansvarsområder, og at de ofte er alene med kritisk syke pasienter som krever avansert behandling hjemme. De må ofte ty til ukonvensjonelle metoder og organisering for å tilrettelegge for gode pasientforløp. Isaksen ønsker å bidra til diskusjonen om hvordan myndighetene best kan utnytte ressursene i en tjenesteutvikling av pleie- og omsorgstjenester ute i distriktene, og konkluderer med at det eksisterer fare for økt belastning på distriktssykepleierne grunnet stadig utvidede ansvarsområder, og at det derfor bør legges til rette for å øke sykepleiebemanningen.

5. Verktøy og ressurser

I dette kapitlet vil vi kort presentere et verktøy for å rekruttere og beholde helsepersonell i rurale områder, hentet fra en fagfellevurdert artikkel av Abelsen et al. (2020).

5.1. Rekrutteringsverktøy for helsepersonell til rurale områder

Nasjonalt senter for distriktsmedisin har sammen med tilknyttede forskere utviklet et rammeverk som kan fungere som strategisk verktøy for å rekruttere og beholde helsepersonell i rurale organisasjoner. Dette rammeverket peker på tiltak som kan gjøres på ulike nivåer for å rekruttere og beholde helsepersonell til rurale områder generelt, og vil kort bli omtalt nedenfor (Abelsen et al., 2020). Rammeverket er delt inn i totalt ni strategiske elementer, sortert etter tre hovedoppgaver: *planlegging*, *rekruttering* og *beholding*, se figur 5.



Figur 5 Rammeverk for rekruttering til rurale områder (Abelsen et al., 2020)

Oversatt fra engelsk ser vi at de tre hovedoppgavene kan deles inn i tre underkategorier:

1. planlegging
 - a. gjennomgang av befolkningens behov
 - b. gjennomgang av tjenestemodell
 - c. gjennomgang av ønskede rekrutter
2. rekruttering
 - a. vektlegging av informasjonsdeling
 - b. involvering av fellesskapet/lokalsamfunnet
 - c. støtte til familier og ektefeller
3. beholdning
 - a. vektlegging av samhold
 - b. tilby relevant karriereutvikling
 - c. opplæring av fremtidens profesjonelle helsepersonell.

Utover dette har modellen fem suksessvilkår som gjør modellen spesielt relevant for rurale områder:

1. gjenkjennelsen av unikheter og heterogenitet mellom rurale problemstillinger – det er annerledes å jobbe og leve på rurale steder enn på urbane steder, og rurale steder er også forskjellige seg imellom
2. aktiv lokal deltagelse i lokalsamfunnet
3. målrettede investeringer og øremerkede ressurser, gjerne på toppen av eksisterende budsjetter
4. en årlig syklus med identifiserte nøkkelaktiviteter knyttet til å rekruttere og beholde ansatte
5. kontinuerlig overvåking, evaluering og modifisering av arbeidet med å rekruttere og beholde ansatte.

Abelsen et al. (2020) presiserer at rammeverket ikke nødvendigvis er ment til å følges til punkt og prikke. Tilgangen på menneskelige og økonomiske ressurser varierer, og selve modellen tar også hensyn til at rurale kontekster varierer. Modellen ble utviklet sammen med samarbeidspartnere i både Norge, Skottland, Canada, Sverige og Island. Ifølge forfatterne var det derfor viktig å utvikle et fleksibelt verktøy, og de presiserer at det å velge ut noen få fokusområder fra modellen også kan gi forbedringer med hensyn til å rekruttere og beholde ansatte.

6 Diskusjon og konklusjon

6.1 Bakgrunn, hensikt og metode

Den norske velferdsstaten fremmer et ideal om lik tilgang på velferdsgoder, også innenfor kommunale helse- og omsorgstjenester. Denne kunnskapsoppsummeringen har som hovedhensikt å oppsummere og tilgjengeliggjøre forskning og relevante offentlige dokumenter om geografiske forskjeller i kommunale helse- og omsorgstjenester forbundet med eldreomsorg. Følgende problemstillinger har vært førende for arbeidet:

- Hva finnes av forskningslitteratur og annen fagutviklingslitteratur om geografiske forskjeller i kommunale helse- og omsorgstjenester knyttet til eldreomsorg i Norge?
- Hvilke geografisk relevante forskjeller og likheter identifiseres i denne litteraturen?
- Hva ligger til grunn for disse forskjellene og likhetene?

Hovedmålgruppen for denne kunnskapsoppsummeringen er ansatte i kommunale helsetjenester, både i praksisfeltet og i administrasjon, samt lokale folkevalgte på kommunalt nivå og forskere. I tillegg kan oppsummeringen også være nyttig for tjenestemottagere og pårørende, politikere, forskere, studenter og andre interesserte. Metoden har vært «scoping review».

Vi har totalt inkludert 64 forskningstekster fra systematiske og usystematiske søk. I all hovedsak var dette fagfelleurderte forskningsartikler, men også relevante rapporter. 47 av disse artiklene kom fra systematiske søk i 7 forskjellige forskningsdatabaser, mens 17 kom fra usystematiske søk. I tillegg til dette har vi analysert 1 lovverk, 5 offentlige utredninger og 6 stortingsmeldinger, samt fagutviklingsarbeider som masteroppgaver og forsøksordninger fra statlig hold.

6.2 Oppsummering av forskningsfunn

Vi vil nå gå kort gjennom kategoriene i resultatdelen om forskning og funnene i kategoriene, sammenfattet i følgende oversiktstabell:

Hovedkategorier	Underkategorier
Overordnede forutsetninger	Avstander, klima og vær Demografi og personalmangel
Nasjonale studier med fokus på geografiske forskjeller	Nasjonale geografiske forskjeller blant eldre Overordnede systemanalyser
Sentral politikk og satsning	Rekrutteringstiltak, utdanningstiltak og insentivordninger Spenning mellom statlig styring og lokal autonomi Konsekvenser av samhandlingsreformen Kommunalt inntektssystem Velferdsteknologi
Geografiske forskjeller i kommunene	Variasjon i lokal organisering og fordeling av tjenester De ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester Tjenestemottagere

Tabell 4 Oversikt over kategorier av forskningsfunn

Den første hovedkategorien av forskningsfunn er *overordnede forutsetninger*, som er forutsetninger som også griper inn i andre deler av velferdsstaten utenfor primærhelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester, slik som utdanning, det kommunale inntektssystemet, spesialisthelsetjenesten med mer. Denne hovedkategorien har to underkategorier. Den første er geografiske forhold som *avstander, klima og vær*. Nettopp avstander, klima og vær skaper forskjeller i forutsetninger for å bedrive kommunal eldreomsorg, og med det begrensninger for effektiv drift. Eksempler kan her være mye kjøretid grunnet kommunens størrelse, vinterstengte fjelloverganger og fergeforbindelser med få avgangstider. Værhendelser kan være uforutsigbare og vanskelige å planlegge for, i motsetning til generelle klimaforhold. Dette kan videre kompliseres med at det kan være lang avstand mellom tjenestemottageres bosted og ansattes arbeidssted, med «vanskelig» geografi mellom. At kommuners geografi er variert, er ikke nytt, men det kan være verdt å merke seg at på tross av kompensierende tiltak fra statlig hold og høy innsats fra kommuner og deres ansatte, så er det vanskelig å planlegge rundt noen av de grunnleggende geografiske egenskapene mange kommuner har. Kategoriens innhold kan også knyttes til tilgjengelig og relativ kvalitet på infrastruktur, slik som tilgang til internett, offentlig transport, veikvalitet med mer. Kvalitet på infrastruktur er relativt lite omtalt i denne kunnskapsoppsummeringen.

Den neste underkategorien er *demografi og personalmangel*. Mange geografiske forskjeller i kommunal eldreomsorg er også demografisk betinget. I Norge har fødselstallene falt i mange tiår, noe som gir en aldrende befolkning med flere eldre og færre i arbeidsfør alder. Dette kan gi et forventet misforhold mellom behov og kapasitet. Mange unge mennesker har flyttet ut av rurale kommuner grunnet jobb og utdanning, noe som har økt gapet mellom behovet og kapasiteten i rurale områder, både i form av tilgang på kvalifisert helsepersonell og i form av uformell omsorg.

Den andre hovedkategorien av funn er en liten kategori. Det finnes relativt få *nasjonale studier med fokus på geografiske forskjeller* i kommunale helse- og omsorgstjenester, og spesielt eldreomsorg. Det finnes imidlertid noen, og et hovedfunn er at mennesker i rurale områder er noe mer fornøyd med tjenestene de mottar enn mennesker i urbane områder, mens opplevd livskvalitet er nokså likt.

Den tredje hovedkategorien av funn er *sentral politikk og satsning*, med flere tilhørende underkategorier. Den første underkategorien er *rekrutteringstiltak, utdanningstiltak og insentivordninger*, som er direkte relevant for kategorien demografi og personalmangel. Spesielt distriktene har hatt mangel på kvalifisert personell, og forsøk som desentralisert sykepleieutdanning har blitt iverksatt med suksess med tanke på både lokal oppslutning og det å rekruttere og beholde ansatte. Det har også blitt utviklet egne modeller for å rekruttere og beholde personell.

Det eksisterer også en *spenning mellom statlig styring og lokal autonomi*. Den ene hovedspenningen er mellom nasjonal ambisjon og lokal autonomi. Det er større diskrepans mellom nasjonal ambisjon og kommunal kapabilitet enn før, og dette er i stor grad et ressurs spørsmål for hver enkelt kommune. Den andre hovedspenningen er i ansvarsfordeling mellom det offentlige på den ene siden og individet på den andre – velferdsstaten er ikke helt løsrevet fra familiens bidrag.

Konsekvenser av samhandlingsreformen er neste underkategori. Samhandlingsreformen flyttet ansvar fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten, noe som førte til økende press på spesialisering blant helsepersonell i kommunene. Her ser det ut til at større, gjerne urbane, kommuner har høyere grad av spesialisering enn små kommuner, som gjerne er rurale. Dette henger igjen sammen med størrelsen på fagmiljøene samt varierende behov for generell spesialisering. I rurale områder er det ofte bare enkeltstående pasienter eller

veldig små pasientgrupper som har behov for spesialisert kompetanse.

En annen viktig, men relativt lite utforsket kategori er *det kommunale inntektssystemet*. Tilgang på finansielle ressurser er veldig relevant for geografisk variasjon i dekning av helse- og omsorgstjenester, da kommunal eldreomsorg er den største enkeltutgiftsposten for de fleste kommuner. Per dags dato utjevner inntektssystemet i stor grad utgiftene som hver kommune har, mens inntektssiden forblir mindre utjevnet. Dette gjør at vi kan sette spørsmålsteget ved om kommunene er i stand til å levere likeverdige tjenester ut ifra veldig varierende finansielle utgangspunkt.

Et tema som ofte blir trukket frem i den identifiserte litteraturen som en (del)løsning på fremtidige kapasitetsproblemer, også i geografisk forstand, er *velferdsteknologi*. Velferdsteknologi har potensial til å spare tid, eksempelvis gjennom kjøretid og lignende for mindre oppgaver. Bruk av e-konsultasjoner kan også være et supplement til fysiske konsultasjoner. Likevel er det per dags dato et godt stykke fra de nasjonale ambisjonene til realiteten i kommunene. Det er viktig at brukerne av velferdsteknologi opplever den som nyttig, og spesielt kommuneøkonomi, brukergrensesnitt, opplæring og kompetanse trekkes her frem som viktige hindre å overkomme for at brukerne skal få en opplevelse av at teknologien er nyttig.

Den fjerde og siste hovedkategorien er *geografiske forskjeller i kommunene*. Den aller første underkategorien her er *variasjon i lokal organisering og fordeling av tjenester*, altså variasjon i tjenesteprofil. Vi ser relativt mer bruk av hjemmetjenester i rurale områder enn i urbane områder, mens fordelingen av tjenester på institusjon er omvendt. Unntaket vi har funnet i forskningslitteraturen, er hos tjenestemottagere med demens. Her ser det ut til at bruken av hjemmetjenester er relativt lavere i rurale områder. Den geografiske variasjonen i tjenesteprofil nyanseres noe av bruk av omsorgsboliger, som ofte er sentralt plassert i kommunen, men som klassifiseres som hjemmetjenester. Noen kommuner, spesielt større, har også egne tildelingsenheter for tjenester, som i noen tilfeller fungerer som buffere mellom brukeres ønsker og ansatte. Slike buffere eksisterer ofte ikke i små kommuner. Små kommuner bruker ofte interkommunale samarbeid for å overkomme mangel på stordriftsfordeler og andre organisatoriske mangler, men omfanget av slike samarbeid kommer an på grad av likhet og geografisk kompatibilitet med ens nabokommuner.

Den neste underkategorien, *de ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester*, er en av de største underkategoriene i denne kunnskapsoppsummeringen. Ansatte i alle geografiske kontekster opplever tidspress grunnet økt etterspørsel etter tjenester. I hjemmetjenesten ser vi at ansatte i rurale områder bruker mer tid på kjøretid enn i urbane områder, og at i flere tilfeller og i flere geografiske kontekster blir kjøretid og håndtering av uønskede hendelser underestimert. Rurale områder har mindre fagmiljøer, noe som kan føre til profesjonell isolasjon. Ansatte i rurale områder opplever ofte selvstendighet i sin arbeidshverdag og har ofte flere roller overfor sine tjenestemottagere, noe som kan skape problemer dersom tjenestemottagerne er en del av ens eget private nettverk.

Den siste underkategorien er *tjenestemottagere*. Dette er en av de største og mest omfattende underkategoriene. De fleste artiklene om tjenestemottagere med geografisk relevans handler om rurale forhold. Det eksisterer et narrativ om at tjenestemottagerne ønsker å bo så lenge som mulig hjemme, men boligpolitikk og mangel på egnede boliger vanskeliggjør dette, spesielt i rurale områder. Eldre som bor i urbane områder, har tilsynelatende i snitt noe høyere egenomsorgsevne enn de som bor i rurale områder. Flere årsaker trekkes frem, hvorav en av de mest geografisk relevante er at store byer tilrettelegger for styrking av egenomsorgsevnen. En type forklaring er at skrøpeligheit ikke bare er en beskrivelse av et individs tilstand, men også et individs tilstand og kapabilitet i forhold til sine omgivelser.

Lange avstander og dårlig tilgang til tjenester i rurale områder, samt det arktiske klimaet med lange vintre, skaper problemstillinger spesielt for denne gruppen med eldre i rurale områder. Tjenestemottagere i rurale områder med demens bruker mindre hjemmetjenester og avlastningstjenester enn i urbane områder, og de blir oftere flyttet til sentralt beliggende omsorgsboliger, ofte som en konsekvens av lange avstander.

Studier antyder at eldre kvinner fra rurale områder har en sterkere stedstilknytning til sitt hjem enn menn, da kvinner har hatt sitt daglige virke i hjemmet, mens menn i stor grad har jobbet utenfor hjemmet. Nettopp stedstilknytning er også sett på som et positivt gode som i noen tilfeller kan oppveie eller kompensere noe for dårligere tilgang på spesialiserte tjenester som kreftsykepleie i rurale områder.

6.3 Karakteristika i forskningslitteraturen i resultatdelen

Forskning på geografiske forskjeller i kommunale helse- og omsorgstjenester er ikke et eget, avgrenset fagfelt, og bidragene i denne kunnskapsoppsummeringen har kommet fra en bredde av forskjellige fag. Eksempler er helsetjenesteforskning, sykepleieforskning, helse-sosiologi, ruralsosiologi/samfunnsgeografi, logistikk, epidemiologi og statsvitenskap, men dette er ikke en utfyllende liste. Mesteparten av den inkluderte forskningen er av kvalitativ type: 34 av studiene hadde et kvalitativt fokus, mens 25 av dem hadde et kvantitativt fokus. Blant kvalitative metoder dominerer spesielt kvalitative intervjuer. Av andre typer kvalitative metoder som ble benyttet, kan deltagende observasjon og dokumentanalyser nevnes. De fleste kvantitative undersøkelsene var basert på analyser av registerdata eller spørreundersøkelser. Et fåtall av disse studiene hadde fokus på både kvalitative og kvantitative metoder som en del av et «mixed method design» eller en casestudie. Doktorgradsavhandlinger og mastergrader er inkludert i denne opptellingen av kvalitative versus kvantitative studier.

Mye av forskningen som er identifisert og beskrevet i denne kunnskapsoppsummeringen, er empirinær forskningslitteratur, i tråd med observasjonene til De Smedt og Mehus (2017). Det empirinære fokuset eksisterer på tvers av temaer som hjemmetjenester, tjenester på institusjon, fokus på ansatte eller tjenestemottagere. Det finnes relativt få, men noen analyser av geografiske forskjeller i kommunale helse- og omsorgstjenester der fokuset er strukturelt på systemnivå, både overordnet med alle eller et stort utvalg av kommuner under ett, samt systemanalyser som inkluderer staten. Dette er også i tråd med De Smedt og Mehus (2017), samt forskningsrapporten fra Nordlandsforskning av Bliksvær et al. (2020, s. 123). Sistnevnte rapport peker også mot at mye av forskningen har et «'policy-nært' utgangspunkt og begrunnes i forståelsesrammer som har en politisk eller administrativ forankring» (Bliksvær et al., 2020, s. 123).

Den relativt lave forekomsten av abstraherte (system)analyser i forskningslitteraturen er delvis et tankekors, da det finnes en hel del politiske utredninger og føringer som inneholder analyser med fokus på geografiske forskjeller på systemnivå. Tilstøtende felter som ruralsosiologi og rural utdannings sosiologi har imidlertid en noe annen fordeling mellom empirinær forskning og teoriutvikling. Dette er kanskje ikke overraskende, da begge disse feltene har hatt eksisterende forskningsmiljøer i Norge i mange tiår. Et eksempel er Rurals med lokasjon i Trondheim, og to av de få analysene på makronivå i denne kunnskapsoppsummeringen kommer nettopp fra Rurals (Blekesaune & Haugen, 2018; Frisvoll, 2020).

I begrepsjennomgangen ble det slått fast at geografiske begreper ikke har enkle betydninger, og at geografi heller ikke alltid er presentert eksplisitt. Geografiske begreper

er ofte forskjellige, slik som rural/urban og sentrum/periferi. Det finnes også gjerne konkurrerende definisjoner av eksempelvis rural, slik som forskjellige statistiske definisjoner, politiske definisjoner osv. All variasjonen vanskeliggjør både sammenfatning og sammenligning av forskningslitteratur. I denne kunnskapsoppsummeringen er begrepet rural det mest fremtredende geografiske begrepet, med kommunestørrelse på andreplass og urban på tredjeplass. Begrepet rural er enten alene eller sammen med urban eller et annet begrep til stede i 42 artikler. Urban forekommer i 14 artikler, som regel sammen med rural eller et annet begrep. Den høye forekomsten av disse begrepene kan kanskje knyttes til bruk av det engelske språket, da rural og urban er ord som fungerer både på norsk og engelsk. Kommunestørrelse er brukt 8 ganger, mens distrikt er brukt 12 ganger, enten alene eller sammen med et annet begrep. Sentrum er brukt sammen med periferi 3 ganger. De aller fleste av artiklene som har både ruralt og urbant fokus, er kvantitative forskningsartikler. I mange tilfeller er andre geografiske begreper brukt, mens i noen tilfeller er geografiske begreper ofte ikke presentert eksplisitt og inkludert i analysen av tekster som gjerne har en klar urban eller rural profil. Det ser også ut til at når geografiske begreper er brukt, så er fokuset hovedsakelig på rurale kontekster. Dette kan tolkes som at geografi ofte ikke blir begrepsfestet med mindre det er et ruralt perspektiv, og at urbane kontekster derfor er tatt for gitt. Dette er eksempelvis tilfellet i tilstøtende fagfelt (Bæck, 2016).

Mye forskningslitteratur har også kommet til de siste årene. I det totale litteratursøket var det like mange treff før 2018 som fra 2018 til medio 2022. Dette impliserer et forskningsfelt i rask vekst, som kanskje kan ses i sammenheng med det økte fokuset på geografiske og demografiske problemstillinger i kommunale helse- og omsorgstjenester som diskutert i flere offentlige utredninger, slik som Norman-utvalget (NOU 2020: 15) og Helsepersonellkommissjonen (NOU 2023: 4).

Bliksvær et al. (2020) diskuterer i sin forskningsrapport temaet aldring i rurale strøk. De viser at begrepet i nordisk forskning i stor grad knyttes til tjenesteproduksjon, og særlig til tjenester innenfor helse- og omsorgssektoren. De viser at de fleste publikasjonene setter søkelys på hjemmebaserte tjenester, mens kun et fåtall handler om institusjonsbasert omsorg, en oppfatning vi deler i denne kunnskapsoppsummeringen. Dette kan ifølge Bliksvær et al. (trolig) ses i sammenheng med en mer generell orientering mot hjemmebaserte tjenester. Videre viser Bliksvær et al. også til andre tematiske mangler i forskningsfeltet, blant annet på eldre og arbeidslivsdeltagelse, frivillighet, uformell omsorg, transport utover tilrettelegging for utendørsbevegelse i lokalmiljøet, samt forskning på avstand og dets konsekvenser for planlegging og koordinering av helse- og velferdstilbud. Vi er i stor grad enig, men vil legge til at litteratur om uformell omsorg og planlegging og koordinering antagelig har blitt mer omfattende siden søketidspunktet til Bliksvær et al. I den samme rapporten sier forfatterne i deres skrivende stund at det manglet litteratur om velferdsteknologi, men at de antar at dette vil endres etter publiseringstidspunktet i 2020 (Bliksvær et al., 2020, s. 123). Dette har i noen grad vist seg å stemme.

6.4 Videre implikasjoner og konklusjon

Forskningsfeltet på geografiske forskjeller i kommunal eldreomsorg i Norge er i ekspansjon. Dette er et gode for tematikken som denne kunnskapsoppsummeringen tar opp. Det er likevel mulig å si at feltet fremdeles er forskningshungrig. Det har ikke lyktes oss forfattere å finne et eneste undertema med en metning av perspektiver og/eller tilnærmet konsensus. Det er derfor tilsynelatende rom for mer forskning av alle typer, også på temaer og perspektiver som er forsket på tidligere.

Likevel er det visse temaer som er mindre forsket på enn andre. Sammenlignet med tilstøtende felter som ruralsosiologi ser vi at det er plass til mer teoretisering av empirisk påvist geografisk variasjon i kommunale helse- og omsorgstjenester knyttet til eldreomsorg. Både strukturelle systemanalyser, diskusjoner om mulige årsaksforhold, historisk gjennomgang av policy og systemendringer og politisk-filosofiske diskusjoner om (geografisk) rettferdighet har vært vanskelig å finne. Her er det kanskje rimelig å anta at forskerne i forskningsfeltet har sett et behov for å legge et godt empirisk grunnlag før de gjennomfører mer abstrakte analyser. Det er også få eksplisitte empiriske urban/rural-sammenligninger av kommunale helse- og omsorgstjenester av både kvalitativ og kvantitativ art og i form av casestudier.

Det finnes også implikasjoner for praksisfeltet. Kunnskapsoppsummeringen viser at vi har geografisk forskjellige forutsetninger for implementering av eldreomsorg i forskjellige kommuner, som har resultert i lokale undervarianter av eksempelvis tjenesteorganisering og tildeling av tjenester. Dette poenget grenser til det åpenbare, men er likevel viktig å ta inn over seg når kommuner og kommuneansatte ser utover sin egen kontekst for å finne gode løsninger på sine problemstillinger. På den ene side vil vi si at i abstrakt forstand er utfordringene like, men kommunene er likevel så forskjellige at løsningene ikke vil/kan bli like, og at relevante aktører derfor bør være forsiktige med tanke på overføringsverdien av noen av funnene og praksisene fra andre kontekster. Likevel håper vi at praksisfeltet finner kunnskapsoppsummeringen relevant for deres hverdag, både som en helhetlig oppsummering og i form av eksempler på verktøy, praksiser og satsninger som i alle fall kan være til inspirasjon.

Vi vil derfor konkludere med at geografiske forskjeller i kommunale helse- og omsorgstjenester knyttet til eldreomsorg i økende grad er blitt dokumentert. Analysene på systemnivå er likevel færre, og enn så lenge er mangfoldet av bruken av teori noe begrenset. Funnene kommer fra veldig ulike kontekster, og alle aktører kan la seg inspirere, men bør utvise forsiktighet i diskusjoner om overførbarhet av funn og praksiser

Referanser

- Abelsen, B., Fosse, A., Gaski, M. & Grimstad, H. (2022). Tiltak i grunnutdanningen for å sikre leger til distrikt: En systematisk oversikt. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.21.0253>
- Abelsen, B., Strasser, R., Heaney, D., Berggren, P., Sigurðsson, S., Brandstorp, H., Wakegijig, J., Forsling, N., Moody-Corbett, P., Akearok, G. H., Mason, A., Savage, C. & Nicoll, P. (2020). Plan, recruit, retain: A framework for local healthcare organizations to achieve a stable remote rural workforce. *Human Resources for Health*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00502-x>
- Arksey, H. & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19–32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Arntsen, B., Torjesen, D. O. & Karlsen, T. I. (2018). Drivers and barriers of inter-municipal cooperation in health services: The Norwegian case. *Local Government Studies*, 44(3), 371–390. <https://doi.org/10.1080/03003930.2018.1427071>
- Bjerkmo, L., Helgesen, A. K., Larsen, T. A. & Blix, B. H. (2021). «Falling off the wagon»: Older adults' experiences of living with frailty in rural arctic communities. *International Journal of Circumpolar Health*, 80(1). <https://doi.org/10.1080/22423982.2021.1957569>
- Blekesaune, A. & Haugen, M. S. (2018). Ageing in Norwegian Rural and Urban communities. *European Countryside*, 10(2), 232–246. <https://doi.org/10.2478/euco-2018-0014>
- Bliksvær, T., Andrews, T., Bardal, K. G. & Waldahl, R. H. (2020). «Et godt sted å bli gammel»: En studie av aldring i rurale kommuner (NF rapport nr. 11/2020). Nordlandsforskning. <https://hdl.handle.net/11250/2727378>
- Blix, B. H. & Hamran, T. (2019). Assisted living in rural areas: Aging in blurred landscapes. *Qualitative Research in Medicine and Healthcare*, 3(2). <https://doi.org/10.4081/qrmh.2019.7826>
- Blix, B. H., Stalsberg, H. & Moholt, J.-M. (2021). Demografisk utvikling og potensialet for uformell omsorg i Norge. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 7(1), 1–14. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2021-01-03>
- Botngard, A., Eide, A. H., Mosqueda, L. & Malmedal, W. (2020). Resident-to-resident aggression in Norwegian nursing homes: A cross-sectional exploratory study. *Bmc Geriatrics*, 20(1), Artikkel 222. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01623-7>
- Bovim, G. & Nerdrum, L. (2023). Tid for handling i kommunale helse- og omsorgstjenester. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 9(2), 116–122. <https://doi.org/10.18261/tfo.9.2.10>
- Bæck, U.-D. K. (2016). Rural location and academic success: Remarks on research, contextualisation and methodology. *Scandinavian journal of educational research*, 60, 435–448. <https://doi.org/10.1080/00313831.2015.1024163>

- Christie, W., Gilbert, M., Gisvold, S. E., Grimsgaard, C., Haug, L., Heier, H. E., Holmøy, E., Hovland, K., Jensen, B., Marsdal, M., Rolijordet, F. O., Rosenqvist, R. & van der Wal, M. (2023). *Framtidens helse-og omsorgstjenester: Motmelding til NOU 2023: 4 Tid for handling; kritiske merknader og nye analyser av premissene i innstillingen fra Helsepersonellkommissjonen*. Oslo Legeforening. https://www.legeforeningen.no/contentassets/276d3938493d4d25bdfc-0da4639afd67/motmelding_helsepersonellkommissjonen_skjerm_230811.pdf
- Dale, B., Söderhamn, U. & Söderhamn, O. (2012). Self-care ability among home-dwelling older people in rural areas in southern Norway. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(1), 113–122. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00917.x>
- De Smedt, S. E. & Mehus, G. (2017). Sykepleieforskning i rurale områder i Norge: En scoping review. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 13(2). <https://doi.org/10.7557/14.4238>
- Devik, S. A. (2016). *Hjemmesykepleie til eldre som bor på bygda med uhelbredelig kreft* [Doktorgradsavhandling, Mittuniversitetet]. Digitala Vetenskapliga Arkivet. <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:915663/FULLTEXT01.pdf>
- Devik, S. A., Enmarker, I., Wiik, G. B. & Hellzen, O. (2013). Meanings of being old, living on one's own and suffering from incurable cancer in rural Norway. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(6), 781–787. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2013.03.009>
- Devik, S. A., Hellzen, O. & Enmarker, I. (2015). «Picking up the pieces»: Meanings of receiving home nursing care when being old and living with advanced cancer in a rural area. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 10, Artikkel 28382. <https://doi.org/10.3402/qhw.v10.28382>
- Edvardsen, T. L., Lorem, G. F. & Mehus, G. (2020). Palliative care in rural and remote areas: Challenges facing rural nurses in palliative cancer care in the far North of Norway. *Nordic Nursing Research / Nordisk Sykeplejeforskning*, 10(3), 150–163. <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2020-03-02>
- Eggebo, H., Munkejord, M. C. & Schonfelder, W. (2020). Land, history and people: Older people's stories about meaningful activities and social relations in later life. *Journal of Population Ageing*, 13(4), 465–483. <https://doi.org/10.1007/s12062-019-09253-7>
- Eika, M. (2017). *The transition of older residents into long-term care placement in rural Norway: The perspectives of next of kin and staff* [Doktorgradsavhandling, NTNU Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet]. NTNU open. https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/2450634/Marianne%20Eika_PhD.pdf?sequence=1
- Eira, J. B. (2020). *Samhandling: Hvilke utfordringer møter hjemmetjenesten ved tildeling av helse- og omsorgstjenester til flyttsamer som kommer til sin sommerhjemkommune?* [Masteroppgave, UiT Norges arktiske universitet]. Munin. <https://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/22906/thesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Eriksen, L. T. & Huemer, J. E. (2019). The contribution of decentralised nursing education to social responsibility in rural Arctic Norway. *International Journal of Circumpolar Health*, 78(1). <https://doi.org/10.1080/22423982.2019.1691706>
- Eriksen, T. H. (2010). *Små steder – store spørsmål: Innføring i sosialantropologi* (3. utg.). Universitetsforlaget.
- Ervik, B., Brøndbo, B. & Johansen, M.-L. (2021). Adapting and going the extra mile: A qualitative study of palliative care in rural Northern Norway from the perspective of healthcare providers. *Cancer Nursing*, 44(4), 229–235. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000815>

- Fenes, S. (2011). *Sykepleier og sambygding: En studie om det å bo og arbeide i samme lokalsamfunn* [Masteroppgave, UiT Norges arktiske universitet]. Munin. <https://munin.uit.no/handle/10037/3711>
- Frisvoll, S. J. (2020). Velferdsstaten og distrikts-Norge ved et veiskille: På vei mot økt geografisk ulikhet i velferden? I R. Almås & E. M. Fuglestad (Red.), *Distriktsopprør: Periferien på nytt i sentrum*. Dreyers forlag. https://ruralis.brage.unit.no/ruralis-xmlui/bitstream/handle/11250/2728008/20200518%2bkapittel%2b10%2bKorrektur_Svein.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Førland, O. & Rostad, H. M. (2019). *Variasjon og uønsket variasjon i kvalitet i omsorgstjenestene* (Rapportserie nr. 4/2019). Senter for omsorgsforskning. http://www.omsorgsforskning.no/utgivelser/rapportserie/2019/rapport_4
- Førland, O., Skumsnes, R., Teigen, S. & Folkestad, B. (2015). Forebyggende hjemmebesøk til eldre: Utbredelse, diffusjonsprosesser og spredning. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 1(2), 119–130. https://www.idunn.no/tidsskrift_for_omsorgsforskning/2015/02/forebyggende_hjemmebesoek_til_eldre_utbredelse_diffusjons-
- Gaski, M., Abelsen, B. & Fosse, A. (2022). *Kunnskapsoppsummering: Hva hemmer og fremmer tilgang på kvalifisert personell til helse- og omsorgstjenesten i distriktskommuner?* Nasjonalt senter for distriktsmedisin ved UiT Norges arktiske universitet. <https://www.nsdm.no/wp-content/uploads/2022/07/NSDM-rapport-2022-Kunnskapsoppsummering.pdf>
- Gaski, M. & Huemer, J. (2020). *Fleksibel sykepleierutdanning: Tilgangen på grunn- og videreutdanningstilbud* (NSDM-rapport 2020). Nasjonalt senter for distriktsmedisin ved UiT Norges arktiske universitet. <https://www.nsdm.no/wp-content/uploads/2020/09/2020-2-sept-Rapport-Fleksibel-sykepleierutdanning-1.pdf>
- Gautun, H. (2021). For få på jobb? Sykepleierbemanning i sykehjem og hjemmesykepleien. *Søkelys på arbeidslivet*, 38(2), 142–157. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-7989-2021-02-05>
- Giæver, A. (2020). *Alderdom og livskvalitet i rurale kyststrøk: Betydningen av uformell omsorg og lokal tilknytning som verdier for å leve en meningsfull alderdom i rurale strøk* [Masteroppgave, UiT Norges arktiske universitet]. Munin. <https://munin.uit.no/handle/10037/22896>
- Gythfeldt, K. & Heggen, K. (2013). Hva betyr høgskolene for rekruttering av arbeidskraft til egne regioner? *Søkelys på arbeidslivet*, 30(3), 235–250. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-7989-2013-03-05>
- Hanssen, I. R. & Vanzo, N. (2020). *Distriktssykepleie i Nord Norge: Hvilke særegenheter innebærer utøvelsen av distriktssykepleie i Nord Norge?* [Masteroppgave, UiT Norges arktiske universitet]. Munin. <https://munin.uit.no/handle/10037/23376>
- Hargreaves, L., Kvalsund, R. & Galton, M. (2009). Reviews of Research on Rural Schools and Their Communities in British and Nordic Countries: Analytical Perspectives and Cultural Meaning. *International Journal of Educational Research*, 48(2), 80–88. <https://doi.org/10.1016/j.ijer.2009.02.001>
- Hatleskog, H. Z., Amundsen, M., Dokken, T., Dyb, E., Holden, M. B., Monkerud, L. C., Rasmussen, I. & Ekne Ruud, M. (2022). *Leve hele livet i kommunene* (NIBR-rapport 2022:1). By- og regionforskningsinstituttet NIBR ved OsloMet – storbyuniversitetet. <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/11250/2982569/2022-1%20NIBR.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
- Helgheim, B. I. & Sandbæk, B. (2021). Who Is doing what in home care services? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(19), Artikkel 10504. <https://doi.org/10.3390/ijerph181910504>

- Helgheim, B. I., Sandbæk, B. E. & Slyngstad, L. (2018). A prospective investigation of direct and indirect home care activities in three rural Norwegian municipalities. *BMC Health Services Research*, 18. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3794-2>
- Helmers, A.-K. B. & Bergsagel, I. (2018, 13. september). *Disse 165 kommunene tilbyr noe ekstra til sykepleiere*. Norsk sykepleierforbund. <https://sykepleien.no/2018/05/disse-165-kommune-tilbyr-noe-ekstra-til-sykepleiere>
- Helse- og omsorgsdepartementet, Frivillighet Norge & KS. (2015). *Nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet (2015–2020)* (I-1166). Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/contentassets/4458634b21274b349a602c9a00ff116f/nasjonal_strategi_frivillighet.pdf
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2021). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Helse- og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet. (2022, 21. februar). *Statlig finansiering av omsorgstjenester (SIO)*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/sykehjem-og-hjemmetjenester/statlig-finansiering-av-omsorgstjenester>
- Helsedirektoratet. (2023). *Kommunale helse- og omsorgstjenester 2022*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kommunale-helse-og-omsorgstjenester-2022>
- Hjemås, G., Zhiyang, J., Kornstad, T. & Stølen, N. M. (2019). *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035* (Rapporter 2019/11). Statistisk sentralbyrå (SSB). https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/_attachment/385822?_ts=16c855ce368
- Holen-Rabbersvik, E., Eikebrokk, T. R., Fensli, R. W., Thygesen, E. & Slettebo, A. (2018). Critical issues for employees in inter-municipal health care services: A multiple case study. *BMC Health Services Research*, 18. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3586-8>
- Holm, S. G. & Angelsen, R. O. (2014). A descriptive retrospective study of time consumption in home care services: How do employees use their working time? *BMC Health Services Research*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-439>
- Holm, S. G., Mathisen, T. A., Saeterstrand, T. M. & Brinchmann, B. S. (2017). Allocation of home care services by municipalities in Norway: A document analysis. *BMC Health Services Research*, 17. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2623-3>
- Horn, P. E. (2018). *Bo og leve i eget hjem, eller innlagt på institusjon: Hvordan sykepleiere i hjemmebasert omsorg vurderer grunnlaget for overflytting fra eget hjem til institusjon for den gamle pasient* [Masteroppgave, UiT Norges arktiske universitet]. Munin. <https://munin.uit.no/handle/10037/13113>
- Horn, S. A., Barra, M., Norheim, O. F. & Solberg, C. T. (2021). Public health priority setting: A case for priority to the worse off in well-being during the COVID-19 pandemic. *Etikk i praksis – Nordic Journal of Applied Ethics*, 15(2), 5–15. <https://doi.org/10.5324/eip.v15i2.4097>
- Huemer, J. & Eriksen, L. (2017). Teknologi i Samhandlingsreformen: utfordringer ved implementering av informasjons- og kommunikasjonsteknologi i kommunehelsetjenesten. *Nordisk Sygeplejeforskning-Nordic Nursing Research*, 7(1), 48–62. <https://doi.org/10.18261/ISSN.1892-2686-2017-01-05>
- Huseby, B. M., Kalseth, B., Moe, B., Mandal, C., Tønnesen, C. N., Kjølvik, J., Mehus, K. H., Pedersen, M., Sitter, M., Darvik, M., Gaardsrud, P.-Ø. & Lilleeng, S. E. (2017). *Samdata kommune* (Rapport IS-2575). Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samdata-kommune/Samdata%20kommune.pdf>

- Høydahl, E. (2020). *Sentralitetsindeksen* (Notater 2020/4). Statistisk sentralbyrå (SSB). https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/_attachment/413602?_ts=17085d29f50
- Ingelsrud, H. U. (2018). *Arbeidsdagen som hjemmesykepleier i distriktskommune: En kvalitativ studie om hjemmesykepleiers erfaringer etter samhandlingsreformen* [Masteroppgave, NTNU Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet]. NTNU open. <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/2569248>
- Isaksen, A.-M. (2017). *Organisering av sykepleietjenesten i distriktet – utfordringer og muligheter: Hvilke utfordringer og muligheter er knyttet til å arbeide som sykepleier ute i distriktet i dag?* [Masteroppgave, UiT Norges arktiske universitet]. Munin. <https://munin.uit.no/handle/10037/11321>
- Johansen, S. (2009). «Sentraliseringens pris» Er sentralisering et problem? (NIBR-rapport 2009:5). By- og regionforskningsinstituttet NIBR. <https://kudos.dfo.no/documents/4852/files/4723.pdf>
- Kalfoss, M. H., Low, G. & Halvorsrud, L. (2018). Identity processes among older norwegians living in urban and rural areas. *Western Journal of Nursing Research*, 40(5), 701–724. <https://doi.org/10.1177/0193945916687514>
- Kommunal- og distriktsdepartementet. (2022a). *Kommunale insentivordninger for å rekruttere arbeidskraft, tiltrekke seg innflyttere og beholde unge i kommunen* (H-2534). <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/kommunale-insentivordninger-for-a-rekruttere-arbeidskraft-til-trekke-seg-innflyttere-og-beholde-unge-i-kommunen/id2949636/>
- Kommunal- og distriktsdepartementet. (2022b, 26. januar). *Register om betinget godkjenning og kontroll (ROBEK)*. <https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommuneokonomi/robek-2/id449305/>
- Kommunal- og distriktsdepartementet. (2023a). *Distriktsindeksen 2023: Distriktsindeksens sammensetning og vektning av indikatorer etter Asplan Viaks gjennomgang av indeksen i 2019* (H2461 B). <https://www.regjeringen.no/contentassets/242dd531f69c4b0696352303e-2ae6e91/distriktsindeksen-2023.pdf>
- Kommunal- og distriktsdepartementet. (2023b, 27. januar). *Finansiering av kommunesektoren*. <https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommuneokonomi/finansiering-av-kommunesektoren/finansiering-av-sektoren-samlet-herunder/id552048/>
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2020, 3. januar). *Fakta om kommunereformen*. <https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommunereform/kommunereform/id2548377/>
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2021a). *Inntektssystemet for kommunar og fylkeskommunar 2022: Grønt hefte* (Bereknings teknisk dokumentasjon til Prop. 1 S (2021–2022)). <https://www.regjeringen.no/contentassets/744de1ad6f0f4df09311c33ed-d01ae99/2022/gront-hefte-2022.pdf>
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2021b). *Utvalgsarbeid i staten: En veileder for ledere, medlemmer og sekretærer i statlige utredningsutvalg* (H-2440 B). https://www.regjeringen.no/contentassets/793636d2e55a4236b82e632897f96d50/h-2440-b_utvalgsarbeid-i-staten_oppdaterert-01-09-2021.pdf
- Lunde, B. V. & Otterlei, J. B. (2021). Tjenester til hjemmeboende eldre. I C. H. Anvik, J. T. Sandvin, J. P. Breimo & Ø. Henriksen (Red.), *Velferdstjenestenes vilkår* (s. 151–170). <https://doi.org/10.18261/9788215034713-2020-9>

- Martens, C. T. (2017). *Allocating responsibilities: Norwegian elder care between national ambitions and local autonomy* [Doktorgradsavhandling, Universitetet i Oslo]. <https://www.duo.uio.no/handle/10852/58753>
- Martens, C. T. (2018). Postcode Lottery or Systematic Differences in Norwegian Elder Care Provision? *Scandinavian Journal of Public Administration*, 22(2). <https://doi.org/10.58235/sjpa.v22i2.11428>
- Masvie, T. B. & Ytrehus, S. (2013). Psykisk helsearbeideres erfaringer med å jobbe i små kommuner i Nordland. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 9(1), 19–34. <https://doi.org/10.7557/14.2561>
- Mehus, G. & Giæver, A. (2022). Om uformell omsorg: En kvalitativ studie fra sjøsamiske kystsamfunn i Finnmark. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 8(3), 1–16. <https://doi.org/10.18261/tfo.8.3.4>
- Meld. St. 7 (2019–2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/>
- Meld. St. 14 (2014–2015). *Kommunereformen: Nye oppgaver til større kommuner*. Kommunal- og moderniseringsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/01f2b178d685405e-925d60ebbb9b1bdc/no/pdfs/stm201420150014000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 24 (2022–2023). *Fellesskap og meistring: Bu trygt heime* Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20222023/id2984417/>
- Meld. St. 26 (2014–2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste: Nærhet og helhet*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>
- Meld. St. 27 (2022–2023). *Eit godt liv i heile Noreg: Distriktspolitikk for framtida*. Kommunal- og distriktsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/c50898d2683e4edf-b008e5f29f2e0666/nn-no/pdfs/stm202220230027000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 38 (2020–2021). *Nytte, ressurs og alvorlighet: Prioritering i helse- og omsorgstjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-38-20202021/id2862026/>
- Moholt, J.-M. (2019). *Utilization of community healthcare services and family caregivers' needs for support: A survey of family caregivers for older, home-dwelling persons with dementia in Northern Norway* [Doktorgradsavhandling, UiT Norges arktiske universitet]. Munin. <https://munin.uit.no/handle/10037/16707>
- Moholt, J.-M., Friborg, O., Blix, B. H. & Henriksen, N. (2020). Factors affecting the use of home-based services and out-of-home respite care services: A survey of family caregivers for older persons with dementia in Northern Norway. *Dementia* 19(5), 1712–1731. <https://doi.org/10.1177/1471301218804981>
- Munkejord, M. C., Eggebø, H. & Schönfelder, W. (2018). Hjemme best? En tematisk analyse av eldre fortellinger om omsorg og trygghet i eget hjem. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(1), 16–26. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-01-03>
- Ness, T. M., Hellzen, O. & Enmarker, I. (2014a). «Embracing the present and fearing the future»: The meaning of being an oldest old woman in a rural area. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 9, Artikkel 25217. <https://doi.org/10.3402/qhw.v9.25217>
- Ness, T. M., Hellzen, O. & Enmarker, I. (2014b). «Struggling for independence»: The meaning of being an oldest old man in a rural area. Interpretation of oldest old men's narrations. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 9, Artikkel 23088. <https://doi.org/10.3402/qhw.v9.23088>

- Nilsen, G., Huemer, J. & Eriksen, L. (2012). Bachelor studies for nurses organised in rural contexts: A tool for improving the health care services in circumpolar region? *International Journal of Circumpolar Health*, 71, Artikkel 17902. <https://doi.org/10.3402/ijch.v71i0.17902>
- Norbye, B. & Skaalvik, M. W. (2013). Decentralized nursing education in Northern Norway: Towards a sustainable recruitment and retention model in rural Arctic healthcare services. *International Journal of Circumpolar Health*, 72(1). <https://doi.org/10.3402/ijch.v72i0.22793>
- NOU 2014: 12. (2014). Åpent og rettferdig: prioriteringer i helsetjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/NOU-2014-12/id2076730/>
- NOU 2018: 16. (2018). *Det viktigste først: Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansiert tannhelsetjenester*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/013aba8272d3412794ff7c78deb83e77/no/pdfs/nou201820180016000dddpdfs.pdf>
- NOU 2020: 15. (2020). *Det handler om Norge: Bærekraft i hele landet: Utredning om konsekvenser av demografiutfordringer i distriktene*. Kommunal- og moderniseringsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/3b37c1baa63a46989cb558a65fccf7a1/no/pdfs/nou202020200015000dddpdfs.pdf>
- NOU 2022: 10. (2022). *Inntektssystemet for kommunene*. Kommunal- og distriktsdepartementet. https://www.regjeringen.no/contentassets/63a615913ef6467e8cb35e139e056e77/nou-2022_10.pdf
- NOU 2023: 4. (2023). *Tid for handling: Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/337fef958f2148beb-d326f0749a1213d/no/pdfs/nou202320230004000dddpdfs.pdf>
- NOU 2023: 9. (2023). *Generalistkommunesystemet: Likt ansvar – ulike forutsetninger*. Kommunal- og distriktsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-9/id2968517/>
- Onsager, K. (2019). *Nærings- og distriktsutvikling: Perspektiver, politikk/virkemidler og samhandling* (NIBR-rapport 2019:7). By- og regionforskningsinstituttet NIBR. <https://www.ks.no/globalassets/fagomrader/samfunnsutvikling/naringsutvikling/NIBR-rapport-2019-7-.pdf>
- Otnes, B. & Haugstveit, F. V. (2015). *Kommunal variasjon i omsorgstjenester* (Rapporter 2015/44). Statistisk sentralbyrå (SSB). <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/kommunal-variasjon-i-omsorgstjenester>
- Ottersen, T., Førde, R., Kakad, M., Kjellevoid, A., Melberg, H. O., Moen, A., Ringard, Å. & Norheim, O. F. (2016). A new proposal for priority setting in Norway: Open and fair. *Health Policy*, 120(3), 246–251. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.01.012>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Rawls, J. (1999). *A theory of justice: Revised edition*. Harvard university press.
- Regjeringen.no. (2021, 12. oktober). *Historisk utvikling. Den norske kommunestrukturen opp gjennom tidene*. <https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommunestruktur/utviklingen-av-den-norske-kommunestruktu/id751352/>

- Rogne, A. F. & Syse, A. (2017). *Befolkningsframskrivinger, sosiodemografiske mønstre og helse* (Rapporter 2017/32). Statistisk sentralbyrå (SSB). https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/_attachment/328026?_ts=167c714ea80
- Rokkan, S. & Urwin, D. W. (1983). *Economy, territory, identity: Politics of West European peripheries*. Sage.
- Rygg, L. O., Brataas, H. V. & Nordtug, B. (2021). Oncology nurses' lived experiences of video communication in follow-up care of home-living patients: A phenomenological study in rural Norway. *European Journal of Oncology Nursing*, 52, Artikkel 101955. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2021.101955>
- Rød, D. A. V. & Falck, U. (under utgivelse). Geografisk rettferdighet for norske kommuner. I G. C. Aakvaag & U. D. K. Bæck (Red.), *Robuste fellesskap*.
- Rød, D. A. V. (2021). *Spatial inequalities in education in Northern Norway: Exploring rural-urban differences in teacher's work experiences* [Doktorgradsavhandling, UiT Norges arktiske universitet]. Munin. Tromsø. <https://munin.uit.no/handle/10037/20598>
- Skinner, M. S., Veenstra, M. & Sogstad, M. (2021). Nurses' assessments of horizontal collaboration in municipal health and care services for older adults: A cross-sectional study. *Research in Nursing & Health*, 44(4), 704–714. <https://doi.org/10.1002/nur.22144>
- Skaalvik, M. W., Gaski, M. & Norbye, B. (2014). Decentralized nursing education in Northern Norway: A basis for continuing education to meet competence needs in rural Arctic healthcare services. *International Journal of Circumpolar Health*, 73(1). <https://doi.org/10.3402/ijch.v73.25328>
- Sogstad, M., Hellesø, R. & Skinner, M. S. (2020). The development of a new care service landscape in Norway. *Health Services Insights*, 13. <https://doi.org/10.1177/1178632920922221>
- Soja, E. W. (2010). *Seeking spatial justice*. University of Minnesota Press.
- Solberg, M. (2023). *Velferdsteknologi for personer med demens: En oppsummering av kunnskap* (Omsorgsbiblioteket, nr. 34). Senter for omsorgsforskning. <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/3072628>
- Solstad, K. J. & Andrews, T. (2020). From rural to urban to rural to global: 300 years of compulsory schooling in rural Norway. *Journal of Rural Studies*, 74, 294–303. <https://doi.org/10.1016/j.jrurstud.2019.10.034>
- St.meld. nr. 47 (2008–2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd-8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Statistisk sentralbyrå. (2020, 6. oktober). *Population and land area in urban settlements*. Statistisk sentralbyrå (SSB). <https://www.ssb.no/en/befolkning/statistikker/befsett/aar>
- Statistisk sentralbyrå. (2023, 30. november). *KOSTRA-gruppene*. Statistisk sentralbyrå (SSB). <https://www.ssb.no/offentlig-sektor/kostra/statistikk/kostra-kommune-stat-rapportering/om-kostra/kostra-gruppene>
- Stein, J. (2019a). The striking similarities between Northern Norway and Northern Sweden. *Arctic Review on Law and Politics*, 10(0), 79–102. <https://doi.org/10.23865/arctic.v10.1247>
- Stein, J. (2019b). *What happened in Northern Norway?: A comparative and quantitative analysis of political and demographic development in Northern Norway from 1950 to 2015* [Doktorgradsavhandling, UiT Norges arktiske universitet]. Munin. <https://munin.uit.no/handle/10037/16364>

- Stelmach, B. (2011). A Synthesis of International Rural Education Issues and Responses. *Rural Educator*, 32(2), 11. <https://doi.org/10.35608/ruraled.v32i2.432>
- Sundsli, K. (2015). *Engagement, knowledge and autonomy: Facing a new generation older urban living people : studies on self-care and health* [Doktorgradsavhandling, NTNU Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet]. NTNU open. <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/283323>
- Sundsli, K., Söderhamn, U., Espnes, G. A. & Söderhamn, O. (2012). Ability for self-care in urban living older people in southern Norway. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 5, 85–95. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S29388>
- Tieken, M. C. (2014). *Why rural schools matter*. UNC Press Books.
- Tingvold, L. & Magnussen, S. (2018). Økt spesialisering og differensiering i sykehjem: Hvordan løses dette i ulike kommunale kontekster? *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(2), 153–164. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-02-11>
- Tännsjö, T. (2019). *Setting Health-Care Priorities: What Ethical Theories Tell Us*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780190946883.001.0001>
- Veenstra, M., Skinner, M. S. & Sogstad, M. K. R. (2020). A nation-wide cross-sectional study of variations in homecare nurses' assessments of informational continuity: The importance of horizontal collaboration and municipal context. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05313-3>
- Wakerman, J. (2004). Defining remote health. *Australian Journal of Rural Health*, 12(5), 210–214. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1854.2004.00607.x>
- Wang, J. R., Schanche, P., Askestad, H., Busch, R., Gleinsvik, A., Juel, A. F., Sand, K., Anthun, K. S. & Anthun, K. S. (2021). *Evaluering av forsøksordning med statlig finansiering av kommunale pleie- og omsorgstjenester* (Rapport nr. R-1020799-03). Helsedirektoratet, Agenda Kaupang, Proba Samfunnsanalyse & Sintef. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/sykehjem-og-hjemmetjenester/statlig-finansiering-av-omsorgstjenester/Evalueringsrapport%202021.pdf?download=false>
- Øverbye, E. (2018). Er selektivisme bedre enn universalisme i velferdspolitikken? *Norsk sosiologisk tidsskrift*, 2(1), 41–57. <https://doi.org/10.18261/issn.2535-2512-2018-01-04>
- Aakvaag, G. C. (2008). *Moderne sosiologisk teori*. Abstrakt forlag.
- Aakvaag, G. C. (2015). Institutional differentiation and individual freedom. *Acta Sociologica*, 58(4), 343–356. <https://doi.org/10.1177/0001699315578741>

Om forfatterne

Daniel Rød er postdoktor ved Senter for omsorgsforskning, nord, UiT – Norges arktiske universitet. Han har tidligere publisert artikler om ruralsosiologi og utdannings sosiologi før sin overgang til helsetjenesteforskning. Han er spesielt opptatt av samfunnsgeografi, politisk filosofi, geografisk urettferdighet og rurale problemstillinger. Et eksempel på dette er doktorgraden *Spatial inequalities in education in Northern Norway: Exploring rural-urban differences in teacher's work experiences* fra 2021, som viser til mange tilsvarende problemstillinger som denne kunnskapsoppsummeringen tar opp, men innenfor utdanningsfeltet.

Monika Dybdahl Jakobsen er postdoktor ved Senter for omsorgsforskning, nord, UiT – Norges arktiske universitet. Hun har publisert flere vitenskapelige artikler og kunnskapsoppsummeringer, blant annet om helse- og omsorgstjenester til skeive eldre og om hvordan innvandreres brukervedvirkning kan ivaretas gjennom utforming av tjenester. I tillegg har hun vært særlig opptatt av helseulikheter mellom ulike grupper i befolkningen. Hun har publisert flere artikler om helseulikheter, og hun tar del i Healthy Choices-prosjektet ved UiT, som omhandler sosiale ulikheter i helse.

Vedlegg 1: Oversikt over søk

Systematiske søk

Disse søkene er de faktiske søkene gjort i de respektive søkemotorene som gav relevante resultater før første sortering (gjennomlesning av abstract). Søkene ble gjennomført mellom 22.04.22 og 03.05.22

Web of science

Linje 1: ALL=(rural* OR peripher* OR district* OR municipalit*)

Linje 2: ALL=(urban* OR city OR cities OR geograph* OR spatial OR space OR demograph*)

Linje 3: TS=(home care service* OR homecare OR nurs* OR health care)

Linje 4: ALL=(Norge OR Norway OR Norwegian)

Linje 5: #1 OR #2

Linje 6: #5 AND #4 AND #3

3501 resultater, 142 mulig relevante resultater før første sortering (gjennomlesning av abstract).

CINAHL

Search ID 1: rural* OR peripher* OR district* OR municipalit* OR urban* OR city OR cities OR geograph* OR spatial OR space OR demograph*, TX all text

Search ID 2: home care service* OR homecare OR nurs* OR health care, TI title

Search ID 3: home care service* OR homecare OR nurs* OR health care, AB abstract

Search ID 4: Norge OR Norway OR Norwegian, TX all text

Search ID 5: S1 AND S2 AND S3 AND S4

578 resultater, 33 mulig relevante resultater før første sortering.

SweMed+

Linje 1: rural* OR perifer* OR distrikt* OR kommun* OR municipalit* OR urban* OR by* OR geograf* OR demograf*

Linje 2: home care service* OR homecare OR nurs* OR sykeplei* OR health care OR hjemmesykepleie OR sykehjem OR hjemmetjenest*

Linje 3: Norge OR Norway OR Norwegian

Merk at norske søkeord er inkludert. Kun peer reviewed. Opp til 2019.

496 treff. 38 mulig relevante resultater før første sortering.

MEDLINE

Linje 1: Search ID 1: rural* OR peripher* OR district* OR municipalit* OR urban* OR city OR cities OR geograph* OR spatial OR space OR demograph*, all fields, map term to subject heading

Linje 2: home care service* OR homecare OR nurs* OR health care, title

Linje 3: home care service* OR homecare OR nurs* OR health care, abstract, all fields, map term to subject heading

Linje 4: Avgrens 3 til abstracts

Linje 5: Norge OR Norway OR Norwegian, all fields, all fields, map term to subject heading

Linje 6: 1 and 2 and 3 and 4 and 5

340 resultater, 41 mulig relevante resultater før første sortering.

Idunn

Linje 1: rural* OR perifer* OR distrikt* OR kommun* OR municipalit* OR urban* OR by* OR geograf* OR demograf*

Linje 2: home care service* OR homecare OR nurs* OR sykeplei* OR health care OR hjemmesykepleie OR sykehjem, OR hjemmetjenest* tittel

Linje 3: home care service* OR homecare OR nurs* OR sykeplei* OR health care OR hjemmesykepleie OR sykehjem, OR hjemmetjenest* abstract

Linje 4: Norge OR Norway OR Norwegian

9 resultater, 3 mulig relevante resultater før første sortering.

Nora

Linje 1: (rural* OR perifer* OR distrikt* OR kommun* OR municipalit* OR urban* OR by* OR geograf* OR demograf*) AND (home care service* OR homecare OR nurs* OR sykeplei* OR health care OR hjemmesykepleie OR sykehjem OR hjemmetjenest*) AND (Norge OR Norway OR Norwegian)

1530 treff

Avgrensninger:

Avhandlinger: 217 treff, 3 avhandlinger og 4 mulig relevante resultater totalt før første sortering.

Tidsskriftartikkel: 562 treff, 21 mulig relevante resultater før første sortering.

Studentarbeider inkludert publiserte mastergrader ble valgt bort da det ikke var mulig å sortere ut bacheloroppgaver fra masteroppgaver. Ingen relevante treff på bøker og rapporter.

Oria

Linje 1: rural* OR perifer* OR distrikt* OR kommun* OR municipalit* OR urban* OR by* OR geograf* OR demograf*

Linje 2: home care service* OR homecare OR nurs* OR sykeplei* OR health care OR hjemmesykepleie OR sykehjem OR hjemmetjenest*, tittel

Linje 3: home care service* OR homecare OR nurs* OR sykeplei* OR health care OR hjemmesykepleie OR sykehjem OR hjemmetjenest*, emne

Linje 4: Norge OR Norway OR Norwegian

10652 treff

Avgrensning

Bøker: 19 treff, 3 mulig relevante resultater før første sortering.

Avhandling: 581 treff, 5 mulig relevante resultater før første sortering.

Merknad: Oria er en søkemotor og ikke en vanlig vitenskapelig database.

Usystematiske søk

De usystematiske søkene ble gjennomført mellom 22. april 2022 og 3. mai 2022. Det usystematiske søket inkluderte også en manuell gjennomgang av egen referanseliste i EndNote.

Geografiske forskjeller i kommunal eldreomsorg i Norge

Søkemotorer: Google, Google Scholar

Søkeord: relativt lik SWEMED-søket. Forenklede varianter ble kjørt i arkiv hos forskningsinstitusjoner og offentlige institusjoner.

Linje 1: rural* OR perifer* OR distrikt* OR kommun* OR municipalit* OR urban* OR by* OR geograf* OR demograf*

Linje 2: home care service* OR homecare OR nurs* OR sykeplei* OR health care OR hjemmesykepleie OR sykehjem OR hjemmetjenest*

Linje 3: Norge OR Norway OR Norwegian

Aktuell litteratur: vitenskapelige bøker og antologier, grå litteratur, lover, regler, retningslinjer og veiledere

Søk og manuell gjennomgang av arkiv hos forskningsinstitusjoner og offentlige institusjoner: Ruralis, NIBR, NSDM, Telemarksforskning, Lovdata, Regjeringen.no, Helsedepartementet, Helsedirektoratet.

Totalt antall treff: 132 treff.

Vedlegg 2: Oversikt over inkluderte tekster

Tabellen nedenfor er utarbeidet etter forskningsartikler, doktorgradsavhandlinger, forskningsrapporter, kunnskapsoppsummeringer, mastergrader og andre tekster som ble inkludert i kunnskapsoppsummeringen. 47 tekster ble inkludert fra det systematiske søket, 17 tekster ble inkludert fra det usystematiske søket samt gjennomgang av egen samling av forskningslitteratur og snøballmetode.

Resultater fra systematiske søk				
Forfatter, år og tittel	Hovedfunn	Sjanger/metode	Hovedkategori(er) og underkategorier	Geografisk konsept/begrepsbruk
Abelsen et al. (2020). Plan, recruit, retain: A framework for local healthcare organizations to achieve a stable remote rural workforce	Et rammeverk for rekruttering og beholdning av helsepersonell til rurale områder.	Forskningsartikkel Kvalitativ metode Case studies og litteraturreview	Sentral politikk og satsning: Rekrutteringstiltak, -utdanningstiltak og insentivordninger spesielt i rurale områder	Rural
Arntsen et al. (2018). Drivers and barriers of inter-municipal cooperation in health services: The Norwegian case	Liten befolkning og lite økonomiske ressurser driver interkommunalt samarbeid, geografisk beliggenhet og heterogenitet vis-a-vis nabokommuner hemmer interkommunalt samarbeid	Forskningsartikkel Kvantitativ metode Registerdata og spørreundersøkelse	Geografiske forskjeller i kommunene: Variasjon i lokal organisering og fordeling av tjenester	Geografisk avstand
Bjerkmo et al. (2021). "Falling off the wagon": Older adults' experiences of living with frailty in rural arctic communities	Skrøpelighet er et dynamisk fenomen som også er relativ i forhold til omgivelsene. Rurale arktiske områder påvirker opplevelser av skrøpelighet, spesielt gjennom avstand og klima.	Forskningsartikkel Kvalitativ metode Individuelle intervjuer	Geografiske forskjeller i kommunene: Tjenestemottagere	Rural
Blekesaune og Haugen (2018). Ageing in Norwegian Rural and Urban communities	Eldre i rurale kommuner mest fornøyd med kommunale helse- og omsorgstjenester sammenlignet med eldre i urbane kommuner. Eldre i rurale kommuner rapporterer at de har hyppigere og tettere kontakt med sine naboer og at de i større grad deltar i frivillig arbeid enn eldre som bor i urbane kommuner.	Forskningsartikkel Kvantitativ metode Spørreundersøkelser	Nasjonale studier med fokus på geografiske forskjeller: Nasjonale geografiske forskjeller blant eldre	Nasjonalt fokus på både rural og urban

Geografiske forskjeller i kommunal eldreomsorg i Norge

Blix og Hamran (2019). Assisted living in rural areas: Aging in blurred landscapes	Omsorgsboliger eksisterer i en gråsone mellom hjemmetjenester og institusjon som sykehjem. I rurale områder blir omsorgsboliger brukt som et hjem borte fra hjemmet.	Forskningsartikkel Kvalitativ metode Fokusgruppeintervjuer og individuelle intervjuer	Geografiske forskjeller i kommunene: Variasjon i lokal organisering og fordeling av tjenester	Rural og kommune-størrelse
Blix et al. (2021). Demografisk utvikling og potensialet for uformell omsorg i Norge	Myndighetenes forventninger om opprettholdt eller økt innsats fra pårørende og frivillige i eldreomsorg er basert på sviktede demografiske forutsetninger.	Forskningsartikkel Kvantitativ metode Registerdata	Overordnede forutsetninger: Demografi og personalmangel	Rural
Botngard et al. (2020). Resident-to-resident aggression in Norwegian nursing homes: A cross-sectional exploratory study	Helsepersonell som jobber på spesialavdelinger for demens, større sykehjem og sykehjem i forsteder/byområder, rapporterte flere hendelser med aggressivitet mellom beboere enn personell på korte- og langtidsenheter, mindre institusjoner og sykehjem i rurale kommuner.	Forskningsartikkel Kvantitativ metode Spørreundersøkelse	Nasjonale studier med fokus på geografiske forskjeller: Nasjonale geografiske forskjeller blant eldre	Rural
Dale et al. (2012). Self-care ability among home-dwelling older people in rural areas in southern Norway	780 av de 1050 inkluderte deltagere (ca. 74%) i rurale områder hadde høy evne til egenomsorg, mens 240 av 1050 hadde lav egenomsorgsevne. Faktorer som bidrar til høy egenomsorgsevne var et ønske om selvstendighet, mangel på hjelp fra familie, lav risiko for underernæring, ikke inneha en opplevelse av hjelpeløshet, være i stand til å lage mat, lav alder og å være aktiv.	Forskningsartikkel Kvantitativ metode Spørreundersøkelse	Geografiske forskjeller i kommunene: Tjenestemottagere	Rural
De Smedt og Mehus (2017). Sykepleieforskning i rurale områder i Norge: En scoping review	Denne studien gir en oversikt over beskrivelser av rurale områder og gir også en geografisk presentasjon av områder kategorisert som rurale i eksisterende norsk sykepleieforskning. Kun åtte av de tjue artiklene beskrev den rurale konteksten.	Forskningsartikkel Oversiktsartikkel	Noe relevans for alle. Mest tydelig i: Overordnede forutsetninger: Demografi og personalmangel, Overordnede forutsetninger: Avstander og klima som utfordring og Geografiske forskjeller i kommunene: De ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester	Rural og urban
Devik (2016). Hjemmesykepleie til eldre som bor på bygda med uhelbredelig kreft	Palliativ omsorg og helsetjenester er relativt utilgjengelig for pasienter i rurale områder. De eldre hjemmeboende med uhelbredelig kreft i rurale områder er nært knyttet til stedet og menneskene der. Den rurale konteksten bidrar med sosial kapital som sosial støtte, tillit trygghet, deltagelse med mer. Videre er hjemmesykepleie en betingelse for å kunne være hjemme, men kommuners tjenestestruktur kan problematisere kvaliteten på omsorgen.	Doktorgrads-avhandling Kvalitativ metode Individuelle narrative intervjuer	Geografiske forskjeller i kommunene: Tjenestemottagere	Rural

Geografiske forskjeller i kommunal eldreomsorg i Norge

Devik et al. (2013). Meanings of being old, living on one's own and suffering from incurable cancer in rural Norway	Den sosiale og rurale konteksten krever spesiell oppmerksomhet, da pasientene kan mangle ressurser for å få tilstrekkelig omsorg.	Forskningsartikkel Kvalitativ metode Individuelle narrative intervjuer	Geografiske forskjeller i kommunene: Tjenestemottagere	Rural
Devik et al. (2015). «Picking up the pieces»: Meanings of receiving home nursing care when being old and living with advanced cancer in a rural area	Eldre informanter med uhelbredelig kreft i rurale områder fra rurale områder anser ikke det å bo ruralt og langt fra sykehus og med lang responstid fra hjemmetjenester som et problem, men noe de er vant til. De har gjerne bodd på samme sted hele livet, og er nært knyttet til stedet og menneskene der.	Forskningsartikkel Kvalitativ metode Individuelle narrative intervjuer	Geografiske forskjeller i kommunene: Tjenestemottagere	Rural
Edvardsen et al. (2020). Palliative care in rural and remote areas: Challenges facing rural nurses in palliative cancer care in the far North of Norway	Infrastrukturen for avansert sykepleie i pasientenes hjem er dårlig tilpasset den geografiske og faglige situasjonen i rurale områder som Finnmark, og mangelfull informasjon om pasienter som kommer fra sykehus kan kompromittere kvaliteten på omsorgen. Avansert sykepleie utføres når spesialister er langt unna hvor det ikke finnes et palliativt team, og sykepleiere tar vare på pasienter som ofte er deres familiemedlemmer, venner og bekjente. Dette kan medføre rolleforvirring.	Forskningsartikkel Kvalitativ metode Individuelle intervjuer	Geografiske forskjeller i kommunene: De ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester og Overordnede forutsetninger: Avstander og klima som utfordring	Rural
Eggebø et al. (2020). Land, history and people: Older people's stories about meaningful activities and social relations in later life	Aktiviteter som bærplukking etc. er meningsbærende og bør inkluderes i personsentrert omsorg i rurale områder.	Forskningsartikkel Kvalitativ metode Individuelle intervjuer Deltagende observasjon	Geografiske forskjeller i kommunene: Tjenestemottagere	Rural
Eika (2017). The transition of older residents into long-term care placement in rural Norway: The perspectives of next of kin and staff	Nære relasjoner mellom tjenestemottager og tjenesteyter kan medføre fordeler, men også vesentlige problemer	Doktorgrads-avhandling Kvalitativ metode Individuelle intervjuer Deltagende observasjon	Geografiske forskjeller i kommunene: De ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester	Uavklart
Eriksen og Huemer (2019). The contribution of decentralised nursing education to social responsibility in rural Arctic Norway	Bachelorstudenter i sykepleie som har gjennomgått desentralisert sykepleierutdanning i Finnmark forblir i fylket etter endt utdanning.	Forskningsartikkel Kvalitativ metode Dokumentanalyse	Sentral politikk og satsning: Rekrutteringstiltak, -utdanningstiltak og insentivordninger spesielt i rurale områder	Rural

Geografiske forskjeller i kommunal eldreomsorg i Norge

Ervik et al. (2021). Adapting and going the extra mile: A qualitative study of palliative care in rural Northern Norway from the perspective of healthcare providers	Det eksisterer lokale variasjoner i organisasjon, kompetanse og tilgang til palliativ omsorg, samt utfordrende geografiske forhold. Det er avgjørende å være proaktiv, fleksibel og villig til å strekke seg ekstra langt, men dette kan skjule behovet for en sterkere fokus på kompetanse og organisering av palliativ omsorg.	Forskningsartikkel Kvalitativ metode Fokusgrupp- intervjuer og individuelle intervjuer	Geografiske forskjeller i kommunene: De ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester og Overordnede forutsetninger: Avstander og klima som utfordring	Rural
Fenes (2011). Sykepleier og sambygding: En studie om det å bo og arbeide i samme lokalsamfunn	Private og profesjonelle roller blandes ofte for sykepleiere i rurale kontekster, noe som skaper problemer med tanke på taushetsplikt og privatliv.	Mastergrads- avhandling Kvalitativ metode Individuelle intervjuer	Mastergrader	Rural
Førland et al. (2015). Forebyggende hjemmebesøk til eldre: Utbredelse, diffusjonsprosesser og spredning	Kommuner med små ressurser tar i bruk forebyggende hjemmebesøk som forebyggende økonomisk tiltak. Sentrale kommuner og kommuner med høyt innbyggertall har i større grad enn små kommuner etablert forebyggende hjemmetjenester, som impliserer en minimumsstørrelse for igangsettelse	Forskningsartikkel Kvantitativ metode Spørreundersøkelse	Geografiske forskjeller i kommunene: Variasjon i lokal organisering og fordeling av tjenester	Kommunestørrelse og sentralitet på kommuner
Helgheim og Sandbæk (2021). Who Is doing what in home care services?	Sykepleiere er den yrkesgruppen i hjemmetjenesten som har minst direkte pasientkontakt med 32% av tiden brukt til direkte pasientkontakt og 18% på kjøring. Helsefagarbeidere står for 48% direkte pasientkontakt og 29% kjøring, mens assistenter bruker respektivt 70% og 17% totalt. Dette kan delvis forklares med fordeling av arbeidsoppgaver. Forfatterne setter spørsmålsteget om dette er den mest fornuftige bruken av helsepersonells tid,	Forskningsartikkel Kvantitativ metode Digitaliserte observasjoner	Geografiske forskjeller i kommunene: De ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester	Rural
Helgheim et al. (2018). A prospective investigation of direct and indirect home care activities in three rural Norwegian municipalities	I noen rurale kontekster kan kjøretid og dokumentasjonsarbeid utgjøre omtrentlig halvparten hver av indirekte pasientarbeid, som igjen i sum ofte kan overstige direkte pasientarbeid. Det kan være innsparingspotensial i tid, spesielt i planlegging av kjøreruter og dokumenterings-, administrasjons- og rapporteringsarbeid.	Forskningsartikkel Kvantitativ metode Digitaliserte observasjoner	Geografiske forskjeller i kommunene: De ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester	Rural
Holen-Rabbersvik et al. (2018). Critical issues for employees in inter-municipal health care services: A multiple case study	Geografisk størrelse, beliggenhet og avstand er også relevant for rekruttering til og gjennomføring av interkommunale samarbeid	Forskningsartikkel Kvalitativ metode Multiple case study Intervjuer Observasjoner Workshops	Geografiske forskjeller i kommunene: Variasjon i lokal organisering og fordeling av tjenester	Rural

Geografiske forskjeller i kommunal eldreomsorg i Norge

<p>Holm og Angelsen (2014). A descriptive retrospective study of time consumption in home care services: How do employees use their working time?</p>	<p>Tid brukt på kjæretid og dokumentasjon ser ut til å være underestimert i daglig planlegging. Økt forespørsel etter hjemmetjenester men relativt uendret ressursituasjon fører ofte til mangel på tid eller tidspress som problem for ansatte.</p>	<p>Forskningsartikkel Kvalitativ metode Retrospektiv studie av daglige planer via GIS</p>	<p>Geografiske forskjeller i kommunene: De ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester</p>	<p>Uavklart. Nøye beskrivelse av casekommunene</p>
<p>Holm et al. (2017). Allocation of home care services by municipalities in Norway: A document analysis</p>	<p>Geografisk avstand påvirker mengder tjenester tjenestemottagere mottar; de som bor nær tjenestekontoret mottok mer enn de langt unna i rurale områder. Videre ser det ut til at tjenesteytere ofte yter tjenester selv om vedtaket bak tjenestene kan være utgått.</p>	<p>Forskningsartikkel Kvalitativ metode Dokumentanalyse av tildelingsbrev</p>	<p>Geografiske forskjeller i kommunene: Variasjon i lokal organisering og fordeling av tjenester og Overordnede forutsetninger: Avstander og klima som utfordring</p>	<p>Rural</p>
<p>Horn (2018). Bo og leve i eget hjem, eller innlagt på institusjon: Hvordan sykepleiere i hjembasert omsorg vurderer grunnlaget for overflytting fra eget hjem til institusjon for den gamle pasient</p>	<p>Det kan være vanskelig å følge opp pasienter i rurale områder med store geografiske avstander og små kommunesentrum; avstand til hjemmetjenestebase blir derfor en faktor for hvor lenge tjenestemottagere kan bo hjemme før de flyttes til et høyere omsorgsnivå</p>	<p>Mastergrads-avhandling Kvalitativ metode Individuelle intervjuer</p>	<p>Mastergrader</p>	<p>Distrikt, sentrum</p>
<p>Huemer og Eriksen (2017). Teknologi i Samhandlingsreformen: utfordringer ved implementering av informasjons- og kommunikasjonsteknologi i kommunehelsetjenesten</p>	<p>Det framkom sprik mellom idealer og realiteter i kommunehelsetjenesten knyttet til teknologi i arbeidshverdagen, kompetansebehov og måloppnåelse. Rurale områder med sine tematikker kan påvirke dette spriker.</p>	<p>Forskningsartikkel Uavklart om det er kvalitativ og kvantitativ metode Spørreskjema</p>	<p>Sentral politikk og satsning: Velferdsteknologi</p>	<p>Rural</p>
<p>Ingelsrud (2018). Arbeidsdagen som hjemmesykepleier i distriktskommune: En kvalitativ studie om hjemmesykepleiers erfaringer etter samhandlingsreformen</p>	<p>Ruralt beboende pasienter har etter samhandlingsreformen kommet raskere fra sykehus til kommuner, og oppgavene for sykepleierne er mer komplekse. Sykepleierne i rurale områder er få og må derfor ha bred kompetanse, noe som er i konflikt med økende krav til spesialisering og setter krav til kompetanseheving i kommunene</p>	<p>Mastergrads-avhandling Kvalitativ metode Fokusgruppeintervjuer</p>	<p>Mastergrader</p>	<p>Distrikt</p>
<p>Kalfoss et al. (2018). Identity processes among older norwegians living in urban and rural areas</p>	<p>Det er liten geografisk forskjell når det kommer til fysisk funksjonsnivå mellom personer i urbane og rurale områder, men flere i rurale områder har depressive symptomer, og at det å være uten partner samt rurale normer som høy verdsettelse av autonomi kan spille inn. Rural fraflytting kan ha bidratt til mindre sosial støtte i distriktet. De som greier seg best er rurale eldre som bor med familie på en hånd samt urbane eldre kvinner på den andre.</p>	<p>Forskningsartikkel Kvantitativ metode Spørreundersøkelse Kvalitativ metode Individuelle intervjuer Mixed methods?</p>	<p>Nasjonale studier med fokus på geografiske forskjeller: Nasjonale geografiske forskjeller blant eldre</p>	<p>Rural og urban</p>

Geografiske forskjeller i kommunal eldreomsorg i Norge

Lunde og Otterlei (2021). Tjenester til hjemmeboende eldre	Spesielt større kommuner har egne enheter for vurdering og tildeling av tjenester, men at ikke alle kommuner har disse, spesielt små kommuner. Statlige mål om likeverdige tjenester uavhengig av hvor eldre bor, blir også ansett som urealistisk	Forskningsartikkel Kvalitativ metode Individuelle intervjuer	Geografiske forskjeller i kommunene: Variasjon i lokal organisering og fordeling av tjenester	Distrikt og sentrum
Martens (2017). Allocating responsibilities: Norwegian elder care between national ambitions and local autonomy	Det første hovedfunnet er at legislering og rettighetene til omsorgstjenester har økt mellom 1993 og 2014; men dekningsgraden har gått ned. Dette betyr en økende diskrepans mellom nasjonal ambisjon og hva kommuner er i stand til å tilby. Det andre hovedfunnet er at forskjeller i dekningsgrad mellom kommuner skyldes i stor grad av kommuneøkonomi, som igjen blir til gjennom et statlig styrt system. Det tredje hovedfunnet er at styringsdokumenter ser ut til å prioritere omsorgsboliger heller enn å stimulere markedet til å bygge med universell utforming. Martens konklusjon er (1) at den norske velferdsstaten ikke er helt løsrevet fra familiens bidrag, (2) at universalismebegrepet kan være dekkende og eksistere innad i kommuner, men ikke dekker situasjonen mellom kommuner grunnet stor variasjon. Martens argumenterer derfor for at den norske velferdsstaten faller litt kort i forhold til idealtypen den nordiske velferdsmodellen når det kommer til eldreomsorg.	Doktorgrads-avhandling Kvalitativ metode og kvantitativ metode Case study Registerdata Dokumentanalyse	Sentral politikk og satsning: Spenning mellom statlig styring og lokal autonomi og Sentral politikk og satsning: Kommunal inntektsreform	Kommunestørrelse
Martens (2018). Postcode Lottery or Systematic Differences in Norwegian Elder Care Provision?	Det kommunale inntektssystemet er den primære variabelen for å forklare geografiske forskjeller i tjenestedeckning i kommunal eldreomsorg i Norge for eldre over 80 år. Det kommunale inntektssystemet og kommunale inntekter er ifølge Martens viktigere enn demografi, lokal styringsstruktur, lokal politisk styring og stivhengighet for å forklare tjenestedeckning.	Forskningsartikkel Kvantitativ metode Registerdata Dokumentanalyse	Sentral politikk og satsning: Kommunal inntektsreform	Kommunestørrelse
Masvie og Ytrehus (2013). Mental health workers' experiences of working in small municipalities in Northern Norway	Rurale/små steder tilbyr ansatte i helsetjenesten muligheten til selvstendig arbeid, nærhet til pasienter/brukere, sosial kapital i små lokale nettverk og enklere koordinering, men også lite anonymitet, profesjonell isolasjon, mulige habilitetsproblemer og flytting av profesjonelle grenser. Masvie og Ytrehus beskriver blant annet at psykiske helsearbeidere møter sine pasienter etter arbeidstid på arenaer som butikken, bygdefesten, den lokale puben etc. Forfatterne ser også en risiko for profesjonell isolasjon i rurale områder.	Forskningsartikkel Kvalitativ metode Individuelle intervjuer	Geografiske forskjeller i kommunene: De ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester	Rural

Geografiske forskjeller i kommunal eldreomsorg i Norge

Moholt (2019). Utilization of community health-care services and family caregivers' needs for support: A survey of family caregivers for older, home-dwelling persons with dementia in Northern Norway	Personer med demens i rurale områder bruker mindre avlastningstjenester og hjemmetjenester enn i urbane områder, og at dette var knyttet til lange avstander til tjenester. Pasienter i rurale områder med demens ofte ble flyttet til mer sentralt beliggende omsorgsboliger for å få motta mer hjemmetjenester. Idealet om å eldes hjemme blir utfordret av flyttingen av pasienter i rurale områder med demens	Doktorgrads-avhandling Kvantitativ metode Spørreundersøkelse	Geografiske forskjeller i kommunene: Tjenestemottagere Geografiske forskjeller i kommunene: Tjenestemottagere	Rural og urban
Moholt et al. (2020). Factors affecting the use of home-based services and out-of-home respite care services: A survey of family caregivers for older persons with dementia in Northern Norway	Personer med demens i rurale områder bruker mindre avlastningstjenester og hjemmetjenester enn i urbane områder, og at dette var knyttet til lange avstander til tjenester	Forskningsartikkel Kvantitativ metode Spørreundersøkelse	Geografiske forskjeller i kommunene: Tjenestemottagere	Rural og urban
Munkejord et al. (2018). Hjemme best? En tematisk analyse av eldres fortellinger om omsorg og trygghet i eget hjem	Selv om mange ønsker å forbli i sitt hjem, så finnes et betydelig antall aleneboende eldre ikke ønsker å bo hjemme, selv om de skulle få omfattende hjemmetjenester etter behov. Funnene gir implikasjoner for boligpolitikk, og påpeker at det i rurale områder så eksisterer det lite attraktive boligløsninger for eldre	Forskningsartikkel Kvalitativ metode Individuelle intervjuer	Geografiske forskjeller i kommunene: Tjenestemottagere	Rural og distrikt
Ness et al. (2014b). "Struggling for independence": The meaning of being an oldest old man in a rural area. Interpretation of oldest old men's narrations	De fleste menn har hatt jobber utenfor hjemmet, og var derfor ikke like bundet til stedet som kvinnene. Det ser videre ut til at de eldste mennene også gjerne vil bo hjemme så lenge de kan, gitt at de har signifikante andre som de kan relatere til.	Forskningsartikkel Kvalitativ metode Individuelle narrative intervjuer	Geografiske forskjeller i kommunene: Tjenestemottagere	Rural
Ness et al. (2014a). "Embracing the present and fearing the future": The meaning of being an oldest old woman in a rural area	De eldste kvinnene i artikkelen er veldig nært knyttet til sine hjem. Flere har også bodd og arbeidet i sine hjem i rurale områder siden de var barn eller unge voksne, og knytter minnene de har om familie, barn og spesielt sin avdøde ektemann til stedet. Å tape hjemmet er derfor å tape en del av seg selv, og utsiktene til dårligere helse og kognitiv svikt som fører til flytting til omsorgsbolig eller sykehjem.	Forskningsartikkel Kvalitativ metode Individuelle narrative intervjuer	Geografiske forskjeller i kommunene: Tjenestemottagere	Rural

Geografiske forskjeller i kommunal eldreomsorg i Norge

Nilsen et al. (2012). Bachelor studies for nurses organised in rural contexts: A tool for improving the health care services in circumpolar region?	Studien bekrefter at sykepleiere utdannet gjennom desentralisert utdanning forblir i fylket over tid etter endt utdanning. De «lokalt dyrkede» sykepleierne er kjent med den lokale kulturen og de spesifikke behovene til befolkningen i rurale områder.	Forskningsartikkel Kvalitativ metode Individuelle intervjuer Dokumentanalyse	Sentral politikk og satsning: Rekrutteringstiltak, -utdanningstiltak og insentivordninger spesielt i rurale områder	Rural
Norbye og Skaalvik (2013). Decentralized nursing education in Northern Norway: Towards a sustainable recruitment and retention model in rural Arctic healthcare services	Desentralisert sykepleieutdanning viser seg å være en vellykket studiemodell når det gjelder rekruttering og beholdning av sykepleiere til rurale områder.	Forskningsartikkel Kvantitativ metode Spørreundersøkelse	Sentral politikk og satsning: Rekrutteringstiltak, -utdanningstiltak og insentivordninger spesielt i rurale områder	Rural
Rygg et al. (2021). Oncology nurses' lived experiences of video communication in follow-up care of home-living patients: A phenomenological study in rural Norway	Bruk av videokommunikasjon av kreftsykepleiere i distriktet har vist seg som et verktøy som kan bidra til å øke oppfølging av kreftpasienter, da det minsker reisetid og dermed frigjør tid til oftere oppfølging	Forskningsartikkel Kvalitativ metode Individuelle intervjuer	Sentral politikk og satsning: Velferdsteknologi	Rural
Skinner et al. (2021). Nurses' assessments of horizontal collaboration in municipal health and care services for older adults: A cross-sectional study	Samarbeid er ofte oppfattet bedre i små kommuner enn i store. Årsaken kan her være at små kommuner har gjerne bare ett eller få sykehjem, legekontor etc., og disse er gjerne geografisk nær hverandre	Forskningsartikkel Kvantitativ metode Spørreundersøkelse	Nasjonale studier med fokus på geografiske forskjeller: overordnede systemanalyser	Kommunestørrelse
Skaalvik et al. (2014). Decentralized nursing education in Northern Norway: A basis for continuing education to meet competence needs in rural Arctic healthcare services	56% av sykepleiere som har tatt desentralisert sykepleierutdanning har tatt videreutdanning, hvorav mesteparten ble tatt deltid og/eller desentralisert	Forskningsartikkel Kvantitativ metode Spørreundersøkelse	Sentral politikk og satsning: Rekrutteringstiltak, -utdanningstiltak og insentivordninger spesielt i rurale områder	Rural
Sogstad et al. (2020). The development of a new care service landscape in Norway	Samhandlingsreformen har fått en geografisk slagside; større kommuner ser ut til å ha mer spesialiserte ansatte da en viss størrelse på fagmiljøet ser ut til å være en forutsetning for spesialisering. Flere kommuner har løst dette gjennom interkommunalt samarbeid.	Forskningsartikkel Kvantitativ metode Spørreundersøkelse	Sentral politikk og satsning: Konsekvenser av Samhandlingsreform	Rural og urban, kommunestørrelse

Geografiske forskjeller i kommunal eldreomsorg i Norge

Sundsli (2015). Engagement, knowledge and autonomy: Facing a new generation older urban living people: Studies on self-care and health	Viktige faktorer som fremmer egenomsorg og helse hos eldre personer i bystrøk i Sør-Norge, synes å være god mental helse, tilfredshet med livet, opplevelse av god helse, være aktiv, ikke være i risiko for underernæring og å være fysisk aktiv en dag i uken eller mer.	Doktorgrads-avhandling Mixed methods Kvalitativ metode Intervjuer Kvantitative metoder Spørreundersøkelse/ tverrsnittstudie Eksperimentell randomisert kontrollstudie	Geografiske forskjeller i kommunene: Tjenestemottagere	Urban
Sundsli et al. (2012). Ability for self-care in urban living older people in southern Norway	Eldre som bor i større byer har større evne til egenomsorg enn eldre i mindre byer, 83 % av 1044 deltagere hadde høy egenomsorgsevne i urbane strøk. Artikkelen diskuterer om geografisk betinget egenomsorgsemne har sammenheng med at større byer i Norge tilrettelegger/promoterer egenomsorgsevne i høyere grad enn mindre byer.	Forskningsartikkel Kvantitativ metode Spørreundersøkelse	Geografiske forskjeller i kommunene: Tjenestemottagere	Urban
Tingvold og Magnussen (2018). Økt spesialisering og differensiering i sykehjem: Hvordan løses dette i ulike kommunale kontekster?	Samhandlingsreformens endringer har ført til mer avansert sykepleie på sykehjem. Større kommuner løser dette ofte med spesialiserte tilbud og plasser på sykehjem etter diagnose. Mindre kommuner bruker i større grad en generalisttilnærming med korttidsplasser på sykehjem og tilpasning av tjenester til brukernes behov	Forskningsartikkel Kvalitativ metode Individuelle intervjuer	Sentral politikk og satsning: Konsekvenser av Samhandlingsreform	Kommunestørrelse
Veenstra et al. (2020). A nation-wide cross-sectional study of variations in homecare nurses' assessments of informational continuity: The importance of horizontal collaboration and municipal context	Informasjonsflyten i kommunale hjemmetjenester er i gjennomsnitt bedre i små kommuner. Årsaken til forskjellene i informasjonskontinuitet er antagelig størrelse i seg selv; større kommuner har mer komplekse omsorgstjenester, med flere aktører relevant for eldreomsorg, slik som flere fastleger etc.	Forskningsartikkel Kvantitativ metode Spørreundersøkelse Registerdata	Nasjonale studier med fokus på geografiske forskjeller: overordnede systemanalyser	Kommunestørrelse
Resultater fra usystematiske søk samt gjennomgang av egen samling av forskningslitteratur og snøballmetode				
Abelsen et al. (2022). Tiltak i grunnutdanningen for å sikre leger til distrikt: En systematisk oversikt	Målet med denne studien var å samle kunnskap om hvilke tiltak i grunnutdanningen av leger som er etablert for å bidra til distriktsrekruttering	Forskningsartikkel Oversiktsartikkel	Sentral politikk og satsning: Rekrutteringstiltak, -utdanningstiltak og insentivordninger spesielt i rurale områder	Distrikt

Geografiske forskjeller i kommunal eldreomsorg i Norge

Bliksvær et al. (2020). «Et godt sted å bli gammel»: En studie av aldring i rurale kommuner	Rapporten fra Nordlandsforskning undersøker aldring i kommuner med en høy andel framtidige eldre og hvordan dette vil fortone seg, slik det kommer til uttrykk gjennom henholdsvis kommunale tiltak og planer. De diskuterer også de kommende Eldres forventninger og behov knyttet til det å bli eldre i kommunen som de bor i. Empirisk bygger rapporten på en casestudie i tre distriktskommuner i Nord-Norge.	Nordlandsforskning rapport Kvalitativ metode Case-studier Dokumentanalyse Kvalitative intervjuer	Overordnede forutsetninger: Demografi og personalmangel	Rural/ urban
Eira (2020). Samhandling: Hvilke utfordringer møter hjemmetjenesten ved tilde-ling av helse- og omsorgstjenester til flyttsamer som kommer til sin sommerhjemkommune?	Funnene viser at et ellers godt regulert helse-Norge har mangler i samhandlingen mellom kommuner og forståelsen for at flyttsamer lever nomadisk med to hjem.	Masteroppgave Kvalitativ metode Fokusgruppe-intervju		Distrikt
Frisvoll (2020). Velferdsstaten og distrikts-Norge ved et veiskille: På vei mot økt geografisk ulikhet i velferden?	Frisvoll diskuterer om rurale områder blir marginalisert i fremtiden grunnet demografiske forhold. Kommunenes muligheter til å gjøre lokale tilpasninger snevres inn av rettighetsregulering og detaljstyring på bemanning og økonomistyring. Et sentralt spørsmål er om morgendagens universelle velferdssamfunn skal rigges etter de store bykommunenes kapasitet og muligheter, eller rigges etter de små kommunenes kapasitet og begrensede muligheter.	Forskningsartikkel Akademisk bokkappittel Overordnet analyse	Nasjonale studier med fokus på geografiske forskjeller: overordnede systemanalyser	Urban, rural, sentrum og periferi
Førland og Rostad (2019). Variasjon og uønsket variasjon i kvalitet i omsorgstjenestene	Noe geografisk variasjon i velferdstjenester eksisterer, noen ønskede og noen uønskete. Sentrale kommuner og kommuner med høyt innbyggertall har i større grad enn små kommuner etablert forebyggende hjemmetjenester.	Kunnskapsoppsummering	Geografiske forskjeller i kommunene: Variasjon i lokal organisering og fordeling av tjenester	Urban og rural

<p>Gaski et al. (2022). Kunnskapsoppsummering: Hva hemmer og fremmer tilgang på kvalifisert personell til helse- og omsorgstjenesten i distriktskommuner?</p>	<p>Faktorer som hemmer tilgang på kvalifisert helsepersonell til jobber i distrikt, kan kort oppsummeres slik: For det første er den relative attraktiviteten mellom steder forskjellig; urbane steder er generelt mer attraktive enn distrikt. For det andre setter stillingsutforming og betalings-systemer (arbeidstid, ansatt/næringsdrift med mere) viktige rammer for mulighetene for valg. En tredje faktor knyttes til manglende kompensasjon for lange arbeidsdager og generelt mer utfordrende arbeidsforhold i distrikt. Videre spiller profesjonell prestisje en rolle, og mer prestisjetunge spesialiteter har en tendens til å konsentreres i urbane områder. En femte viktig faktor er risiko for faglig isolasjon blant helsepersonell i distrikt. Oppsummert kan tiltak og virkemidler som fremmer tilgang på kvalifisert personell til helse- og omsorgstjenesten i distriktskommuner deles inn i A) tilrettelegging av grunnutdanning, B) økonomiske insentiver, C) tiltak som kan lette overgangen til praksis, spesialisering og videreutdanning, D) systematisk arbeid med rekruttering og stabilisering av helsepersonell i distrikt, og E) fagmiljø og nettverk.</p>	<p>Kunnskapsoppsummering</p>	<p>Sentral politikk og satsning: Rekrutteringstiltak, -utdanningstiltak og insentivordninger spesielt i rurale områder</p>	<p>Distriktskommuner, distrikt, små kommuner</p>
<p>Giæver (2020). Alderdom og livskvalitet i rurale kyststrøk: Betydningen av uformell omsorg og lokal tilknytning som verdier for å leve en meningsfull alderdom i rurale strøk</p>	<p>Eldre i rurale strøk som i Finnmark bruker mindre helsetjenester enn andre, men benytter seg mer av uformell omsorg. Det er et gap mellom lovverk og reformer på en side og den faktiske tilgangen til helsetjenester i rurale strøk på den andre siden.</p>	<p>Mastergrad Kvalitativ metode Semistrukturerte individuelle intervju</p>		<p>Rural</p>
<p>Gythfeldt og Heggen (2013). Hva betyr høgskolene for rekruttering av arbeidskraft til egne regioner?</p>	<p>Artikkelen undersøker blant annet kandidater fra sykepleierutdanning i to regioner. Resultatene viser at (a) begge regionene holder på over 90 % av de som vokste opp og studerte i samme region, og (b) 50–60 % av dem som ble rekruttert til høgskolen med oppvekst i annen region enn der de studerte. Videre viser resultatene at (c) blant studenter som reiser ut av sin oppvekstregion for utdanning, er det færre som rekrutteres tilbake, men dette varierer sterkt med urbanitet.</p>	<p>Forskningsartikkel Kvantitativ metode Registerdata</p>	<p>Sentral politikk og satsning: Rekrutteringstiltak, -utdanningstiltak og insentivordninger spesielt i rurale områder</p>	<p>Urban, semi-urban og rural</p>

Geografiske forskjeller i kommunal eldreomsorg i Norge

Hanssen og Vanzo (2020). Distriktssykepleie i Nord Norge: Hvilke særegenheter innebærer utøvelsen av distriktssykepleie i Nord Norge?	Distriktssykepleiere i studien beskrev sine ferdigheter innenfor avansert generalistkunnskap, løsningsorientering, logistikkforståelse, samhandlingskompetanse, samt sykepleieutøvelse i nære relasjoner. Et gjennomgående fenomen hos sykepleierne var opplevelse av aleneansvar. Tross utfordringer og begrensninger, ser de muligheter og føler trivsel i sykepleieutøvelsen. Ønske om relevante fagfordypninger ble identifisert.	Mastergrad Kvalitativ metode Fokusgruppeintervjuer		Distrikt
Isaksen (2017). Organisering av sykepleietjenesten i distriktet-utfordringer og muligheter: Hvilke utfordringer og muligheter er knyttet til å arbeide som sykepleier ute i distriktet i dag?	Studien viser at distriktssykepleiere står ovenfor særskilte utfordringer ute i kommunene, som å ofte stå alene med kritisk syke pasienter. Med fare for økt belastning av stadig utvidete ansvarsområder bør det legges til rette for å øke sykepleiebemanningen.	Mastergrad Kvalitativ metode Semistrukturerte individuelle intervju		Distrikt
Johansen (2009). «Sentraliseringens pris»: Er sentralisering et problem?	Rapporten oppsummerer en rekke analyser som har vært gjennomført innenfor prosjektet "Sentraliseringens pris". "Sentraliseringens pris" er definert som mulige negative effekter av sentralisering på individuelt, regionalt og nasjonalt nivå. Selv om forfatterne har dokumentert noen negative effekter av sentraliseringen, gir ikke utredningen grunnlag for å hevde at sentraliseringen har betydelige kostnader verken på individ- eller samfunnsnivå	NIBR rapport Kvantitativ metode Registerdata	Overordnede forutsetninger: Demografi og personalmangel	Sentralitet
Mehus og Giæver (2022). Om uformell omsorg: En kvalitativ studie fra sjøsamiske kystsamfunn i Finnmark	Overordnet viser studien at den uformelle omsorgen utføres ulønnet, uorganisert og ivaretar de hjemmeboende eldre. Den representerer et hvilende nettverk som fungerer som sikkerhetsnett når de offentlige helse- og omsorgstjenestene ikke imøtekommer omsorgsbehovet.	Forskningsartikkel Kvalitativ metode Individuelle intervjuer	Overordnede forutsetninger: Demografi og personalmangel	Rural
Onsager (2019). Nærings- og distriktutvikling: Perspektiver, politikk/virkemidler og samhandling	Rapporten retter søkelyset på nærings- og distriktutvikling i Norge, og belyser noen sentrale utviklingstrekk og -perspektiver, politikkfelt, virkemidler og utviklingssamarbeider mellom kommuner.	NIBR rapport Kvantitativ metode og kvalitativ metode. Ifølge forfatter eksisterer det noen nye enkle statistiske analyser og dokumentanalyser i rapporten; metode er i hovedsak systematisering av kunnskap og bruk av eksisterende data.	Overordnede forutsetninger: Demografi og personalmangel	Distrikt

Geografiske forskjeller i kommunal eldreomsorg i Norge

Rogne og Syse (2017). Befolkningsframskrivninger, sosiodemografiske mønstre og helse	Oppsummert viser rapporten hvordan enkelte geografiske områder og spesielt byområder kan få en relativt beskjeden vekst i andelen eldre fram mot 2040, og dermed være i en fordelaktig situasjon med hensyn til viktige sosiodemografiske kjennetegn i befolkningen, som utdanning, inntekt, gjeld, formue, innvandringskjennetegn, familiesituasjon og helse. Andre områder, inkludert mange distriktsområder, vil kunne få en større andel eldre hvor situasjonen på disse områdene ikke vil være fullt så fordelaktige. Forfatterne peker på at trendene er mer interessant enn de faktiske tallene.	SSB rapport Kvantitativ metode	Overordnede forutsetninger: Demografi og personalmangel	Rural, urban, distrikt, sentrum
Solberg (2023). Velferdsteknologi for personer med demens: En oppsummering av kunnskap	For å imøtekomme de store samfunnsutfordringene med en aldrende befolkning hvor flere lever med demenssykdom, ser både staten og kommunene på hvordan storstilt bruk av teknologi kan understøtte tjenestene. Konklusjonen på kunnskapsoppsummeringen, som bygger på 58 vitenskapelige artikler, er at velferdsteknologi kan under visse betingelser være et verdifullt supplement i hverdagen til personer med demens og kognitiv svikt. Samtidig er velferdsteknologiske løsninger komplekse intervensjoner.	Kunnskapsoppsummering	Sentral politikk og satsning: Velferdsteknologi	Distrikt
Stein (2019a). The striking similarities between Northern Norway and Northern Sweden	Demografisk utvikling i Nord-Norge og Nord-Sverige er mer lik enn mange tror. I løpet av de siste 60 årene har det vært en liten negativ trend i den relative prosentandelen av nasjonalbefolkningen som bor i de to regionene, med «kunnskapsbyer», og spesielt de to universitetsbyene Tromsø og Umeå, som unntaket. Det synes ikke å være grunn til å påstå at Nord-Norge har fulgt en unik utviklingsvei sammenlignet med Nord-Sverige, verken generelt eller i mindre og mer rurale samfunn.	Forskningsartikkel Kvantitativ metode Registerdata	Sentral politikk og satsning: Rekrutteringstiltak, -utdanningstiltak og insentivordninger spesielt i rurale områder	Sentrum og periferi, rural
Stein (2019b). What happened in Northern Norway?: A comparative and quantitative analysis of political and demographic development in Northern Norway from 1950 to 2015	Teorimessig tilfører avhandlingen ny kunnskap om politisk tillit og om effektene av ulike former for regionalpolitikk. Empirisk sett bidrar den med ny kunnskap om den politiske og demografiske utviklingen i Nord-Norge.	Doktorgradsavhandling Kvantitativ metode Registerdata	Overordnede forutsetninger: Demografi og personalmangel	Sentrum og periferi, rural og urban



Senter for
omsorgsforskning

Omsorgsbiblioteket er et nasjonalt elektronisk bibliotek som samler, oppsummerer og tilgjengeliggjør forskning, utviklingsarbeid og andre kunnskapsbidrag om helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Biblioteket har fått sitt mandat av Helse- og omsorgsdepartementet og driftes av Senter for omsorgsforskning.

Dette er en oppsummering av kunnskap om geografiske forskjeller i norsk kommunal eldreomsorg. Den presenterer relevante lover og sentrale offentlige dokumenter, og den beskriver og sammenfatter 64 forsknings- og utviklingsarbeider om temaene «overordnede forutsetninger», «nasjonale studier med fokus på geografiske forskjeller», «sentral politikk og satsning» og «geografiske forskjeller i kommunene». De inkluderte studiene er utgitt i perioden 2007–2022, er relevante for helse- og omsorgstjenesten i kommunene og har empiri fra Norge.

Kunnskapsoppsummeringen er skrevet av postdoktorene Daniel Andre Voll Rød og Monika Dybdahl Jakobsen, som begge er tilknyttet Senter for omsorgsforskning, nord, UiT – Norges arktiske universitet.

omsorgsbiblioteket.no