

Hilde H. Zeiner
Trond Tjerbo

Helsekommunen?

**Interkommunalt samarbeid og
samhandlingsreformen**

Tittel: **Helsekommunen? Interkommunalt samarbeid og samhandlingsreformen**

Forfatter: Hilde H. Zeiner og Trond Tjerbo

NIBR-notat: 2015:104

ISSN: 0801-1702

ISBN: 978-82-8309-060-4

Prosjektnummer: 3066

Prosjektnavn: Prosjektevaluering av samhandlingsreformen

Oppdragsgiver: NFR

Prosjektleder: Lars Christian Monkerud

Referat: Samhandlingsreformen har ført til et økt fokus på interkommunalt samarbeid. I dette notatet belyses ulike problemstillinger knyttet til interkommunalt samarbeid etter samhandlingsreformen. Vi finner at samarbeid er utbredt, og at det er lite konflikt mellom kommunene som samarbeider. Vi hevder derfor at det økte omfanget av interkommunalt samarbeid etter reformen kan lede til en økende konsolidering av eksisterende samarbeidsrelasjoner og ikke økende styringsmessig fragmentering.

Sammendrag: Norsk

Dato: April

Antall sider: 53

Utgiver: Norsk institutt for by- og regionforskning
Gaustadalléen 21
0349 OSLO

Vår hjemmeside: Telefon: 22 95 88 00
Telefaks: 22 60 77 74
E-post: nibr@nibr.no
<http://www.nibr.no>

Org. nr. NO 970205284 MVA

© NIBR 2015

Forord

I dette notatet rapporteres funn fra delprosjekt B i prosjektet ”
Prosessevaluering av Samhandlingsreformen: Statlige virkemidler,
kommunale innovasjoner». NIBR gjennomfører dette prosjektet i
samarbeid med Avdeling for helseledelse og helseøkonomi
(HELED), Institutt for helse og samfunn ved Universitetet i Oslo,
Senter for omsorgsforskning, Østlandet ved Høgskolen i Gjøvik
(HiG) og Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og
aldring (NOVA). Prosjektet er finansiert av Norges forskningsråd.
Notatet er skrevet av Hilde H. Zeiner og Trond Tjerbo.

Oslo, april 2015

Trine Myrvold
Forskningsjef

Innhold

Forord	1
Tabelloversikt	3
Figuroversikt	3
Sammendrag	4
1 Innledning	6
2 Ny kommunerolle, ny kommunestruktur?	8
3 Data og metode	11
4 Kartlegging av samarbeid	15
5 Samarbeidsmodeller	24
6 Motiver for samarbeid	27
6.1 Demokrati og lokalsamfunnsutvikling	27
6.2 Økonomiske forhold	31
6.3 Fagmiljø	32
6.4 Kvalitet	34
7 Konflikt og konfliktløsning	35
7.1 Avtaler og tvisteløsning	35
7.2 Lavt konfliktnivå	36
7.3 Tid, erfaring og handlingsrom	39
8 Helsekommunen?	42
Litteratur	44
Vedlegg 1 : Samarbeidsavtaler	47

Tabelloversikt

Tabell 3.1... <i>Sentrale kjennetegn ved casekommunene.</i>	12
---	----

Figuroversikt

Figur 4.1 <i>Interkommunale samarbeid om barnevern, legevakt og øyeblikkelig hjelp. Additiv indeks.</i>	17
Figur 4.2 <i>Vertskommunesamarbeid barnevern</i>	18
Figur 4.3 <i>Interkommunale samarbeid legevakt</i>	19
Figur 4.4 <i>Interkommunale samarbeid øyeblikkelig hjelp, per 1.1.14</i>	21
Figur 4.5 <i>Overlappende interkommunale samarbeid – legevakt og ø-hjelp – per 1.1.14</i>	22
Figur 5.1 <i>Løvfestede modeller for interkommunalt samarbeid</i>	24
Figur 7.1 <i>«Alt i alt fungerer det interkommunale samarbeidet om øyeblikkelig hjelp bra». Prosentandel.</i>	37
Figur 7.2 <i>«Det interkommunale samarbeidet om øyeblikkelig hjelp har vært utfordrende når det gjelder deling av kostnader mellom partene» Prosentandel.</i>	38

Sammendrag

Hilde H. Zeiner og Trond Tjerbo

Helsekommunen? Interkommunalt samarbeid og samhandlingsreformen

NIBR-notat 2015:104

Samhandlingsreformen har ført til et behov for mer interkommunalt samarbeid innenfor helse. En vanlig innvending mot interkommunale samarbeid er at de medfører en fragmentering. Grensene for interkommunale samarbeid vil variere i henhold til den funksjon de skal ivareta, og en kommune vil kunne delta i flere samarbeid med ulike grenser. Interkommunale samarbeid kan derfor skape en mer fragmentert og uoversiktlig lokal styringsstruktur. På den annen side kan en økning i interkommunale samarbeid bidra til en sementering av eksisterende samarbeidsrelasjoner dersom de samme kommunene inngår samarbeid på flere områder.

Basert på dataene benyttet i dette notatet virker det som mange av samarbeidene bygger på allerede eksisterende samarbeid. Økningen i interkommunale samarbeid i forbindelse med samhandlingsreformen har derfor ikke nødvendigvis ledet til økt styringsmessig fragmentering, men kan også ha bidratt til å sementere eksisterende samarbeidsrelasjoner. Vi finner også at det ser ut til å være få konflikter mellom kommunene som samarbeider.

Det lave konfliktnivået kan forklares på flere måter, men to forklaringer synes nærliggende. For det første kan det være at eventuelle konflikter blir løst før et samarbeid inngås eller samarbeidskonstellasjoner med et høyt konfliktpotensial ikke inngås nettopp fordi aktørene selv ser dette. For det andre er interkommunalt samarbeid vanlig i Norge. Norske kommuner har

lang tradisjon for å samarbeide, og dersom man samarbeider med de samme kommunene innenfor forskjellige områder, kan det i seg selv redusere potensialet for konflikt. Erfaring med samarbeid kan skape tillit, og denne tilliten kan redusere potensialet for konflikt.

1 Innledning

Samhandlingsreformen er på mange måter en kommunereform. Reformens målsetting har vært å sikre bedre samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenestene, og å føre over flere oppgaver til kommunene. Som en følge av reformen har kommunene blant annet fått større ansvar for oppfølging og behandling av sine innbyggere, blant annet gjennom kommunalt ansvar for utskrivningsklare pasienter og for å tilby et kommunalt øyeblikkelig hjelp-tilbud.

Et viktig spørsmål, både før og etter reformens ikrafttredelse, har vært hvorvidt kommunene er rustet til de nye oppgavene på helseområdet. Mot denne bakgrunn vil dette notatet belyse omfanget av interkommunale samarbeid i forbindelse med reformen, samt analysere hvordan de interkommunale samarbeidene virker. Notatet oppsummerer funn fra et av delprosjektene i «Prosessevaluering av samhandlingsreformen». Delprosjektet har hatt som målsetting å belyse fire problemstillinger knyttet til interkommunale helsesamarbeid etter samhandlingsreformen:

- I hvilken grad, og for hvilke typer prosjekter, inngår kommuner i interkommunalt samarbeid?
- Hvilke modeller for interkommunalt samarbeid velges? Skjer det endringer sammenlignet med perioden før samhandlingsreformen?
- Hvilke problemstillinger (demokratisk kontroll, kostnadsdeling, samarbeid om vaktordninger, med mer) har vært viktige for ulike typer kommuner i utformingen av samarbeidsavtalene?
- Hvilke tvisteløsningsmekanismer er nedfelt i avtalene, og hvordan løses eventuelle uklarheter og/eller konflikter knyttet til de interkommunale samarbeidsavtalene?

I besvarelsen av disse spørsmålene, støtter vi oss på et antall datakilder: data fra Helsedirektoratet om tilskudd til etablering av kommunale akutte døgnenheter, data fra helseforetakene om interkommunale helsesamarbeid i deres opptaksområde, rapporter og utredninger om interkommunale samarbeid, en landsomfattende survey, samt kvalitative intervjuer i to interkommunale samarbeid.

Notatet er strukturert etter prosjektets problemstillinger: Den kartlegger omfanget av interkommunale helsesamarbeid, valg av samarbeidsmodeller, motiver for samarbeid, og opplevelse av konflikt og konflikthåndtering. Før vi starter med analysen, vil vi imidlertid kort presentere ideen om samhandlingsreformen som en kommunereform, samt undersøkelsens data og metoder.

2 Ny kommunerolle, ny kommunestruktur?

I Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) skisseres tre hovedproblemer i helse- og omsorgssektoren (HOD 2009):

- Helse- og omsorgstjenestene er fragmenterte, og samhandlingen mellom de ulike deltjenestene og nivåene er for dårlig.
- Helsetjenestene er i for liten grad innrettet på å begrense og forebygge sykdom.
- Den demografiske utviklingen, i kombinasjon med endringer i sykdombildet, vil føre til økte kostnader, og vil på sikt kunne true samfunnets økonomiske bæreevne.

Samhandlingsreformen bygger på en forståelse av at kommunene kan og må være sentrale i arbeidet med å sikre mer helhetlige og kostnadseffektive helse- og omsorgstjenester. Tanken er at «den forventede veksten i behov i en samlet helsetjeneste i størst mulig grad må finne sin løsning i kommunene» (HOD 2009 s.15).

Reformen skal legge til rette for økt samarbeid og koordinering mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten gjennom et forpliktende avtalesystem mellom kommuner og helseforetak.

Videre skal samhandlingsreformen legge til rette for at kommunene «i større grad enn i dag kan oppfylle ambisjonene om forebygging og tidlig innsats i sykdomsforløpene tidlige faser» (HOD 2009 s.15). Til sist, innebærer reformen at noen oppgaver flyttes fra helseforetakene til kommunene. Tanken er at kommunale tjenester, i den grad det er mulig, skal erstatte de dyrere spesialisthelsetjenestene.

Selv om flere virkemidler er tatt i bruk for å nå disse målene, er de økonomiske incentivene – kommunal medfinansiering, kommunalt ansvar for utskrivningsklare pasienter og tilskudd til kommunale

akutt plasser – likevel de viktigste. Kommunal medfinansiering av utgifter til spesialisthelsetjenesten for somatiske pasienter var ment å redusere bruken av spesialisthelsetjenester. Gjennom medfinansieringsordningen skulle kommunene gis incentiver til å vurdere alternativer til sykehusinnleggelse. Kommunalt ansvar for utskrivningsklare pasienter skulle på sin side sikre at pasientene kom raskere tilbake til kommunene etter fullført behandling på sykehus. Reformen innebærer også et krav om at kommunene skal etablere kommunale akutte døgnenheter for øyeblikkelig hjelp innen utgangen av 2015. Øyeblikkelig hjelp-tilbudet skal fases inn i alle norske kommuner i perioden 2012-2015. I denne perioden vil kommunene få tilskudd til opprettelse og drift av de kommunale akutt plassene. Halvparten av midlene gis som øremerket tilskudd fra Helsedirektoratet, mens den resterende halvparten overføres direkte fra det respektive regionale helseforetaket.

Et sentralt spørsmål har vært om en ny kommunerolle også vil kreve en ny kommunestruktur. Gitt en kommunestruktur med mange små kommuner, ble det reist spørsmål om kommunene hadde forutsetninger til å gjennomføre reformen (HOD 2009). Det er klare økonomiske og faglige føringer i samhandlingsreformen som peker i retning av større kommunale enheter, og reformen fremholdes av flere som en av de sterkeste drivkreftene for endringer i kommunestrukturen (Blåka mfl. 2013). Spådommen er at den vil kunne «sprengte generalistkommunen» (Kommunal Rapport 23.07.2009).

En konkret bekymring handlet om kommunenes evne til å håndtere effektene av de foreslåtte virkemidlene. Det ble vist til at kommunestørrelse er korrelert med evnen til å håndtere svingninger i variasjonen i etterspørsel etter spesialisthelsetjenester (Hagen 2009). Ordningen med kommunal medfinansiering innebærer at kommunene vil bære en del av risikoen forbundet med denne variasjonen, noe som vil være vanskeligere å håndtere for de mindre kommunene.¹

¹ Det ble tidlig klart at de forventede positive effektene av medfinansiering vil måtte avveies mot rimeligheten av å legge mer risiko på kommunene. Ideen om generell medfinansiering ble derfor forkastet til fordel for en modell med flere risikodempende tiltak. Blant annet ble medfinansiering forbeholdt et utvalg medisinske DRGer, og det ble satt et tak for hvor mye kommunene skulle betale for hver enkelt innleggelse. Likevel innebar modellen at kommunene ville bære en andel av risikoen forbundet med variasjon i innbyggernes forbruk av

Daværende helseminister Bjarne Håkon Hanssen lanserte begrepet «helsekommuner» som et svar på denne utfordringen. Ideen var at kommunene skulle pålegges å samarbeide på helseområdet for å sikre at kommunene var i stand til å ta på seg de nye oppgavene som skulle følge av samhandlingsreformen. En helsekommune ville kunne bestå av om lag 10 000 innbyggere som samarbeider om lokalmedisinske sentra eller sykestuer. Tanken var at helsekommunene skulle kunne fungere som et bindeledd mellom sykehus og kommunenes primærhelsetjeneste (Kommunal Rapport 08.01.2009). Videre skulle helsekommunen bidra til å redusere småkommunenes risiko for store svingninger i utgiftene som følge av kommunal medfinansiering (Kommunal Rapport 23.07.2009). Helsekommunen vakte motstand innad i regjeringen, og man gikk etter hvert bort fra ideen om tvungent helsesamarbeid mellom kommunene (Kommunal Rapport 23.07.2009). I stedet ble oppmerksomheten rettet mot ulike former for frivillig helsesamarbeid, og samkommunemodellen ble – sammen med vertskommunemodellen – lansert som alternativ til sammenslåing.

Debatten om kommunenes nye rolle etter samhandlingsreformen ble, med andre ord, tidlig satt i sammenheng med spørsmålet om kommunestruktur. Det er en utbredt forståelse av at samhandlingsreformen og andre store velferdsreformer tvinger fram endringer i kommunal oppgaveløsning (Blåka mfl. 2013). I dette notatet vil vi se nærmere på interkommunale samarbeid som tilpasningsstrategi.

spesialisthelsetjenester. I Kommuneproposisjonen 2015 foreslår regjeringen å avvike kommunal medfinansiering fra og med 2015 (KMD 2014). Begrunnelsen er at den økonomiske risikoen som følger av kommunal medfinansiering er for stor.

3 Data og metode

Vi benytter flere forskjellige typer data og datakilder i dette notatet. De kvantitative dataene er basert på kommunenes søknader om tilskudd til etablering av øyeblikkelig-hjelp plasser i 2013. Kommunene søker Helsedirektoratet om tilskudd og i søknaden fremgår det om kommunene søker alene eller i samarbeid med andre. Det fremkommer også om kommunen er vert eller ikke. Vert i denne sammenheng betyr imidlertid ikke nødvendigvis at kommunen er vert i juridisk forstand, slik det er beskrevet i kommunelovens §28 a-e (om vertskommunesamarbeid). Dataene fra Helsedirektoratet suppleres med en oversikt over interkommunale legevaktsamarbeid og vertskommunesamarbeid på barnevernområdet. Oversikten over barnevernsamarbeid er sammenstilt av KS, mens oversikten over legevaktsamarbeid er sammenstilt på bakgrunn av informasjon hentet fra kommunenes hjemmesider.

I tillegg benytter vi surveydata. Surveyen ble sendt ut i samarbeid med NTNU i forbindelse med SPIS-prosjektet. Denne surveyen ble sendt til ledere i den kommunale omsorgssektoren, og de ble spurt om ulike sider ved samhandlingsreformen inkludert interkommunalt samarbeid.

Vi har også samlet inn samarbeidsavtaler. Kommunene i omsorgskommuneutvalget² ble bedt om å sende inn sine avtaler om interkommunalt samarbeid på helseområdet. Etter to runder med purringer, hadde vi fått svar fra 28 av 70 kommuner. Fordi noen av kommunene i omsorgskommuneutvalget samarbeider med hverandre, omfatter det innsamlede materialet noen flere

² Dette utvalget består av 70 kommuner og bydeler som har avtaler med de fem sentrene for omsorgsforskning der de forplikter seg til å delta i forskningsprosjekter. Mer informasjon om dette utvalget finnes i Tingvold, L. og T.I. Romøren (2015): «Tjenestenes innhold og fordeling. Evaluering av Omsorgsplan 2015 (planlagt publisert våren 2015).

kommuner (se kapittel 7.1 for en nærmere redegjørelse). Vi har holdt de innsamlede avtalene opp mot Bedrifts- og foretaksregisteret (BoF-registeret for å danne oss et bilde av de innsamlede avtalene. BoF-registeret inneholder blant annet informasjon om kommunale selskaper, herunder interkommunale selskaper. Vi har holdt informasjon om interkommunale selskaper i BoF-registeret opp mot de innsamlede avtalene. Vi ser da at kommunene tolker helsesamarbeid noe ulikt, for eksempel er det registrert noen interkommunale krisesentre i BoF-registeret som vi ikke finner igjen i de innsamlede avtalene. Andre kommuner i vårt utvalg har imidlertid regnet interkommunale krisesentre som helsesamarbeid, og sendt inn avtalene.

Til sist har vi gjennomført casestudier i seks kommuner i to interkommunale samarbeid. Noen sentrale kjennetegn ved disse er gjengitt i Tabell 3.1.

Tabell 3.1 *Sentrale kjennetegn ved casekommunene.*

Samarbeid	Kommune	Størrelse	Sentralitet	Frie inntekter per capita	Plasser i institusjon og heldøgns omsorgsbolig i prosent av befolkningen 80+
A (vert)	1	25-50 000	3	lav	middels
A (deltaker)	2	5-10 000	3	lav	lav
A (deltaker)	3	10-20000	3	lav	lav
A (deltaker)	4	<5000	3	lav	lav
B (deltaker)	5	<5000	0	høy	høy
B (vert)	6	<5000	0	middels	høy

Som det fremgår av tabellen, er det stor variasjon både mellom kommunene og mellom samarbeidene. Samarbeid A er inngått

mellom fire sentralt beliggende kommuner. Det er kort reiseavstand mellom de fire kommunesentraene, og det er også relativt kort vei til nærmeste sykehus. Samarbeidet er inngått mellom en stor, to mellomstore og en liten kommune.

Kommunene er klassifisert som henholdsvis kommunegruppe 13, 7, 8 og 1 i KOSTRA.³ Kommunene i utvalget har lave til middels bundne kostnader og frie inntekter.

Kommunene i samarbeid A har lange tradisjoner for samarbeid, og har over tid etablert en rekke samarbeid. Først og fremst med hverandre, men også med andre kommuner i regionen. På intervju tidspunktet hadde den største av kommunene gjennomført flere budsjettkutt etter mange år med store underskudd, herunder omfattende kutt i helse- og sosialtjenestene. Budsjettkuttene påvirket samarbeidene og samarbeidsklimaet mellom kommunene på flere måter: Storkommunen var svært opptatt av mulighetene til å kontrollere kostnadene i de interkommunale samarbeidene. De øvrige kommunene var opptatt av at storkommunens økonomi skulle få minst mulig innvirkning på tilbudet til deres egne innbyggere. Den største kommunen var også mer opptatt av å begrense innholdet i øyeblikkelig hjelp-tilbudet. Mens de øvrige kommunene var åpne for mer omfattende samarbeid i form av et lokalmedisinsk senter med flere tjenester, ønsket den største kommunen å begrense samarbeidet til det lovpålagte tilbudet. Kommuneøkonomi oppgis også som hovedgrunnen til at de tre mindre kommunene ikke ønsker å slå seg sammen med den største kommunen.

På helseområdet er det først og fremst legevakt og øyeblikkelig hjelp kommunene samarbeider om, men også mindre omfattende samarbeid, som for eksempel interkommunale ACT-team og hospiteringsordninger, er etablert. Av de to større samarbeidene, er det kun øyeblikkelig hjelp-tilbudet som er etablert som en direkte følge av samhandlingsreformen. Legevaktsamarbeidet var av eldre dato, men samarbeidsavtalen ble revidert i forbindelse med opprettelsen av den interkommunale akutte døgnetenheten. Det tidligere § 27-samarbeidet er nå et vertskommunesamarbeid, med den største kommunen som vertskommune.

³ http://www.ssb.no/offentlig-sektor/kommune-stat-rapportering/_attachment/169293?_ts=144f35d9768

Samarbeid B er inngått mellom to distriktskommuner som begge er store i geografisk utstrekning, men små i folketall. I KOSTRA hører begge kommunene inn under kommunegruppe 3, hvilket vil si at de klassifiseres som små kommuner med middels bundne kostnader per innbygger og høye frie disponible inntekter. Vertskommunen for samarbeidet har noen flere innbyggere enn den samarbeidende kommunen, og også et noe mer definert kommunesenter. Det er lang reisevei mellom de to kommunesentraene, og begge kommunene har relativt lang vei til nærmeste sykehus. Også innenfor kommunene er det lange avstander.

De lange avstandene har betydning for hvordan kommunene organiserer helse- og omsorgstjenestene. Dette gir seg blant annet utslag i at kommunene har god institusjonsdekning (Tabell 3.1). Informantene i den ene av kommunene understreker også betydningen av et desentralisert tilbud, at det er behov for legekontor, sykehjem med videre også utenfor kommunens sentrum. Rekruttering av personal, i særdeleshet fastleger, er et problem i begge kommunene, og informantene er særlig opptatt av at legevaksordningen gjør det vanskeligere å rekruttere leger til kommunene. Videre understreker informantene at det kommunale tjenestetilbudet har hatt en form for aktuttberedskap også for samhandlingsreformen. Lang reisevei til nærmeste sykehus har medført at kommunene i stor grad har måttet etablere lokale tilbud. Videre har kommunene lang tradisjon for samarbeid på helseområdet både med hverandre og med de øvrige kommunene i regionen. Samtidig viser informantene til at kommunene i samarbeidene er sårbare for endringer. Store geografiske avstander begrenser antallet mulige samarbeidspartnere, og endringer i sykehusstrukturen vil også kunne skape vansker for de samarbeidende kommunene.

Datamaterialet gir et grunnlag for å diskutere studiens ulike problemstillinger. Sammen med samarbeidsavtalene, surveyen og de utvalgte samarbeidsrapportene, vil intervjuene fra casekommunene i første rekke brukes til å diskutere kommunenes motiver for samarbeid og deres opplevelse av hvordan samarbeidene fungerer. Samarbeidsavtalene brukes for å få en oversikt over kommunenes foretrukne samarbeidsmodeller. Vi starter imidlertid med en kartlegging av samarbeidsområder og omfang basert på data fra Helsedirektoratet, Helseforetakene, KS og kommunenes hjemmesider.

4 Kartlegging av samarbeid

Vi starter med å se nærmere på omfanget og innholdet i de ulike samarbeidene. I hvilken grad samarbeider kommunene innenfor helse, og hva samarbeider de om? Disse spørsmålene bør sees i sammenheng. Det er en tradisjon for samarbeid blant norske kommuner, og innholdet i samarbeidene varierer sterkt. Noen samarbeid er formaliserte, mens andre er mindre formaliserte. Interkommunale samarbeid innenfor helseområdet var utbredt allerede før reformen (Blåka mfl. 2012), men det er gode grunner til å anta at samhandlingsreformen har ført til etablering av nye samarbeid og/eller en formalisering/segmentering av eksisterende samarbeidsrelasjoner.

Vi har kartlagt interkommunale samarbeid i to omganger; en gang med et bredmasket nett og en gang med et mer finmasket nett. I første omgang henvendte vi oss til samhandlingskoordinator eller lignende i Helseforetakene, og ba dem om å gi oss en oversikt over interkommunale samarbeid i foretakenes opptaksområde. Vi har også spurt om samarbeid i surveyen sendt ut sammen med SPIS. I andre omgang laget vi en oversikt over interkommunale samarbeid om øyeblikkelig hjelp, legevakt og barnevern. Disse oversiktene baserer seg på data fra henholdsvis Helsedirektoratet, kommunenes hjemmesider og KS.

Kartleggingen som baserer seg på data fra Helseforetakene viser at en høy andel av norske kommuner deltar i ett eller flere samarbeid på helseområdet. Vi mangler informasjon fra følgende foretak: Ahus, Helse Nordmøre og Romsdal, Nordlandssykehuset og UNN. Kommunene i disse foretakenes opptaksområde er utelatt fra analysene.

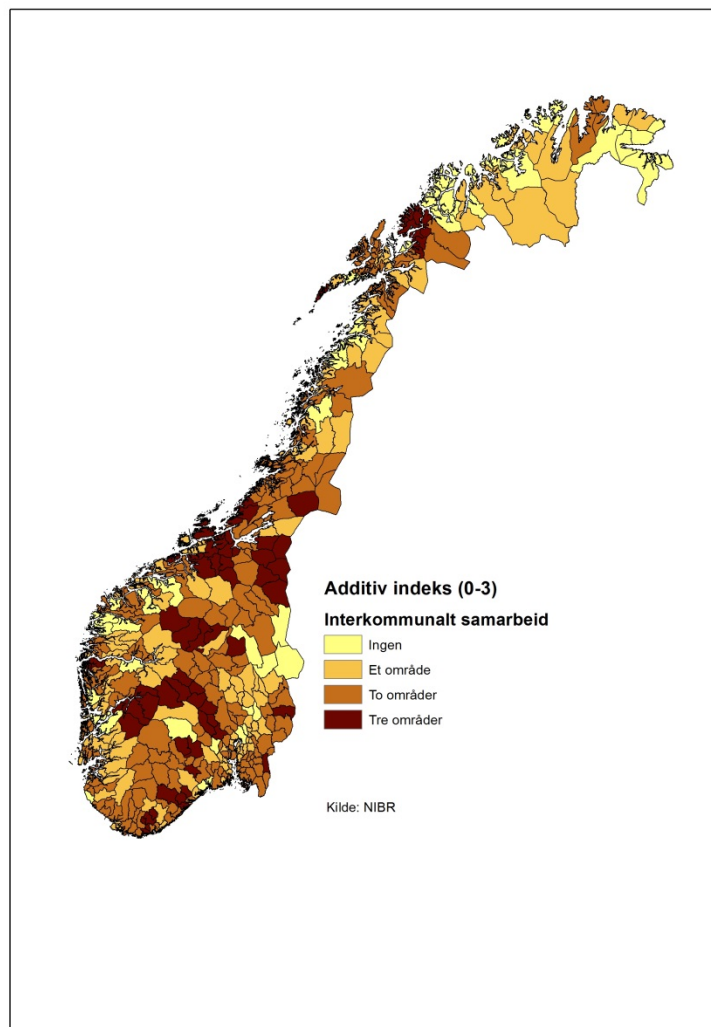
De samarbeidene vi har registrert dekker et vidt spekter av tjenester og funksjoner, fra 'øyeblikkelig hjelp'-tilbud, intermediære sengeposter og palliasjon, via folkehelseiltak og frisklivssentraler til meldingsutveksling og hospitering. Vi vet ikke hvor mange av

disse samarbeidene som er inngått som et ledd i kommunenes implementering av samhandlingsreformen, ei heller hvor formaliserte samarbeidene er. Noen av samarbeidene – først og fremst knyttet til øyeblikkelig hjelp – er etablert som en følge av samhandlingsreformen. Andre samarbeid – som for eksempel legevaktsamarbeid – kan være av eldre dato. Vi kan anta at jo mer ressurskrevende et samarbeid er, jo større sannsynlighet er det for at samarbeidet er formalisert.

Den bredmaskede kartleggingen av interkommunale samarbeid gir oss et overblikk over utbredelsen av interkommunale samarbeid, både hva gjelder andel kommuner som deltar i interkommunale samarbeid og hvilke oppgaver kommunene samarbeider om. Kartleggingen gir også et inntrykk av den store variasjonen i hvordan kommunene velger å løse sine oppgaver på helsefeltet. Mens enkelte kommuner bygger ut ø-hjelpstilbudet til også å omfatte intermediære sengeposter, palliasjon med videre, begrenser andre kommuner sitt tilbud til lovens minimumskrav.

Mangfoldet i de interkommunale samarbeidene tyder på at det er et ikke ubetydelig rom for lokale tilpasninger i kommunenes oppgaveløsning på helseområdet. Det er rimelig å anta at variasjonen i samarbeidenes innhold i noen grad skyldes lokale forhold og lokale politiske prioriteringer. Den store variasjonen vanskeliggjør samtidig en systematisk eller tematisk oversikt over samarbeidene. På bakgrunn av den sparsommelige informasjonen vi har om samarbeidene, har det vist seg vanskelig å klassifisere dem på en meningsfull måte. I det følgende har vi derfor valgt å begrense kartleggingen til tre typer interkommunale samarbeid: øyeblikkelig hjelp, legevakt og barnevernsamarbeid.

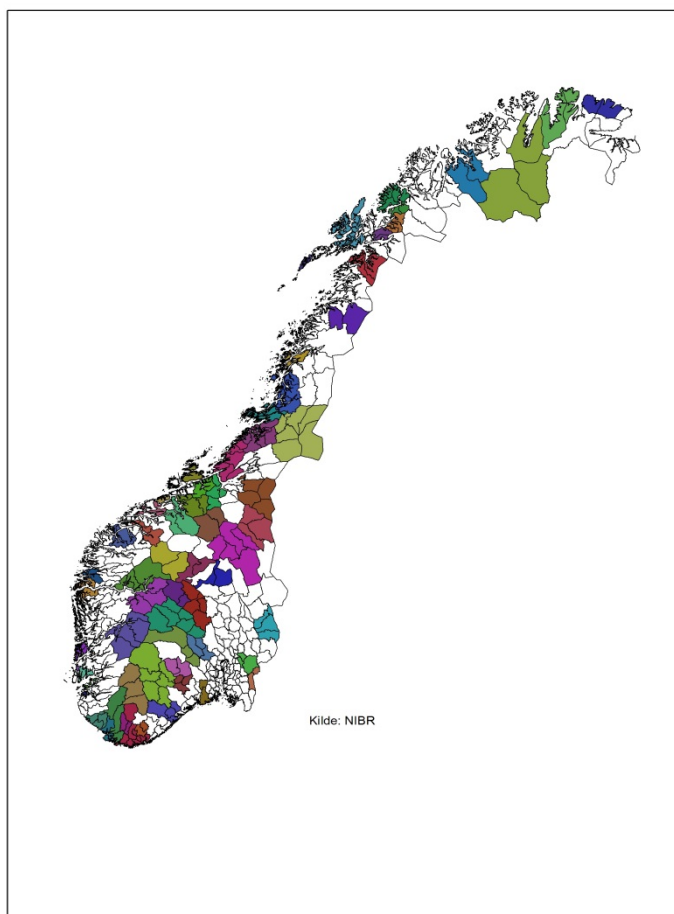
Figur 4.1 *Interkommunale samarbeid om barnevern, legevakt og øyeblikkelig hjelp. Additiv indeks.*



Figur 4.1 gir en oversikt over hvor utbredt og hvor intensive interkommunale samarbeid på disse tre områdene er. Svært få kommuner har ikke etablert et interkommunalt samarbeid på minst ett av disse områdene, flere samarbeider med andre kommuner på to av områdene. Andelen kommuner som samarbeider på alle tre områdene er også relativt høy. Motivasjonen for å inkludere barnevern i denne oversikten er at sammenfall her indikerer at

samarbeidet kommunene mellom ikke er begrenset til helse. For kommuner som samarbeider på alle tre områdene er det derfor et bredt samarbeid som også omfatter andre sektorer enn helse. Barnevern ble valgt fordi dette også er område der problemstillinger relatert til deling av økonomisk risiko og hensyn til faglig kvalitet kan peke i retning av etablering av større enheter.

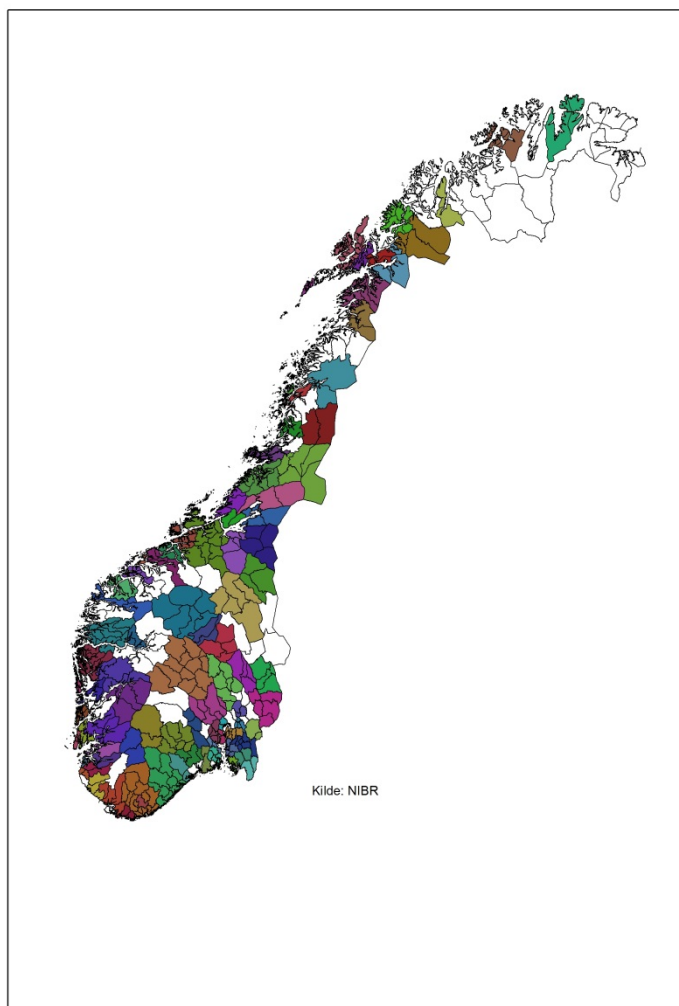
Figur 4.2 *Vertskommunesamarbeid barnevern*



Det ser ut til at det jevnt over er mindre samarbeid mellom kommunene i de nordligste fylkene. Sammenholder vi Figur 4.1 og Figur 4.2, ser vi at det først og fremst er samarbeid om barnevern i de nordligste fylkene, selv om det i Norland også er flere samarbeid om legevakt. Dette kan være en indikasjon på at

geografi er en viktig variabel for å forklare hvorfor interkommunale samarbeid inngås. Effekten av avstand/geografi kan imidlertid virke ulikt avhengig av hvilken tjeneste det er snakk om. Mens nærhet til tjenesten er avgjørende for legevakt og øyeblikkelig hjelp, kan en viss avstand mellom tjenestemottaker og tjenesteyter være en fordel i barneverntjenesten.

Figur 4.3 *Interkommunale samarbeid legevakt*



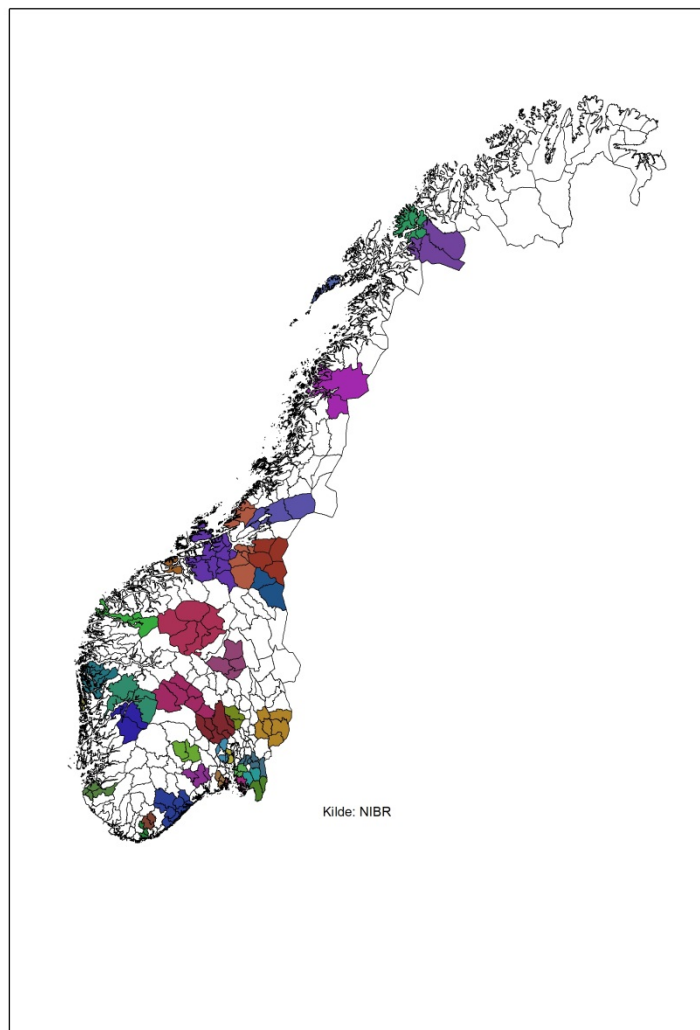
Figur 4.3 gir en oversikt over interkommunale samarbeid om legevakt basert på informasjon fra kommunenes hjemmesider.

Som det fremgår av oversikten er legevaktsamarbeid utbredt. I alt 346 kommuner har interkommunalt samarbeid om legevakt. Vi ser også at flere av samarbeidene dekker flere kommuner og store geografiske områder. Dette er overraskende når vi vet at kommunene selv oppgir geografiske avstander som den viktigste begrensningen for interkommunale samarbeid på dette området (se for eksempel Midt-Finnmark Helsehus 2013). Samtidig er det viktig å merke seg at disse samarbeidene er av noe ulik karakter. Mens enkelte kommuner samarbeider om heldøgnslegevakt, har andre etablert samarbeid om legevakt på kvelds- eller nattestid. I dette ligger det for eksempel at noen kommuner har egen legevakt på dag- og/eller kveldstid, men samarbeider med andre kommuner om legevakt natt. Et spørsmål har da vært hvordan samarbeidet skal kodes i slike situasjoner. Vi har valgt å kode det mest omfattende samarbeidet kommunen deltar i. Dette innebærer at det vil variere hvor omfattende samarbeidene er, noe som delvis kan forklare hvorfor enkelte av samarbeidene strekker seg over relativt store geografiske områder.

Interkommunale samarbeid om øyeblikkelig hjelp er mindre utbredt (Figur 4.4). Ved utgangen av 2013 hadde 153 kommuner søkt og/eller mottatt støtte for å etablere et øyeblikkelig hjelpstilbud sammen med en eller flere kommuner. I alt 203 kommuner hadde søkt om eller mottatt støtte til dette formålet innen 31.12.13. At 3 av 4 kommuner velger å etablere øyeblikkelig hjelpstilbudet i samarbeid med andre kommuner, tyder på at interkommunalt samarbeid er den foretrukne organisatoriske løsningen. Oddsen for at en kommune skal ha mottatt tilskudd enten alene eller som vert⁴ øker når folketallet øker. Motsatt øker oddsen for å ha mottatt tilskudd som samarbeidende part, uten å være vert, når folketallet synker (Tjerbo og Zeiner 2014b).

⁴ I denne sammenheng brukes begrepet «vert» for å betegne den kommunen hvor tilbudet er lokalisert, og viser ikke til det juridiske grunnlaget for samarbeidet. Verten er den kommunen som har sendt inn søknaden, og som har oppgitt samarbeidspartnere. Vertskommunemodellen i kommuneloven *kan* være det juridiske grunnlaget for samarbeidet, men *må* ikke være det.

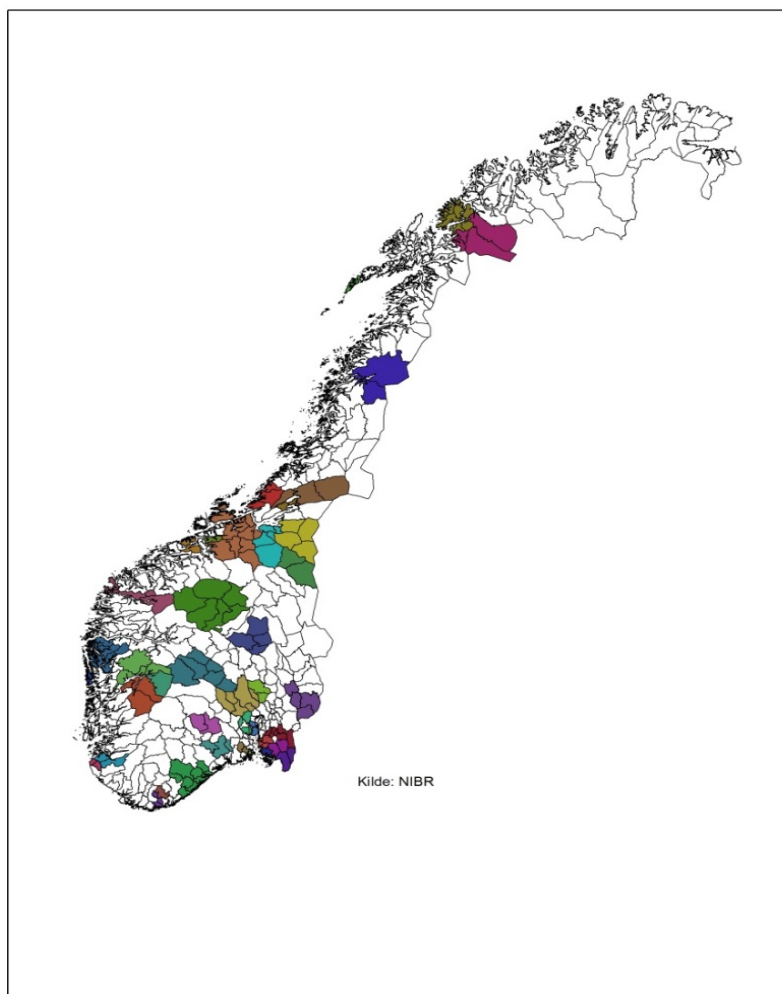
Figur 4.4 *Interkommunale samarbeid øyeblikkelig hjelp, per 1.1.14*



Kanskje begynner det å utkrystallisere seg mer permanente samarbeidskonstellasjoner på helseområdet. Vi ser at 145 av de 203 kommunene som har mottatt støtte til etablering av et øyeblikkelig hjelpstilbud har overlappende samarbeid om legevakt og øyeblikkelig hjelp Figur 4.5. Med andre ord, kun åtte av kommunene som deltar i et interkommunalt samarbeid om øyeblikkelig hjelp deltar ikke i et overlappende samarbeid om legevakt. Dersom denne tendensen fortsetter også for de

kommunene som ikke har mottatt støtte i 2012 eller 2013, vil et stort flertall av norske kommuner ha overlappende samarbeid om legevakt og øyeblikkelig hjelp i 2016.

Figur 4.5 *Overlappende interkommunale samarbeid – legevakt og ø-hjelp – per 1.1.14*



Inntrykket er at kommunene responderer på samhandlingsreformen gjennom å bygge ut eksisterende interkommunale samarbeid, fortrinnsvis legevaktsamarbeid. Omlag 70 prosent av respondentene i SPIS-surveyen oppgir at kommunens øyeblikkelig hjelp-tilbud bygger på tidligere interkommunale helsesamarbeid.

Caseundersøkelsen i to interkommunale samarbeid, samt rapporter fra diverse samarbeidsprosjekt, peker i samme retning. Når kommunene skal bygge ut sitt øyeblikkelig hjelp-tilbud, tar mange enten utgangspunkt i eksisterende legevaktsamarbeid eller utreder behov og muligheter for samarbeid om legevakt (se for eksempel Bømlo kommune, Fitjar kommune 2012; Delprosjektet legevakt i Hardanger og Voss u.å.; Helgeland Regionråd 2008).

Gjennomsnittlig folketall i samarbeidene innenfor barnevern er gjennomgående noe mindre enn de innenfor helse. Innenfor både ø-hjelp og legevakt er det imidlertid enkelte samarbeid med mange aktører som drar snittet opp, alt i alt er derfor ikke grunn til å legge for stor vekt på denne forskjellen. Kanskje er det likhetene, og ikke forskjellene, mellom samarbeidene som er mest interessant her. Det er en tendens til at kommuner som samarbeidet om barnevern også samarbeider om helse, det være seg ø-hjelp, legevakt eller begge deler. I alt 150 av de 207 kommunene som er involvert i interkommunalt samarbeid innenfor barnevern, samarbeider med de samme kommunene innenfor enten ø-hjelp eller legevakt. Kanskje er dette kommuner som har tradisjon for å samarbeide og som derfor utvikler samarbeid som delvis overlapper innenfor flere ulike tjenesteområder.

Vi finner altså at interkommunalt samarbeid er utbredt. Det er ikke overraskende, andre arbeider peker i samme retning (se f. eks Blåka et al 2012). Et mulig problem med interkommunale samarbeid er at de representerer en styringsmessig fragmentering. Vi finner imidlertid at det er en forholdsvis høy grad av overlappende samarbeid, både mellom ulike samarbeid innenfor helse men også mellom samarbeid innenfor barnevern og helse. En kan derfor argumentere for at en økning i antallet interkommunale samarbeid også vil kunne innebære økende konsolidering av eksisterende samarbeid, og dermed ikke nødvendig en (problematisk) fragmentering av lokalt styre.

5 Samarbeidsmodeller

Så langt har vi sett at interkommunalt samarbeid – ikke overraskende – er utbredt. Det kan også se ut som at samarbeidene overlapper med andre samarbeid. Spesielt legevakts- og øyeblikkelig-hjelp samarbeid. La oss nå se nærmere på hvordan de interkommunale samarbeidene innenfor helse er organisert. Kommuner som velger å inngå en avtale om interkommunalt samarbeid, kan velge mellom flere samarbeidsmodeller. Modellene varierer med hensyn til lovgrunnlag, styringsorgan, grad av fristilling og muligheter for politisk styring (KS 2013). På helseområdet er det særlig fire samarbeidsmodeller som er aktuelle: vertskommune, samkommune, § 27-styre og interkommunalt selskap (IKS). Samtlige modeller innebærer at kommunene delegerer noe myndighet til de samarbeidende organene, men det varierer hvor selvstendig samarbeidene kan opptre. I den ene enden av skalaen finner vi vertskommunemodellen, som innebærer minst grad av selvstendighet og dermed også størst mulighet for politisk styring. I den andre enden finner vi IKS, hvor den politiske styringen vil være mer indirekte (Figur 5.1).

Figur 5.1 Lovfestede modeller for interkommunalt samarbeid.

Lovfesta modeller for interkommunalt samarbeid



Kilde: KS 2013

Et spørsmål er hvilke modeller for interkommunalt samarbeid kommunene velger for samarbeid om helsetjenester, og hvorvidt det har skjedd en endring sammenlignet med perioden før samhandlingsreformen. For å undersøke dette har vi bedt kommunene i Omsorgskommuneutvalget om å sende oss sine samarbeidsavtaler på helseområdet. Vi mottok 73 avtaler fra 31 av kommunene i utvalget. Vi har luket bort avtaler som er likelydende, det vil si avtaler som er inngått mellom kommuner i Omsorgskommuneutvalget, og sitter da igjen med 46 avtaler. 22 av avtalene er inngått før samhandlingsreformen trådte i kraft, 22 etter at reformen trådte i kraft. De siste to avtalene er udaterte.

Et flertall av avtalene – 25 av 46 – spesifiserer ikke lovgrunnlaget for samarbeidet. Vi har kontrollert disse samarbeidene opp mot Bedrifts- og foretaksregisteret, og finner at ingen av dem er registrert som interkommunale selskap.⁵ Enkelte av avtalene bruker begrepet vertskommune, men det er uklart hvorvidt det dreier seg om vertskommuner slik begrepet brukes i kommunelovens § 28. Begrepet vertskommunesamarbeid har tidligere blitt brukt på en rekke ulike samarbeidstiltak mellom kommuner (KRD 2006), og det er grunn til å anta at kommunene ofte legger til grunn en bredere definisjon av begrepet (Tjerbo 2010). Vi kan derfor ikke utelukke at begrepet vertskommune også brukes om andre typer samarbeid, og da særlig om § 27-samarbeid. I de resterende 21 avtalene er samarbeidsmodellen spesifisert. Med unntak av én avtale, som dreier seg om et offentlig-privat samarbeid, dreier det seg her om administrative vertskommunesamarbeid etter kommunelovens § 28b. 14 av avtalene er inngått etter at samhandlingsreformen trådte i kraft, 4 før reformen trådte i kraft, mens 2 av avtalene er udaterte.

Våre data gir ikke grunnlag for å slå fast at samhandlingsreformen har hatt betydning for kommunenes valg av samarbeidsmodell. Det var først fra og med 1. januar 2007 at kommuneloven åpnet for samarbeid om lovpålagte oppgaver og tjenesteyting som innebærer myndighetsutøvelse (KS 2013), og det er sannsynlig at vertskommunemodellen var forholdsvis utbredt også før samhandlingsreformen (Tjerbo 2010). Datagrunnlaget i denne undersøkelsen er for spinkelt til at vi kan trekke klare slutninger om vertskommunemodellens utbredelse før og etter

⁵ Kilde: SSB og NIBR

samhandlingsreformen. Likevel tyder våre data på at vertskommunemodellen er utbredt også på helseområdet.

Samtidig gir de innsamlede avtalene inntrykk av at det er liten bevissthet i kommunene om de ulike modellene for interkommunalt samarbeid. En mulig forklaring kan være at samarbeidene fungerer bra, og at kommunene derfor stort sett har god erfaring med interkommunale samarbeid. En slik forklaring finner gjenklang i våre intervjuer med deltakere i to interkommunale samarbeid. Mens intervjuene i samarbeid A bærer preg av at informantene er svært bevisste på alternative modeller for interkommunale samarbeid, og også på hvilke modeller kommunene har valgt og bør velge, er intervjupersonene i samarbeid B langt mindre opptatt av hvilke samarbeidsmodeller som er valg og hvorfor. Informantene i samarbeid A viser til erfaringer fra tidligere samarbeid for å forklare hvorfor de landet på vertskommunemodellen når kommunene skulle inngå avtale om kommunale akutte døgnenheter og ny avtale om legevakt. Særlig informantene fra den største kommunen i samarbeidet uttrykte misnøye med den indirekte styringen av tjenestene gjennom et § 27-styre, samtidig som man opplevde IKS-modellen som for rigid. Bakgrunnen for denne misnøyen var en opplevelse av § 27-samarbeid som «levde sitt eget liv» (Ordfører 22.04.14), og konflikt knyttet til kostnadsfordelingen i et IKS. Dette er et eksempel på at tidligere erfaringer, heller enn en vurdering av formålet med samarbeidet, er utslagsgivende når kommunene skal velge samarbeidsmodell.

Kort oppsummert kan vi si at vertskommunemodellen synes å være den vanligste samarbeidsmodellen når kommunene skal inngå interkommunale samarbeid på helseområdet. Det er ikke overraskende tatt i betraktning at det for samarbeid innenfor ø-hjelp og legevakt handler om et tjenestetilbud som må plasseres/bygges ut fysisk hos en av de deltakende partene. Denne parten/kommunen er derfor naturlig å regne som en ”vert”.

6 Motiver for samarbeid

Økonomiske forhold, demokrati, kompetanse og kvalitet er forhold som gjerne trekkes fram i diskusjoner om interkommunale samarbeid (se blant annet Jacobsen 2010; Leknes et al. 2013). Det er flere økonomiske grunner til å inngå samarbeid. For det første kan et samarbeid gjøre det mulig å utnytte stordriftsfordeler. Når antallet produserte enheter øker kan kostnadene per enhet synke. I forbindelse med samhandlingsreformen har også størrelse og evnen til å bære risiko blitt mye diskutert. Etterspørselen etter tjenester vil variere fra år til år, og for kommuner med få pasienter/brukere vil stor variasjon i bruken av helsetjenester gi merkbare utslag på kostnadene. For større kommuner vil det være lettere å håndtere slike svingninger. Det er likevel en rekke andre forhold som også kan virke inn på beslutningen om å inngå et samarbeid eller ikke. Eksempelvis faglige hensyn, demokratihensyn og hensynet til kvalitet i bred forstand.

Vi har sett nærmere på hvilke begrunnelser kommunene har for å inngå i interkommunale samarbeid på helseområdet, og hvordan de veier ulike hensyn mot hverandre. Data er i første rekke hentet fra casestudier i to interkommunale samarbeid. Vi har også gjennomgått prosjektrapporter fra 15 samarbeidsprosjekter for å se hvilken motivasjon kommunene har for å inngå, eventuelt ikke inngå, i interkommunale samarbeid på helseområdet.

6.1 Demokrati og lokalsamfunnsutvikling

Spørsmålet om hvordan interkommunale samarbeid påvirker lokaldemokratiet har vært en gjenganger i debatten. (Andersen 2011; Blåka et al. 2013; Jacobsen 2010; Leknes et al. 2013). På den ene siden vises det til at interkommunale samarbeid kan svekke mulighetene for demokratisk styring og kontroll. På den annen side understrekes det at interkommunale samarbeid kan sette

kommunene i stand til å produsere bedre eller flere tjenester, og således styrke outputlegitimiteten (Andersen 2011).

I debatten om interkommunale samarbeid på helseområdet synes imidlertid demokratispørsmålet å være mer eller mindre fraværende. Ingen av prosjektrapportene diskuterer de lokaldemokratiske implikasjonene ved samarbeid (Tjerbo og Zeiner 2014b), og heller ikke informantene i casestudiene fremhever de demokratiske aspektene ved interkommunale samarbeid. Flere viser til at det lokalpolitiske rommet i utgangspunktet er begrenset. Særlig politikerne opplever å ha liten innflytelse over tjenestenes innhold og organisering. En av informantene uttrykker det slik:

Samhandlingsreformen, sånn som jeg opplever den, er jo sentralstyrt, altså nærmest som et pålegg som vi må håndtere som best vi kan, og den gir føringer som ikke gir så mange realistiske alternativer for oss som liten kommune (Lokalpolitiker, 31.03.14).

Utsagnet viser til to fremtredende oppfatninger hos våre informanter. For det første, at samhandlingsreformen pålegger kommunene oppgaver som er så kompetanse- og ressurskrevende at små kommuner har få eller ingen muligheter til å etablere et tilbud på egen hånd. Mot denne bakgrunn mener flere av informantene, særlig i de minste kommunene, at den politiske behandlingen av samarbeidsavtalene ligner mer på sandpåstrøing enn reelle politiske forhandlinger. For det andre, opplever informantene at spørsmål knyttet til organisering og utforming av tjenestetilbudet er av faglig, ikke politisk, karakter, og at det derfor er administrasjonen og profesjonsutøverne som nødvendigvis må ha siste ord.

Likevel er ikke lokalpolitiske og demokratiske betraktninger helt fraværende i debatten. For eksempel er lokalsamfunnsutvikling et tema, selv om heller ikke dette er et fremtredende motiv i debatten. Det er også et tvetydig motiv, i den forstand at det brukes både som argument *for* og som argument *mot* samarbeid. Mens enkelte fremhever den rollen samarbeid om helsehus eller lokalmedisinsk senter kan spille i utvikling av et regionalt senter (se for eksempel Region Nordhordaland 2012), er andre mer opptatt av hva det vil bety for den enkelte kommune om tjenester flyttes ut av kommunen (se for eksempel Midtre Namdal samkommune

2013). I intervjuene betraktes også bygging av fagmiljøer som et aspekt ved lokalsamfunnsutviklingen. Flere av informantene peker på fagfolk som en begrenset ressurs, som kommunene kan konkurrere eller samarbeide om. Igjen ser vi at lokalsamfunnsutvikling er et tvetydig motiv. Interkommunale samarbeid innebærer en mulighet til å dra nytte av de samarbeidende kommunenes kompetanse, men også en risiko for at viktig kompetanse forsvinner ut av kommunen (Tjerbo og Zeiner 2014b).

Videre er informantene i casestudiene opptatt av outputsiden av demokratiet. Dette kommer blant annet til uttrykk ved at informantene fremhever kvalitet i tjenesteproduksjon som en viktig målestokk for kommunens helsetjenester, og, som vi vil se, som en sentral begrunnelse for interkommunale helsesamarbeid. Informantene fremhever gjerne at interkommunale samarbeid kan bidra til større fagmiljø og økt kompetanse i tjenesteproduksjonen, men understreker også at dette må veies mot eventuelle ulemper. Særlig fremheves lang reisevei som noe som bidrar til å forringe kvaliteten på tilbudet. Som en av informantene uttrykker det: «det er jo heller ingen god kvalitet å reise 15 mil for å få legevakten» (Kommunalsjef 16.10.14). Dette er en dimensjon ved kvalitet som kan sies å være gjenstand for politisk debatt og vurderinger, nemlig avstand til tjenestetilbud. Lang reisevei trekkes fram som et hinder for interkommunale samarbeid, både i prosjektrapporter og av casekommunene. Informantene bruker, med andre ord, reisevei som et sentralt kriterium for å vurdere kvalitet i helsetjenestene.

Geografiske avstander påvirker også informantenes vurdering av det lokalpolitiske handlingsrommet. Vi har gjennomført intervjuer i to interkommunale samarbeid, hvorav det ene er kjennetegnet av høy befolkningstetthet og korte avstander (samarbeid A), mens det andre er kjennetegnet av lav befolkningstetthet og lange avstander (samarbeid B). I samarbeid A opplever informantene å ha et relativt stort handlingsrom. Dette gjelder først og fremst den største av de samarbeidende kommunene. Med sine mer enn 30 000 innbyggere, er kommunen tydelig på at interkommunale samarbeid er et valg heller enn en dyd av nødvendighet. De øvrige kommunene i samarbeidet har mellom 5000 og 15 000 innbyggere, og opplever i større grad at samarbeid på helseområdet er påkrevd. Samtidig oppgir informantene fra disse kommunene at de har flere

aktuelle samarbeidspartnere dersom det eksisterende samarbeidet skulle bli avvirket.

I samarbeid B er situasjonen en annen. Ingen av kommunene har over 4 000 innbyggere, og det er lange reiseavstander innad i kommunen, så vel som til nabokommunene. Den ene av kommunene er for tiden i en prosess hvor den vurderer ulike samarbeidskonstellasjoner. Kommunen har fått henvendelse fra andre nabokommuner som ønsker samarbeid om sentrale helsetjenester. I den andre kommunen ser man ingen realistiske alternativer til det eksisterende samarbeidet, og reiseavstander oppgis som den viktigste grunnen. Samtidig oppleves det som problematisk å skulle etablere et tilbud på egenhånd. Kommunen får støtte til 0,6 plasser innen øyeblikkelig hjelp, og anser det som for ressurskrevende å etablere et tilbud alene. I tillegg er kommunene usikre på om den kan rekruttere tilstrekkelig personell til å bemanne et heldøgntilbud uten å samarbeide med nabokommunen. Således opplever kommunen at det lokalpolitiske handlingsrommet innskrenkes både av de store omkostningene ved å etablere et tilbud alene, og av politiske beslutninger i nabokommunen.

For å oppsummere kan vi si at demokratispørsmålet er lite fremtredende i debatten om interkommunale samarbeid etter samhandlingsreformen. I den grad spørsmål knyttet til demokrati blir satt på agendaen, knytter det seg gjerne til begrensninger i det lokale handlingsrommet enten som en følge av samhandlingsreformen og andre lovkrav på helseområdet eller som en følge av interkommunale samarbeid. Samtidig er det viktig å merke seg at ingen av informantene trekker fram lokaldemokratiet som et argument mot interkommunale samarbeid. Argumentene for eller mot samarbeid er snarere av pragmatisk enn av prinsipiell karakter. Det viktigste argumentet mot interkommunale samarbeid er, som vi har sett, geografiske avstander. I neste avsnitt skal vi se nærmere på ett av de viktigste argumentene for interkommunale samarbeid, nemlig effektivitet.

6.2 Økonomiske forhold

Interkommunale samarbeid begrunnes gjerne med henvisning til stordriftsfordeler, reduksjon av usikkerhet, og utnyttelse av eksterne virkninger. Flere studier peker på stordriftsfordeler eller andre effektivitetsgevinster ved kommunesammenslåing eller kommunesamarbeid (se for eksempel Bönisch et al. 2011; King 1996; Langørgen, Aaberge, and Åserud 2002; Sørensen u.å.). Samtidig vil interkommunale samarbeid også medføre kostnader. Så vel kommunens deltakelse i interkommunale samarbeid som etablering og eventuell nedleggelse av interkommunale samarbeid medfører transaksjonskostnader (Erichsen 2013; Jacobsen 2010).

Både prosjektrapportene og casestudiene tyder på at oppnåelse av stordriftsfordeler, bedring av evnen til å håndtere økonomisk risiko og kapasitetsutnyttelse, er sentrale begrunnelser for interkommunale samarbeid på helseområdet generelt, og for samarbeid om legevakt og øyeblikkelig hjelp spesielt. Dette gjelder både for små og for store kommuner. Selv for en kommune med over 30 000 innbyggere vil det være «fornuftig og hensiktsmessig» å «ta med seg en befolkning på mellom 50 og 60 000 innbyggere kontra en by på 30 000 innbyggere» (Kommunalsjef 14.02.14). For de øvrige kommunene i samarbeid A, er det ikke bare hensiktsmessig, men også nødvendig, å delta i et interkommunalt samarbeid om legevakt og øyeblikkelig hjelp. Rådmannen i den minste kommunen i samarbeidet, med cirka 5 000 innbyggere, uttrykker det slik:

Det er jo snakk om at du må opp på en kritisk masse, du må jo opp i et volum, du møter jo fort veggen i forhold til at hvis du skal legge opp turnuser, hvis du skal legge opp bemanning et cetera, så må du ha et belegg der. (...) Og hvis du skulle begynt å utvikle et sånt tilbud alene, så merker du at du er en liten kommune (Rådmann 11.03.14).

Lignende vurderinger kommer til uttrykk i prosjektrapportene. Rapportene tyder på at stordriftsfordeler og kapasitet er et viktig motiv når kommunene inngår i interkommunale samarbeid. Setesdal regionråd viser til at «dersom kommunene skal etablere nye tjenester og ny kompetanse med det innhold og på det nivå som Samhandlingsreformen legger opp til, uten samarbeid med

andre kommuner, så vil dette kreve en omfattende økning i den enkelte kommunes ressurstilgang innenfor helse- og omsorgstjenestene» (Setesdal Regionråd 2012 s.5). I Drammensregionen konkluderer de med at ved «å dele på utgiftene vil den økonomiske belastningen bli lavere enn ved å ivareta dette behovet alene» (Drammensregionen 2012 s.18), mens kommunene Stord, Bømlo og Fitjar kommer fram til at «å etablere tilbud i kvar kommune for seg, vil vera lite kostnadseffektivt og med ein fagleg kvalitet som ikkje er god nok» (Stord kommune, Bømlo kommune, Fitjar kommune, Helse Fonna u.å. s.7).

Vi ser altså at økonomiske forhold gjerne settes i sammenheng med kvalitet og behovet for å etablere et tilstrekkelig stort og stabilt fagmiljø. Muligheten for å etablere og holde ved like et fagmiljø av tilstrekkelig størrelse er et vanlig argument for samarbeid og sammenslåinger også innenfor andre områder. Små kommuner vil kunne ha utfordringer på dette området, og det kan gå utover kvaliteten på de tjenestene de leverer til sine innbyggere. Betydningen av dette i forbindelse med samhandlingsreformen er sentralt. En viktig målsetting med reformen er nettopp at kommunene skal kunne gjennomføre flere av de tjenestene som i dag utføres av spesialisthelsetjenesten. Samarbeid med andre kommuner kan gjøre det mulig for å komme denne intensjonen og forventningen i møte.

6.3 Fagmiljø

Samhandlingsreformen medfører at behovet for mer kompetanse settes på spissen: «Etablering av lokalmedisinske tjenester som tilbud før, istedenfor og etter sykehusbehandling vil kreve en annen kompetanse enn hva kommuner har i dag. Det vil kreve høy generalistkompetanse og tilgjengelighet til spesialistkompetanse» (Hallingdal Regionråd 2012 s.19). Det er imidlertid grunn til å anta at det vil være store forskjeller i hvilke problemer nye kompetansekrav medfører for kommunene.

Samtlige kommuner i de to samarbeidene vi har gjort casestudier trekker fram fagmiljø som en viktig begrunnelse for samarbeid med andre kommuner. I samarbeid A, hvor den geografiske avstanden mellom kommunene er liten og befolkningsgrunnlaget er relativt stort, vektlegger informantene to sammenhenger mellom fagmiljø og interkommunale samarbeid. For det første, som vi har

vært inne på allerede, er det stordriftsfordeler knyttet til å samle kommunenes fagmiljø i en felles tjeneste, heller enn å bygge opp og bemanne tjenestene hver for seg. Like viktig er det imidlertid å hindre eller dempe konkurransen mellom kommunene. Med korte reiseavstander mellom kommunene og kompetansekrevende tjenester, er informantene opptatt av at kommunene fort kan komme i en situasjon hvor de må konkurrere med nabo-kommunene om kvalifisert helsepersonell. På spørsmål om kommunen kunne etablert et øyeblikkelig hjelptilbud på egenhånd, svarer ordføreren i en av de samarbeidende kommunene som følger:

Ja, man ville hatt en mulighet, men det ville nok både vært dyrere og jeg vet ikke heller om man ville klart å skaffe den fagkompetansen man trenger. For det jo klart at da kommer man i konkurranseforhold med andre. Man ser lønnsnivået. [X kommune] er jo i landsgjennomsnitt en mellomstor kommune, men de vi hadde samarbeidet med her ville stort sett blitt større. Så det er klart at man da kanskje taper på lønn (Ordfører 05.03.14).

I samarbeid B, hvor de geografiske avstandene er store og med et lavt samlet folketall, ser de at større fagmiljø vil være et fortrinn i konkurransen om nødvendig arbeidskraft. En erfaring er at helsepersonell gjerne vil jobbe sammen med andre, noe som blant annet gir seg utslag i at det er vanskelig å rekruttere fastleger til legekontor utenfor kommunesentra. En annen faktor som fremheves er at mindre fagmiljø fører til mindre gunstige vaktordninger, og dermed større arbeidsbelastning på den enkelte lege eller sykepleier.

Samtlige av casekommunene fremhever, med andre ord, interkommunale samarbeid som et virkemiddel for å etablere og vedlikeholde fagmiljøet i de kommunale tjenestene. Det er imidlertid viktige forskjeller mellom kommunene. Det går et skille mellom store og små kommuner. De store kommunene opplever interkommunalt samarbeid som en fordel, de minste som en nødvendighet. Store geografiske avstander, både innad i kommunene og mellom kommunene, skaper ytterligere problemer for de minste kommunene, som hele tiden opplever at de må veie hensynet til fagmiljøet mot innbyggernes behov for nærhet til tjenestetilbudet.

6.4 Kvalitet

Kvalitet i tjenestene er et gjennomgangstema i intervjuene. På spørsmål om hvilke kriterier de legger til grunn for å vurdere det interkommunale samarbeidet som vellykket trekker nesten samtlige informanter fram kvalitet som mest tungtveiende. Kvalitet gis imidlertid ikke et bestemt innhold, men settes i sammenheng med de øvrige kriteriene, nemlig demokrati, kostnadseffektivitet og fagmiljø. Mange av informantene sidestiller kvalitet med tjenester som svarer til innbyggernes behov og ønsker, og vektlegger således outputdimensjonen ved lokalt demokrati og lokal tjenesteproduksjon. Samtidig er kompetanse og tilgang til nødvendig arbeidskraft et viktig kriterium for våre informanter. Til sist, legger flere til grunn at kvalitet handler om mulighetene til å foreta investeringer og lignende, og knytter således kvalitet til diskusjonen om stordriftsfordeler ved interkommunale samarbeid.

En interessant forskjell mellom de to interkommunale samarbeidene er at man i det ene samarbeidet er opptatt av forholdet mellom kvalitet og avstand, mens dette ikke er et tema i det andre samarbeidet. Forskjellen i tilnærming er et utslag av at man i kommuner med få innbyggere og lange reiseavstander, må ta hensyn til reiseavstander når man skal vurdere hvorvidt interkommunale samarbeid er hensiktsmessige eller ønskelige. Fordeler knyttet til stordriftsfordeler og større fagmiljø må veies mot den ulempen lange reiseavstander medfører for innbyggerne. Hensynet til reisevei kan forklare hvorfor det er mer samarbeid i sentrale strøk (jf. Tjerbo og Zeiner 2014b).

Samtidig tyder sammenhengen mellom reiseavstand og geografi på at de forventningene som uttrykkes ikke bare til interkommunale samarbeid, men også til kommunestrukturen, bør modifiseres. Det kan synes som om det er i de større og mer sentralt beliggende kommunene at de positive effektene av interkommunale samarbeid og/eller kommunesammenslåinger er størst, mens man i mindre sentralt beliggende kommuner gjerne opplever at lange reiseavstander vanskeliggjør samarbeid med andre kommuner.

7 Konflikt og konfliktløsning

Stordriftsfordeler og tjenestekvalitet trekkes gjerne fram som fordeler ved interkommunale samarbeid (KS 2013; Leknes et al. 2013), mens redusert politisk styring og kontroll gjerne trekkes fram som ulemper (KS 2013). Interkommunale samarbeid kan betraktes som en variant av det Hooghe og Marks (2003) refererer til som 'type II governance'. I motsetning til territorielt avgrensede enheter (type I), innebærer type II et funksjonsbasert spesialiseringsprinsipp, i dette ligger det både at jurisdiksjonen er oppgavespesifikk og at medlemskap kan overlappe. Disse enhetene er i liten grad underlagt hierarkisk styring (se også Hansen et al. 2008; Oates 1972). Et viktig spørsmål er hvorvidt denne formen for koordinering medfører økt risiko for konflikt, og hvordan eventuelle konflikter løses i type II enheter. Som nevnt kan interkommunale samarbeid sees som eksempler på type II governance, det er derfor nærliggende å kartlegge utbredelsen av konflikt og hvilke mekanismer som benyttes for å løse uenigheter. I det følgende vil vi først kartlegge hvordan kommunene ser for seg at eventuelle tvister skal løses. Deretter vil vi se nærmere på konfliktnivået mellom kommunene, og diskutere mulige årsaker til konflikt eller fravær av konflikt.

7.1 Avtaler og tvisteløsning

Vi har samlet inne 73 avtaler fra 31 av kommunene i omsorgskommuneutvalget (se vedlegg 1). Siden noen av kommunene i omsorgskommuneutvalget samarbeider med hverandre, vil enkelte av kommunene ha likelydende avtaler. Når vi luker bort disse avtalene, sitter vi igjen med 46 avtaler. Kun 18 av disse avtalene har nedfelt en tvisteløsningsmekanisme, og flertallet av disse viser til bestemmelsene i Tvisteloven, noe som innebærer at tvister skal løses av domstolen. Enkelte av avtalene spesifiserer at eventuelle tvister skal forsøkes løst gjennom

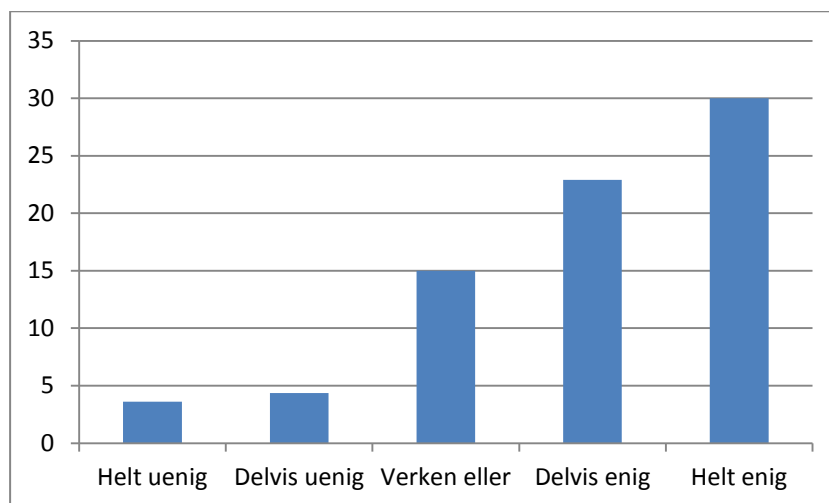
forhandlinger før eventuell domstolsbehandling. Voldgift, forhandlinger med Fylkesmannen som mekler, tvisteløsningsnemnd eller forhandlingsutvalg bestående av representanter fra kommunene er eksempler på andre tvisteløsningsmekanismer.

Med et så lite utvalg, er det vanskelig å finne systematiske forskjeller mellom avtalene. Inntrykket er likevel at det er en viss forskjell i valg av tvisteløsningsmekanisme mellom avtaler inngått før og etter samhandlingsreformen. Mens Tvisteloven, og i noe mindre grad forhandling, er den vanligste formen for tvisteløsning i avtaler inngått før 2009, er det et bredere spekter av tvisteløsningsmekanismer i avtaler inngått i 2009 eller senere. Av avtaler inngått i 2009 eller senere legger seks av avtalene opp til voldgifts- eller domstolsbehandling, åtte nedfeller ulike varianter av tvisteløsningsnemnder, og to av avtalene fastsetter at tvisteløsning skal skje gjennom forhandlinger. 28 avtaler har ikke spesifisert noen tvisteløsningsmekanisme, halvparten av disse er inngått i 2009 eller senere.

7.2 Lavt konfliktnivå

Ut fra våre data er det lite som tyder på at interkommunale samarbeid fører til et høyere konfliktnivå. For eksempel rapporterer mindre enn ti prosent av kommunene at samarbeidet om øyeblikkelig hjelp er problematisk eller utilfredsstillende. Over halvparten gir uttrykk for at samarbeidet stort sett fungerer bra (Figur 7.1). Merk at 24 prosent svarte «Vet ikke», og at andelene derfor ikke summerer seg til 100. Det at hele 24 prosent svarte «Vet ikke» indikerer at respondentene hadde problemer med å ta stilling til påstanden. Det kan bety at respondentene i surveyen ikke følte seg kompetente til å besvare spørsmålet, noe som i så fall representerer en svakhet ved datamaterialet. Vi baserer derfor våre vurderinger i dette avsnittet både på surveymaterialet og fra intervjuene i case-kommunene.

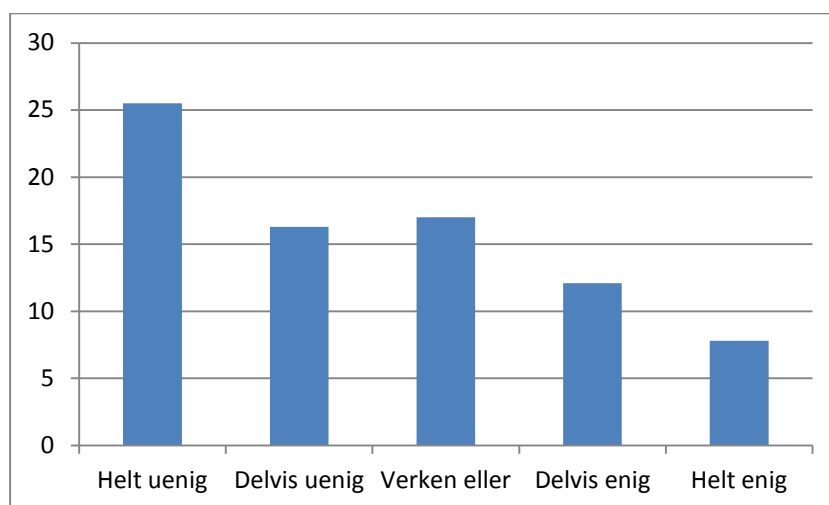
Figur 7.1 «Alt i alt fungerer det interkommunale samarbeidet om øyeblikkelig hjelp bra». Prosentandel.



Datakilde: SPIS-survey

Et lignende mønster tegner seg når vi ser på fordelingen av kostnader i øyeblikkelig hjelp-samarbeidene. Rundt en femtedel av respondentene oppgir at kostnadsfordelingen har vært problematisk. Også her er det imidlertid en høy andel som har svart «Vet ikke» (21 prosent).

Figur 7.2 «Det interkommunale samarbeidet om øyeblikkelig hjelp har vært utfordrende når det gjelder deling av kostnader mellom partene»
Prosentandel.



Datakilde: SPIS-survey

Det kan være at eventuelle konflikter blir løst før et samarbeid inngås eller at samarbeidskonstellasjoner med et høyt konfliktpotensial ikke inngås nettopp fordi aktørene selv ser dette.

Samtidig er det verdt å merke seg at kategorien som svarer «verken eller» er relativt høy, noe som kan tyde på at respondentene – altså helse- og omsorgsledere i kommunene – ikke føler seg kompetente til å svare. Vi kan tenke oss at konflikter ganske raskt løftes opp til rådmannsnivået, og at det er på rådmannsnivået at de utspiller seg og eventuelt løses. Like viktig er det nok at kommunene så langt har liten erfaring med hvordan øyeblikkelig hjelp-samarbeidene fungerer. På det tidspunkt da våre data ble samlet inn, hadde kun halvparten av kommunene startet arbeidet med å etablere et øyeblikkelig hjelp-tilbud, samtidig som de etablerte kommunale øyeblikkelige hjelp-tilbudene kun hadde vært operative en kort periode. Så å si ingen kommuner hadde hatt et tilbud i mer enn et år, og mange hadde enda kortere erfaring med øyeblikkelig hjelp.

Manglende erfaring er et gjennomgangstema i de kvalitative intervjuene. På intervjuetidspunktet har de kommunale akutte døgnhetene i begge samarbeidene vært i drift i cirka et år. Når de blir spurt om å evaluere tilbudet, svarer informantene gjerne at det

er for tidlig å gi en vurdering av hvordan tilbudet fungerer. I den grad respondentene likevel begir seg inn på slike vurderinger, er de mer tilbøyelige til å fremholde interne forhold som problematiske enn de er til å påpeke problemer i samarbeidet mellom kommunene. I begge samarbeidene påpeker for eksempel informantene at bruken av øyeblikkelig hjelp-tilbudet er skjev. Tendensen er – i begge tilfellene – at vertskommunene har et visst overforbruk av tjenesten, mens de øvrige kommunene har et underforbruk. Ingen av informantene, hverken i kommuner med over- eller underforbruk, mener at dette er en kilde til konflikt mellom kommunene. Snarere mener de at skjevhetene i stor grad skyldes innkjøringsproblemer, og flere peker på at det har vært vanskelig å få fastlegene til å ta tilbudet i bruk. I begge samarbeidene er det en tendens til at informantene vektlegger faktorer den enkelte kommune selv kan kontrollere for å forklare eventuelle problemer i samarbeidet, og at de stort sett uttrykker tilfredshet med hvordan samarbeidet kommunene imellom fungerer. Enten de representerer vertskommunene eller de samarbeidende kommunene, har informantene lite å utsette på selve samarbeidet, både hva gjelder organisering av tilbudet og samhandlingen mellom kommunene.

7.3 Tid, erfaring og handlingsrom

Hva kan forklare det lave konfliktnivået? Tidsaspektet, som vi har vært inne på tidligere, kan være en forklaring. Flere av samarbeidene har kommet i stand som en direkte følge av samhandlingsreformen, og har kun vært i drift i kort tid. Særlig gjelder dette kommunenes øyeblikkelig hjelp-tilbud som, i tillegg til kort fartstid, er fullfinansiert gjennom tilskudd fra Helse- direktoratet fram til 2016. Sannsynligvis har kommunene hittil vært mest opptatt av å få tilbudene oppe å stå, og at oppmerksomheten derfor har vært rettet mot avtaleinngåelse og implementering av avtalene. Vi kan derfor anta at det vil gå noe tid før konflikter manifesterer seg i samarbeidene. At kommunene har lang erfaring med interkommunale samarbeid, og gjerne samarbeider med de samme kommunene på flere områder, er en annen forklaring. Lav grad av konflikt kan skyldes at kommunene, ved å samarbeide over tid, har bygd opp et tillitsforhold eller at de gjennom tidligere samarbeid har funnet ut av hvilke løsninger som fungerer og hvilke som ikke gjør det.

Likevel tyder intervjuene i kommunene på at andre faktorer er vel så viktige for å forklare det lave konfliktnivået. Særlig fire forhold peker seg ut: For det første at kommunene har lang erfaring med interkommunale samarbeid, for det andre at de opplever klare fordeler ved å samarbeide, videre at kommunene i ulik grad er avhengig av samarbeid, og til sist kommunenes opplevde handlingsrom.

Vi har gjort intervjuer med kommuner i to forskjellige samarbeid. Kommunene ble valgt fordi de samarbeidet om øyeblikkelig hjelp, men det viste seg at man i begge samarbeidene har lange tradisjoner for interkommunalt samarbeid. Samarbeid A består av fire kommuner som samarbeider på en rekke områder, både innenfor og utenfor helsefeltet. Samarbeid B består av to kommuner som i skrivende stund utreder muligheter for kommunesammenslåing. I begge samarbeidene har kommunene dermed gode muligheter til å trekke veksler på erfaringer fra andre interkommunale samarbeid.

Særlig i samarbeid A har erfaringer fra andre interkommunale samarbeid lagt føringer på utformingen av samarbeidsavtalene innenfor legevakt og øyeblikkelig hjelp. Ikke minst er det stor bevissthet rundt samarbeidsmodeller og styringsmuligheter, noe som skyldes negative erfaringer med et interkommunalt selskap og et tidligere § 27-samarbeid om interkommunal legevakt. Informantene trekker særlig fram legevaktsamarbeidet. Erfaringene fra dette samarbeidet var at legevaktstjenesten i liten grad ble sett i sammenheng med kommunenes øvrige tjenestetilbud, og at den indirekte styringen igjennom kommunenes representanter i legevaktens styre på mange måter var utilstrekkelig. Særlig i den største av de samarbeidende kommunene var misnøyen stor, noe som resulterte i et krav om at den interkommunale akutt døgnenheten skulle organiseres etter vertskommunemodellen:

Det vi var veldig tydelige på når vi skulle etablere et lokalmedisinsk senter var for det første fra (x) kommunes side at vi ikke ønsket å etablere flere interkommunale selskaper, for det synes vi gir oss både en demokratisk utfordring, men det gir oss også ganske mange andre utfordringer hvor vi gjennom avtaleverket får veldig liten myndighet til å endre både kostnadsnøkler og andre for så vidt også faglig relaterte ting. Så vi sa at for oss er det kun én ting som

er aktuelt, og det er et vertskommunesamarbeid hvor (x) kommune er vertskommune (...) og de andre blir med med det som utgangspunkt. Og da tok vi – i samme momentet – også å gjorde om legevakten til vertskommunedrift (...), sånn at det kom inn i samme organisasjon (Ordfører 22.04.14).

De øvrige kommunene i samarbeid A er mer tilbøyelige til å se fordeler og ulemper ved både vertskommunemodellen og § 27-samarbeid. Ulempen med § 27-samarbeid anses å være at det kan bidra til økt fragmentering og svakere økonomistyring. Ulempen med vertskommunemodellen, slik de samarbeidende kommunene ser det, er at den gir mindre muligheter for politisk styring.

Når kommunene i samarbeid A likevel går med på å svekke sine muligheter for politisk styring, henger dette nøye sammen med deres motiver for å inngå i interkommunale samarbeid om legevakt og øyeblikkelig hjelp. Som tidligere nevnt er stordriftsfordeler en viktig motivasjon for interkommunale samarbeid på helseområdet, og inntrykket er at kommunene veier eventuelle ulemper ved interkommunale samarbeid opp mot de økonomiske gevinstene ved samarbeid. Informantene i samarbeid B gir uttrykk for en lignende tankegang. I begge samarbeidene er det dermed en erkjennelse av at, selv om man kan være misfornøyd med kostnadsfordeling eller ressursbruk mer generelt, så vil det likevel være mer kostbart å etablere et tilbud på egenhånd. Mot denne bakgrunn konkluderer informantene med at, selv om det ville være mulig for kommunen å etablere et tilbud på egenhånd, så vil dette medføre en u hensiktsmessig bruk av kommunens ressurser. Således kan fraværet av konflikt også forklares med en stor vilje til å inngå kompromisser for å oppnå forventede gevinster i form av stordriftsfordeler og større fagmiljø i tjenestene.

8 Helsekommunen?

En vanlig innvending mot interkommunale samarbeid er at de medfører en fragmentering av tjenestetilbudet. I motsetning til den tradisjonelle modellen for offentlig tjenesteyting, hvor offentlige myndigheter og tjenesteyteres ansvar er territorielt definert, innebærer interkommunale samarbeid at tjenesteyters ansvar defineres av tjenestens funksjon (Hansen, Hanssen, and Stigen 2008; Hooghe and Marks 2003; Oates 1972). I dette ligger det at grensene for interkommunale samarbeid vil variere i henhold til den funksjon de skal ivareta, slik at en kommune vil kunne delta i flere samarbeid med ulike grenser. Siden kommunene også står fritt til å gå inn i nye samarbeid og forlate eksisterende samarbeid, vil grensene for interkommunale samarbeid være relativt fleksible. Vår antakelse har derfor vært at økt interkommunalt samarbeid om helse vil medføre større fragmentering av helsetjenestene.

Våre data tyder imidlertid på det motsatte. Det kan synes som om kommunene utvider og konsoliderer eksisterende samarbeidsarrangement. I så måte kan samhandlingsreformen føre til mer integrerte helsetjenester (Tjerbo og Zeiner 2014a). Et spørsmål er da om vi ser konturene av nye helsekommuner eller en ny kommunestruktur. Vil samhandlingsreformen virke som en drivkraft i kommunestrukturreformen, eller vil kommunene begrense seg til å samarbeide på noen utvalgte områder? Både legevakt og øyeblikkelig hjelp er tjenester som krever personell med høy kompetanse og døgnbemanning. Samtidig er det tjenester hvor variasjonen i etterspørsel er relativt stor, og hvor det derfor kan være vanskelig for mindre kommuner å opprettholde et kontinuerlig tilbud (jf. Blåka et al. 2012). Likevel tyder både kartleggingen og intervjuene fra samarbeidene på mindre vilje til å etablere samarbeid på andre områder, som for eksempel palliasjon, tjenester til demente, og boligsosiale tiltak. Fra Kommunal- og moderniseringsdepartementets organisasjonsdatabase vet vi også at

kommunene kun unntaksvis samarbeider om hjemme- og institusjonsbaserte omsorgstjenester (Blåka et al. 2012).

Våre data tyder på at det har vært lite konflikt mellom kommunene som har inngått i samarbeid på helsefeltet. To forklaringer synes nærliggende. For det første kan det være at eventuelle konflikter blir løst før et samarbeid inngås eller samarbeidskonstellasjoner med et høyt konfliktpotensial ikke inngås nettopp fordi aktørene selv ser dette. Samtidig er interkommunalt samarbeid svært utbredt og vanlig. Det ser ut som at nye samarbeid i stor grad er basert på tidligere samarbeid. Økningen i interkommunale samarbeid i forbindelse med samhandlingsreformen har derfor antagelig bidratt til å sementere eksisterende samarbeidsrelasjoner, og ikke skapt økt fragmentering i organiseringen av det kommunale tjenestetilbudet. Det er i hvert fall ingenting som tyder på at dette er et problem i vårt materiale. Det er snarere fraværet av konflikt og en utbredt vilje og evne til samarbeid som er slående.

En sammenligning av samarbeid innenfor barnevern, ø-hjelp og legevakt viste stor grad av overlapp. Kanskje ser vi ikke bare en økende integrering innenfor helseområdet men også når det gjelder andre områder der kommunene i stor grad er avhengig av samarbeid i tjenesteproduksjonen. Kanskje illustrerer dette hvordan nye avgrensinger vokser frem naturlig når kommunene må tilpasse seg nye oppgaver som ikke nødvendigvis lar seg løse innenfor egen organisasjon. Størrelsen på disse enhetene ligger også svært nært de ”helsekommunene” som Hansen lanserte i forkant av Samhandlingsreformen. Disse er imidlertid ikke bare ”helsekommuner”, samarbeidene innbefatter mer enn helse.

Norske kommuner har lang og bred tradisjon for å samarbeide. Resultatene vi har presentert her antyder at de nye oppgavene som har kommet i forbindelse med samhandlingsreformen blir håndtert gjennom interkommunalt samarbeid, og at det ser ut til å fungere godt. Det er i alle fall lite som tyder på store konflikter i disse samarbeidene. Kanskje nettopp på grunn av den lange erfaringen norske kommuner har med samarbeid, og fordi nye samarbeid tenderer til å overlape med eksisterende samarbeid.

Litteratur

- Andersen, Ole Johan (2011): "Balancing Efficiency, Effectiveness and Democracy in organizing Inter-Municipal Partnerships: Conflicting Aims?" *Scandinavian Journal of Public Administration* 15(2):25–46.
- Blåka, Sara, Jan Erling Klausen, Trine Myrvold, Helge Renå, Marte Winsvold og Hilde Zeiner (2013): *Framtidens kommune - kriterier for politisk oppslutning*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning. (NIBR-rapport 2013:21)
- Blåka, Sara, Trond Tjerbo og Hilde H. Zeiner. (2012): *Kommunal organisering 2012*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning. (NIBR-rapport 2012:21)
- Bømlo kommune, Fitjar kommune, Stord kommune (2012): *Forstudierapport interkommunal legevakt for Bømlo, Fitjar og Stord. Tilstadesvakt for lege på natt*.
- Bönisch, Peter, Peter Haug, Annette Illy, and Lukas Schreier (2011): "Municipality Size and Efficiency of Local Public Services: Does Size Matter?" *IWH-Diskussionspapiere* No.2011(18).
- Delprosjektet legevakt i Hardanger og Voss (u.å.): *Ny organisering av legevakttilbudet i Hardanger og Voss. Prosjektrapport fase I og forslag til tiltak*.
- Drammensregionen (2012): *Samhandlingsreformen i Drammensregionen 2012. Behandling, forebygging og helsefremmende tiltak i primærhelsetjenesten. Sluttrapport*.
- Erichsen, Alexander Berg (2013): *En samfunnsøkonomisk vurdering av gevinster og kostnader ved interkommunalt samarbeid: Med spesielt fokus på interkommunale selskap (IKS)*. Masteroppgave, Økonomisk institutt, Universitetet i Oslo.

- Hagen, Terje P. (2009): "Modeller for kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenestene" Retrieved March 21, 2014 (http://ideas.repec.org/p/hhs/oslohe/2009_006.html).
- Hansen, Tore, Gro Sandkjær Hanssen, og Inger Marie Stigen (2008): "Det Fragmenterte Regionale Styringsystemet - Konsekvenser for Samordning?" *Norsk statsvitenskaplig tidsskrift* 2008(3): 198-222.
- Helgeland Regionråd (2008): *Interkommunalt Helsesamarbeid Helgeland*.
- HOD (2009): *Samhandlingsreformen: Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. (St.meld. nr. 47 (2008-2009) Oslo: Regjeringen.
- Hooghe, Liesbet, and Gary Marks (2003): "Unravelling the Central State, but How? Types of Multi-Level Governance." *American Political Science Review* 97(2): 233-243.
- Jacobsen, Dag Ingvar (2010): *Evaluering av interkommunalt samarbeid etter kommunelovens § 27 -omfang, organisering og virkemåte*. Kristiansand: Universitetet i Agder, Institutt for statsvitenskap og ledelse.
- King, David N. (1996): "A Model for Optimum Local Authority Size." I Giancarlo Pola, George France, and Rosella Levaggi (red.) *Developments in Local Government Finance: Theory and Policy*. Cheltenham: Edward Elgar.
- Kommunal Rapport 08.01.2009
- Kommunal Rapport 23.07.2009
- KMD. (2014): *Kommuneproposisjonen 2015*. (Prop. 95 S (2013-2014) Oslo: Regjeringen.
- KRD (2006): *Om lov om endringer i lov 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner (interkommunalt samarbeid)*. (Ot.prp. nr. 95 (2005-2006) Oslo: Regjeringen.
- KS (2013): *Formelt interkommunalt samarbeid*. Oslo.
- Langørgen, Audun, Rolf Aaberge, og Remy Åserud (2002) *Kostnadsbesparelser ved sammenslåing av kommuner*. Oslo: Statistisk sentralbyrå (Rapporter 2002/15)
- Leknes, Einar, Arild Gjertsen, Ann Karin Tennås Holmen, Bjarne Lindeløv, Jacob Aars, Ingun Sletnes og Asbjørn Røiseland (2013) *Interkommunalt samarbeid. Konsekvenser, muligheter og*

- utfordringer*. Stavanger: IRIS, International Research Institute of Stavanger. (Rapport IRIS - 2013/008)
- Midt-Finnmark Helsehus (2013): *Sluttrapport*.
- Midtre Namdal samkommune (2013): *Sambandlingsreformprosjektet Helbetlige helsetjenester i Midtre Namdal 2010-2013*. Sluttrapport prosjektgruppen.
- Oates, Wallace E. (1972): *Fiscal Federalism*. New York: Harcourt Brace Jovanovich
- Region Nordhordaland (2012): *Rapport 2012: "Forprosjekt Helsehus i Nordhordaland"*
- Regionråd, Hallingdal. (2012): *Hovedprosjektet Hallingdal Lokalmedisinske Senter. Prosjektrapport*.
- Setesdal Regionråd (2012): *Anbefalinger videre interkommunalt samarbeid. Lokalmedisinske tjenester Setesdal 2013*.
- Stord kommune, Bømlo kommune, Fitjar kommune, Helse Fonna, Høgskolen Stord/Haugesund (u.å.) *Forprosjektrapport om: "Korttidsbehandling, observasjonsplassar og LMS (Lærings- og meistringsstrategi)."*
- Sørensen, Rune Jørgen (2012): "Hvorfor har vi så mange små kommuner?" *MAGMA* (5): 66-71
- Tjerbo, Trond (2010): *Vertskommunesamarbeid i norske kommuner: Resultater fra en kartlegging høsten 2009*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning. (NIBR-notat 2010:105)
- Tjerbo, Trond, and Hilde Zeiner (2014a): "Fragmentation or Consolidation? The Coordination Reform and Local Government." *Paper presented at NOPSÅ 2014*.
- Tjerbo, Trond, and Hilde Zeiner (2014b). *Interkommunale samarbeid på helseområdet*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning. (NIBR-notat 2014:106)

Vedlegg 1 : Samarbeidsavtaler

Kommune	Samarbeid	Avtaler	Lovgrunnlag	Tvisteløsning	Registrert via innkomne avtaler
Alstahaug	Nei	-	-	-	-
Alta	Nei	-	-	-	-
Aremark	-	-	-	-	-
Arendal	Ja	2006: Legevakt 2014: Øhjelp	Ikke spesifisert, vertskommune Ikke spesifisert, vertskommune	Tvisteloven Tvisteløsningsnemnd i henhold til avtale mellom Sørlandet sykehus og kommunene	
Aure	Ja	2001: Samordning av ambulansetjenesten	Ikke spesifisert	Tvisteloven	
Austrheim	-	-	-	-	-
Bergen	Nei	-	-	-	-
Bodø	Nei	-	-	-	-
Bremanger	Ja	2013: Miljørettet helsevern	Ikke spesifisert, vertskommune (Flora)	Ikke spesifisert	
Drammen	-	-	-	-	
Dønna	-	-	-	-	
Eidsberg	-	-	-	-	
Elverum	-	-	-	-	
Fauske	-	-	-	-	
Finnøy	-	-	-	-	
Fredrikstad	Ja	2006: Legevakt 2012: Øhjelp	Ikke spesifisert Ikke spesifisert, vertskommune	Ikke spesifisert Ikke spesifisert	

		2013: Mobil røntgentjeneste	Ikke spesifisert	Forhandlinger	
		2013: overgr.mottak	Ikke spesifisert, vertskommune	Ikke spesifisert	
Førde	Ikke svar	-	-	-	
Gjerstad	Ja	2006: Legevakt	Ikke spesifisert, vertskommune (Arendal)	Twisteloven	X
		2014: Øhjelp	Ikke spesifisert, vertskommune (Arendal)	Twisteløsningsnemnd samarbeidsavtale Sørlandet sykehus og kommunene	X
Gjøvik	Ikke svar	-	-	-	-
Granvin	Ikke svar	-	-	-	-
Grimstad	Ja	2006: Legevakt	Ikke spesifisert, vertskommune (Arendal)	Twisteloven	X
		2014: Øhjelp	Ikke spesifisert, vertskommune (Arendal)	Twisteløsningsnemnd samarbeidsavtale Sørlandet sykehus og kommunene	X
Grong	Ja	2006: Legevakt	Ikke spesifisert	Ikke spesifisert	
Hamar	Ja	2003: Legevakt	Ikke spesifisert	Ikke spesifisert	
		2006: Enhet for samfunnsmedisin	§28b (Hamar)	Forhandlinger, Twisteloven	
		2006: psykososialt kriseteam	Ikke spesifisert	Ikke spesifisert	
Harstad	Ja	2007: Legevakt	§28b (Harstad)	Twisteloven	
		2014: Øhjelp	§28b (Harstad)	Nemd sammensatt av en person fra hver kommune +	

				Fylkesmannen	
Haugesund	Ja	1985: fysioterapi 1985: legevakt	Ikke spesifisert Ikke spesifisert	Ikke spesifisert Ikke spesifisert	X X
Herøy (N)	-	-	-	-	-
Hjartdal	Ja	2012: Legevakt 2013: Kom.overlege 2013: Øhjelp	§28b (Notodden) Ikke spesifisert §28b (Notodden)	Forhandlinger, voldgift Ikke spesifisert Forhandlinger, tvisteløsning i henhold til avtale med Telemark HF	
Karasjok	Nei	-	-	-	-
Kristiansand	Ja	2010: legevakt	Ikke spesifisert	Ikke spesifisert	X
Kristiansund	Ja	2008: legevakt 2012: Øhjelp	Ikke spesifisert, vertskommune Kristiansund Ikke spesifisert, vertskommune Kristiansund	Ikke spesifisert Ikke spesifisert	
Lenvik	-	-	-	-	-
Lierne	Ja	2006: Legevakt	Ikke spesifisert	Ikke spesifisert	
Lom	Ja	2011: Legevakt 2012: Øhjelp, LMS	§28b (Sel) §28b (Sel)	Ikke spesifisert Forhandlinger, Tvisteloven eller voldgift	
Loppa	-	-	-	-	-
Lunner	Ja	2013: Legevakt 2013: Øhjelp	§28b (Gran) Ikke spesifisert, vertsmodell	Voldgift Voldgift	
Lørenskog	-	-	-	-	-
Marker	-	-	-	-	-
Molde	Nei	-	-	-	
Moss	Ja	2012: Legevakt 2012: Øhjelp	§28b (Moss) § 28b (Moss)	Ikke spesifisert Ikke spesifisert ⁶	
Namsos	-	-	-	-	-
Orkdal	-	-	-	-	-
Os	-	-	-	-	-
Oslo	Nei	-	-	-	-

⁶ Utover bestemmelsene i Kommuneloven §§28f og 28i.

Randaberg	Ja	Udatert: legevakt	§28b (Stavanger)	Forum bestående av rådmann eller annen bemyndiget person fra kommunene	X
		Udatert: psykososialt kriseteam	§28b (Stavanger)	Forum bestående av rådmann eller annen bemyndiget person fra kommunene	X
		2012: K46	§28b (Stavanger)	Forum bestående av rådmann eller annen bemyndiget person fra kommunene	X
		2013: Krisesenter	§28b (Stavanger)	Forum bestående av rådmann eller annen bemyndiget person fra kommunene	X
Ringsaker	Ja	2003: Legevakt	Ikke spesifisert	Ikke spesifisert	X
		2006: Enhet for samfunnsmedi sin	§28b (Hamar)	Forhandlinger, Tvisteloven	X
Risør	Ja	2006: Legevakt	Ikke spesifisert, vertskommune	Tvisteloven	X
		2014: Øhjelp	Ikke spesifisert, vertskommune	Tvisteløsnings nemnd samarbeidsavta le Sørlandet sykehus og kommunene	X
Sande	-	-	-	-	-
Skedsmo	-	-	-	-	-
Skjåk	Ja	2011: Legevakt	§28b (Sel)	Ikke spesifisert	X
		2012: Øhjelp, LMS	§28b (Sel)	Forhandlinger, Tvisteloven eller voldgift	X
Sola	Ja	Udatert:	§28b	Forum	

		legevakt Udatert: psykososialt kriseteam 2012: K46 2013: Krisesenter 2014:Lavterske ltilbud rusavhengige	(Stavanger) §28b (Stavanger) §28b (Stavanger) §28b (Stavanger) OPS, Sandnes vertskommune	bestående av rådmann eller annen bemyndiget person fra kommunene Forum bestående av rådmann eller annen bemyndiget person fra kommunene Forum bestående av rådmann eller annen bemyndiget person fra kommunene Forum bestående av rådmann eller annen bemyndiget person fra kommunene Forhandlinger, Tvisteloven	
Songdalen	Ja	2007: Legevakt dag 2010: legevakt kveld/natt 2013: Kjøp/salg korttidsplass 2013. Øhjelp	Ikke spesifisert Ikke spesifisert Ikke spesifisert Ikke spesifisert	Ikke spesifisert Ikke spesifisert Ikke spesifisert Ikke spesifisert	
Stange	Ja	2003: Legevakt 2006: Enhet for samfunnsmedi sin 2006: psykososialt kriseteam	Ikke spesifisert §28b (Hamar) Ikke spesifisert	Ikke spesifisert Forhandlinger, Tvisteloven Ikke spesifisert	X X X
Stavanger	Ja	Udatert: legevakt	§28b (Stavanger)	Forum bestående av rådmann eller	X

		Udatert: psykososialt kriseteam	§28b (Stavanger)	annen bemyndiget person fra kommunene Forum bestående av rådmann eller annen bemyndiget person fra kommunene Forum	X
		2012: K46	§28b (Stavanger)	annen bemyndiget person fra kommunene Forum bestående av rådmann eller annen bemyndiget person fra kommunene Forum	X
		2013: Krisesenter	§28b (Stavanger)	annen bemyndiget person fra kommunene Forum bestående av rådmann eller annen bemyndiget person fra kommunene	X
Stjørdal	-	-	-	-	-
Søgne	Ja	2007: Legevakt dag	Ikke spesifisert	Ikke spesifisert	X
		2010: legevakt kveld/natt	Ikke spesifisert	Ikke spesifisert	X
		2013: Kjøp/salg korttidsplass	Ikke spesifisert	Ikke spesifisert	X
		2013. Øhjelp	Ikke spesifisert	Ikke spesifisert	X
Sør-Varanger	Nei				
Tranøy	-	-	-	-	-
Tromsø	-	-	-	-	-
Trondheim	-	-	-	-	-
Træna	-	-	-	-	-
Trogstad	-	-	-	-	-
Utsira	Ja	1985: fysioterapi	Ikke spesifisert	Ikke spesifisert	
		1985: legevakt	Ikke spesifisert	Ikke spesifisert	
Verdal	-	-	-	-	-
Vestvågøy	Ja	2010: legevakt	§ 28b (Vestvågøy)	Tvisteloven	
Vindafjord	Ja	2007L legevakt	Ikke spesifisert	Ikke spesifisert	
Vågå	-	-	-	-	-

Ørsta	-	-	-	-	-
Åfjord	-	-	-	-	-
Ål	Ja	2008: legevakt 2010: legevakt, natt 2012: øhjelp	Ikke spesifisert Ikke spesifisert Ikke spesifisert	Ikke spesifisert Ikke spesifisert Lokalt samarbeidsutvalg mellom Hallingdalkom.	
Ålesund	Ja	2008: legevakt, natt 2010: legevakt, helg 2010: overgr.mottak 2013: krisesenter	§ 28b (Ålesund) § 28b (Ålesund) § 28b (Ålesund) § 28b (Ålesund)	Ikke spesifisert Ikke spesifisert Ikke spesifisert Forhandlinger, evt. med FM som mekler	