

Trond Tjerbo
Hilde H. Zeiner

Interkommunale samarbeid på helseområdet

Tittel: Interkommunale samarbeid på helseområdet

Forfatter: Trond Tjerbo og Hilde. Hatleskog Zeiner

NIBR-notat: 2014:106

ISSN: 0801-1702
ISBN: 978-82-8309-042-0
Prosjektnummer: O-3066
Prosjektnavn: Prosessevaluering av Samhandlingsreformen: statlige virkemidler, kommunale innovasjoner

Oppdragsgiver: Norges forskningsråd

Prosjektleder: Terje P. Hagen, Universitetet i Oslo

Referat: I dette notatet ser vi nærmere på interkommunale samarbeid innenfor helseområdet. Spørsmålene som stilles er: Hvor omfattende er det interkommunale samarbeidet, og hvordan begrunner kommunene slikt samarbeid? Vi finner at interkommunalt samarbeid innenfor helse er utbredt, men det er klare regionale variasjoner. En gjennomgang av et utvalg prosjektrapporter viser at det særlig er økonomiske og faglige hensyn som blir vektlagt av kommunene forut for etableringen av interkommunale samarbeid.

Sammendrag: Norsk

Dato: desember 2014

Antall sider: 24

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 2014

Forord

Prosjektet «Prosessevaluering av Samhandlingsreformen: Statlige virkemidler, kommunale innovasjoner» har som hovedmålsetting å beskrive nye organisasjonsmodeller som utvikles for kommunal tjenesteyting og for samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, og å studere effekter av disse modellene som kan avleses etter relativt kort tid (2-3 år). Prosjektet vil tilbakeføre informasjon til brukergruppene, i hovedsak statlige og kommunale beslutningstakere, slik at kunnskapen raskt kan benyttes til læring, korreksjon og videre innovasjon. Prosjektet er et samarbeid mellom Avdeling for helseledelse og helseøkonomi (HELED), Institutt for helse og samfunn ved Universitetet i Oslo, Senter for omsorgsforskning, Østlandet ved Høgskolen i Gjøvik (HiG), Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) og Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR).

Evalueringen er bygd over tre arbeidspakker som hver inneholder flere delprosjekter:

- Arbeidspakke A omfatter casestudier av modeller for tjenesteyting som er under utvikling i forhold til tre tilstander eller diagnosegrupper som har vært særlig fokusert i forbindelse med Samhandlingsreformen: ”Øyeblikkelig hjelp”-tjenester, rehabilitering og forebyggende helsetjenester.
- Arbeidspakke B omfatter analyser av tre nye organisasjonsmodeller og rutiner som er under utvikling: 1) Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak, 2) interkommunale samarbeidsordninger og 3) andre organisatoriske mekanismer og rutiner i samhandlingen mellom sykehus og kommunene.
- Arbeidspakke C omfatter analyser av korttidseffekter av de finansielle virkemidlene i Samhandlingsreformen, i første rekke betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter og kommunal medfinansiering av innleggelser innen medisinske DRG-er.

Dette arbeidsnotatet inngår i Arbeidspakke B.

Oslo, desember 2014

Terje P. Hagen
Prosjektleder (UiO)

Arbeidsnotatet er en kartlegging av interkommunale samarbeid om helse, og inngår i arbeidspakke B2: Interkommunalt samarbeid. Målsettingen med dette delprosjektet er å belyse omfanget av interkommunalt samarbeid i forbindelse med Samhandlingsreformen, og å analysere hvordan det interkommunale samarbeidet virker. Problemstillingene er:

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

Dette arbeidsnotatet er en første rapportering fra arbeidspakken, og tar i første rekke for seg problemstilling 1.

Oslo, desember 2014

Trine Myrvold
Forskningssjef, NIBR

Innhold

Forord.....	1
Tabelloversikt	4
Figuroversikt.....	4
Sammendrag	5
1 Innledning.....	6
2 Samhandlingsreformen og interkommunalt samarbeid	8
3 Datagrunnlag og metode	10
4 Interkommunale samarbeid.....	13
5 Tilskudd til etablering av ø-hjelpstilbud	18
6 Avslutning.....	22
Litteratur.....	23

Tabelloversikt

Tabell 4.1	Andel kommuner som inngår i interkommunalt samarbeid innenfor helse. Prosent (antall i parentes).....	13
Tabell 5.1	Multinomisk logistisk regresjonsanalyse av tilskudd til ø-hjelp.	20

Figuroversikt

Figur 4.1	Interkommunale samarbeid innenfor helse.	14
Figur 5.1	Interkommunale samarbeid innenfor helse.	19

Sammendrag

Trond Tjerbo og Hilde H. Zeiner

Interkommunale samarbeid på helseområdet

NIBR-notat: 2014:106

Notatet kartlegger omfanget av interkommunale samarbeid på helseområdet etter Samhandlingsreformen. Spørsmålene som stilles er: Hvor omfattende er det interkommunale samarbeidet, og hvordan begrunner kommunene slikt samarbeid. Vi opererer med en bred og en snever forståelse av interkommunale samarbeid. Først har vi gått bredt ut, og spurt om kommunenes samarbeid på helseområdet. Interkommunale samarbeid omfatter her alle typer samarbeid mellom to eller flere kommuner på helseområdet, og inkluderer alt fra samarbeid om legevakt og intermediære sengeposter til meldingsutveksling og hospiteringsordninger. I neste omgang har vi snevret inn definisjonen, slik at vi kun spør etter kommunenes samarbeid om øyeblikkelig hjelp.

Vi benytter oss av tre datakilder. 1) Vi har bedt samhandlingskoordinator eller lignende i Helseforetakene om en oversikt over interkommunale samarbeid, i bred forstand, i de respektive foretakenes opptaksområde. 2) Søknader om statlig økonomisk støtte til etablering av ø-hjelpstilbud som benyttes i analysene av interkommunalt samarbeid innenfor ø-hjelp. 3) Eksempler på rapporter, utredninger eller lignende fra ulike interkommunale samarbeidsprosjekter.

Kartleggingen viser at interkommunale samarbeid innenfor helsefeltet er utbredt. Om lag to tredjedeler av kommunene deltar i et interkommunalt samarbeid om helse, og mange av disse samarbeider også på flere områder. Analysene gir foreløpig ikke grunnlag for klare konklusjoner om hvorfor kommuner velger samarbeid fremfor å løse oppgavene på egenhånd. Noen hypoteser og foreløpige funn kan imidlertid utledes. For det første er det grunn til å anta at mange av samarbeidene bygger på tidligere interkommunale samarbeid, spesielt samarbeid om legevaktstjenester. For det andre synes reiseavstander og geografi å være av betydning for hvorvidt kommunene velger å inngå i interkommunale samarbeid på helseområdet eller ei. Ser vi på kommuner som har søkt om eller mottatt støtte til etablering av et kommunalt ø-hjelpstilbud, finner vi at større kommuner er mer tilbøyelige til å være vert for tilbudet eller til å ha søkt alene. Kommuner med større budsjett søker også i mindre grad om tilskudd i samarbeid med andre.

1 Innledning

Iverksettingen av samhandlingsreformen medfører at kommunene har fått et større ansvar innenfor helse. Fra 1. januar 2012 har kommunene det finansielle ansvaret for utskrivningsklare pasienter, og kommunal medfinansiering gjør at kommunene blir belastet for en andel av det deres innbyggers forbruker av (medisinske) spesialisthelsetjenester. Videre er kommunene fra 2016 pålagt å ha egne senger for øyeblikkelig hjelp, heretter omtalt som kommunalt ø-hjelpstilbud. Mot denne bakgrunn kan Samhandlingsreformen også betegnes som en *kommunereform* ettersom den forutsetter at kommunene skal spille en viktigere rolle på helseområdet.

Håndteringen av de nye oppgavene som er lagt til kommunene forutsetter i de fleste tilfeller en oppbygging av det kommunale tjenestetilbudet. I store kommuner anses ikke dette som et problem (Helse og omsorgsdepartementet 2009), men små kommuner kan ha utilstrekkelig fagkompetanse i egen organisasjon til å klare en slik endring. Små kommuner vil også kunne ha større vansker med å håndtere variasjoner i egen befolknings forbruk av spesialisthelsetjenester (Hagen 2009). Det er derfor klare økonomiske og faglige drivkrefter i samhandlingsreformen som peker i retning av etablering av større kommunale enheter. Dette kan oppnås gjennom kommunesammenslåinger eller gjennom økt interkommunalt samarbeid. Ettersom reformen ikke innebar eller forutsatte sammenslåinger, gjenstår interkommunale samarbeid som et alternativ for disse kommunene.

I dette notatet ser vi nærmere på interkommunale samarbeid innenfor helseområdet. Spørsmålene som stilles er: Hvor omfattende er det interkommunale samarbeid, og hvordan begrunner kommunene slikt samarbeid. Vi opererer med en bred og en snever forståelse av interkommunale samarbeid. Først har vi gått bredt ut, og spurt om kommunenes samarbeid på helseområdet. Interkommunale samarbeid omfatter her alle typer samarbeid mellom to eller flere kommuner på helseområdet, og inkluderer alt fra samarbeid om legevakt og intermediære sengeposter til meldingsutveksling og hospiteringsordninger. I neste omgang har vi snevret inn definisjonen, slik at vi kun spør etter kommunenes samarbeid om øyeblikkelig hjelp.

Vi benytter oss av tre datakilder. 1) Vi har bedt samhandlingskoordinator eller lignende i Helseforetakene om en oversikt over interkommunale samarbeid, i bred forstand, i de respektive foretakenes opptaksområde. 2) Søknader om statlig økonomisk støtte til etablering av ø-hjelpstilbud som benyttes i analysene av interkommunalt samarbeid innenfor ø-hjelp. 3) Eksempler på rapporter, utredninger eller lignende fra ulike interkommunale samarbeidsprosjekter.

I det videre arbeidet med dette temaet vil vi fokusere på prosessene som ligger til grunn for etableringen av de interkommunale samarbeidene. Hvilke strategier har kommunene valgt? Hvilke konflikter har eventuelt oppstått og hvordan er disse blitt

løst? I dette notatet konsentrerer vi oss imidlertid om å kartlegge omfanget av interkommunale samarbeid på helseområdet.

2 Samhandlingsreformen og interkommunalt samarbeid

Målsettingene med samhandlingsreformen er flere. De mest sentrale målsettingene er kanskje bedre koordinering mellom de ulike nivåene i helsetjenesten, samt reduksjon av de totale kostnadene. Samhandlingsreformen innebærer at oppgaver og ressurser overføres til kommunene for å styrke det kommunale tjenestetilbudet, samtidig som oppmerksomheten om forebygging, tidlig innsats og koordinering økes. Tanken er at kommunale tjenester, i den grad et er mulig, skal kunne erstatte de dyrere spesialisthelsetjenestene (jf. Helse- og omsorgsdepartementet 2009).

Flere virkemidler har blitt tatt i bruk for å nå disse målene. De viktigste virkemidlene er likevel

- Kommunalt ansvar for utskrivningsklare pasienter
- Kommunal medfinansiering av medisinske DRG-er
- Tilskudd til kommunale akutt plasser

Spørsmålet om kommunestruktur ble satt på dagsorden tidlig i prosessen. Et sentralt spørsmål var om kommunene – gitt en kommunestruktur med mange små kommuner – hadde forutsetninger for å gjennomføre reformen (se blant annet diskusjon i Helse- og omsorgsdepartementet 2009). Det ble også reist spørsmål om alle kommuner hadde like gode muligheter til å håndtere effektene av de foreslåtte virkemidlene. Kommunestørrelse er for eksempel korrelert med evnen til å håndtere svingninger i variasjonen i etterspørsel etter spesialisthelsetjenester (Hagen 2009). Ordningen med kommunal medfinansiering innebærer at kommunene bærer en del av risikoen forbundet med denne variasjonen. Ettersom modellene som legges til grunn for overføringene til kommunene ikke er perfekte, vil det være avvik mellom innbyggernes predikerte forbruk og deres faktiske forbruk av spesialisthelsetjenester. Disse avvikene vil være vanskeligere å håndtere for mindre kommuner enn for større kommuner.

Det ble tidlig klart at eventuelle positive motivasjonseffektene av medfinansiering måtte avveies mot rimeligheten i å legge mer risiko på kommunene. Ideen om generell medfinansiering ble derfor forkastet, og vi endte opp med en modell der flere risikodempende tiltak ble innført. Blant annet ble medfinansiering forbeholdt et utvalg medisinske DRG-er og det ble satt et tak på hva kommunene skulle betale for hver enkelt innleggelse. Likevel vil kommunene fremdeles bære en andel av risikoen forbundet med variasjon i innbyggernes forbruk av medisinske spesialisthelsetjenester. Samtidig øker samhandlingsreformen indirekte kravene til faglig kompetanse, for eksempel når det gjelder pleie av terminale pasienter. Slik

kompetanse kan det være vanskelig for små kommuner å skaffe. Ordningen med kommunal medfinansiering, kombinert med økte krav til kompetanse, kan motivere flere kommuner til å inngå i interkommunale samarbeid.

I så måte knytter spørsmålet om kommunesamarbeid i tilknytning til samhandlingsreformen an til den videre debatten om kommunestruktur og oppgavefordeling mellom stat og kommune. Her kan vi observere et skifte i debatten (Blåka et al. 2013:21): Mens debatten tidligere dreide seg om lokaldemokrati og økonomiske innsparinger, ser dagens debatt ut til å sentrere rundt spørsmålet om «robuste» kommuner, altså om små kommuner har tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å oppfylle sine lovpålagte oppgaver. Hva gjelder kommunenes egne begrunnelser for å inngå samarbeid, er det fire begrunnelser som utmerker seg: å øke kvaliteten på tjenestene, å styrke regionen, å drive utviklingsarbeid over kommunegrensene og økonomisk effektivisering (Leknes et al. 2013). I dette notatet ser vi først og fremst på omfanget av interkommunale samarbeid innenfor helse. Vi er imidlertid også opptatt av hvilke begrunnelser kommunene har for å inngå samarbeid, og hva som kjennetegner samarbeidene.

3 Datagrunnlag og metode

Kartleggingen baserer seg i hovedsak på to datakilder: Helsedirektoratets oversikt over søknader til tilskudd til etablering av kommunale ø-hjelpstilbud, samt helseforetakenes oversikt over interkommunale samarbeid innenfor deres respektive opptaksområder.

Vi har kontaktet samhandlingskoordinator eller tilsvarende i 18 statlige helseforetak,¹ og bedt dem gi en oversikt over påbegynte og planlagte samarbeid i foretakets opptaksområde, hvilke kommuner som samarbeider og hva de samarbeider/planlegger å samarbeide om. Interkommunale samarbeid ble her definert bredt, som alle helserelaterte samarbeid mellom kommunene. Svarene inkluderer alt fra samarbeid om ø-hjelpstilbud, legevakt, intermediære sengeposter og rehabilitering til meldingsutveksling, hospiteringsordninger, folkehelseiltak og samarbeid om forskning. Vi fikk svar fra 14 av 18 foretak. De fire foretakene vi ikke har lyktes å komme i kontakt med er: Helse Møre og Romsdal, Nordlandssykehuset, Universitetssykehuset i Nord-Norge og Akershus Universitetssykehus.

Det er stor variasjon i svarene fra de 14 foretakene vi har vært i kontakt med. Mens enkelte har gitt oss en oversikt over samarbeid og samarbeidende kommuner, har andre vist oss videre til kontaktpersoner i kommunene eller til årsmeldinger og prosjektrapporter. Enkelte har også henvist oss til informasjon på nettsider. Det ligger også andre begrensninger i datamaterialet. Blant annet kan vi ikke si noe om hvordan samarbeidene er organisert eller grad av formalisering. Vi vet ikke om samarbeidene er organisert som interkommunale selskap, etter kommunelovens §27 eller §28 a-e, som samkommune, eller om det dreier seg om mindre formaliserte samarbeid. Med unntak av ø-hjelpssamarbeidene kan vi heller ikke fastslå at samarbeidene følger av Samhandlingsreformen.

Oversikten over tilskudd til etablering av ø-hjelpstilbud ble gitt til oss fra Helsedirektoratet.² Disse dataene gir oss en oversikt over hvilke kommuner som har mottatt tilskudd i 2012 og 2013. Etersom kommunene fortsatt har to år på seg før de er pålagt å sørge for tilbud om døgnopphold til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp, vil mange av de kommunene som ikke har mottatt tilskudd i 2012 og 2013 antagelig motta dette senere. Det er viktig å understreke at disse dataene derfor forteller oss hvilke kommuner som har vært tidlig ute med å søke, og

¹ De 18 foretakene er: Helse Stavanger HF, Helse Fonna HF, Helse Bergen HF, Helse Førde HF, Helse Møre og Romsdal HF, St. Olavs Hospital HF, Nord-Trøndelag HF, Helgelandssykehuset HF, Helse Finnmark HF, Nordlandssykehuset HF, Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN), Akershus Universitetssykehus HF, Sykehuset i Vestfold HF, Sykehuset Innlandet HF, Sykehuset Telemark HF, Sykehuset Østfold HF, Sørlandet sykehus HF, og Vestre Viken HF.

² Takk til Silje Skagen og Torstein Ouren fra Helsedirektoratet, som la til rette og delte disse dataene med oss.

at vi for disse kommunene kan se hvilke det er som samarbeider og hvilke som ikke gjør det. Det at en kommune ikke har søkt om tilskudd betyr med andre ord ikke at kommunene ikke samarbeider med andre kommuner eller at kommunen ikke kommer til å søke om tilskudd.

For enkelte av samarbeidene har vi også fått tilgang til prosjektrapporter. Vi har gjennomgått rapporter fra 15 av samarbeidene, og sett på kommunenes motivasjon for å inngå, eventuelt ikke inngå, interkommunale samarbeid på helseområdet. Vi har identifisert kommunenes begrunnelser, og har klassifisert dem i henhold til følgende dimensjoner:

1. *Effektivitet.* Interkommunale samarbeid begrunnes gjerne med henvisning til stordriftsfordeler, allokeringseffektivitet, 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 n.d.). 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).
2. *Demokrati/ 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). Videre henger spørsmålet om lokalpolitikeres muligheter for demokratisk styring sammen med deres mulighet til å drive lokalsamfunnsutvikling.
3. *Kompetanse.* Samhandlingsreformen skaper behov for arbeidskraft og ny kompetanse i kommunene, samtidig som befolkningsutviklingen mer generelt krever innovasjonskompetanse i form av medisinsk, teknisk, pedagogisk og kulturell kompetanse (Hagen 2011). Samtidig har særlig småkommunene vansker med å tiltrekke seg arbeidskraft med nødvendig kompetanse. En viktig forklaring er at mindre kommuner også har mindre fagmiljø, og dermed ikke kan tilby samme muligheter for faglig utvikling og karriereutvikling som større kommuner eller andre statlige eller private arbeidsgivere (Risan and Zeiner 2012). Gjennom samarbeid med andre kommuner kan også småkommunene få mulighet til å etablere større og mer robuste fagmiljø.
4. *Kvalitet.* Det er rimelig å anta at kommunenes mulighet til å tiltrekke seg kompetent arbeidskraft henger nøye sammen med deres mulighet til å sikre kvalitet i tjenestene. Men kvalitet handler også om muligheten til å foreta investeringer og lignende, og kan således også knyttes til diskusjonen om stordriftsfordeler ved interkommunale samarbeid.

Vi undersøker i hvilken grad kommunene bruker denne typen begrunnelser når de velger å inngå eventuelt ikke inngå i interkommunale samarbeid på helseområdet. Videre ser vi på om kommunene vurderer at interkommunalt samarbeid kan bidra

positivt eller negativt til de ulike dimensjonene, for eksempel hvorvidt interkommunalt samarbeid fører til mer eller mindre kostnadseffektive tjenester. Alt i alt har vi kodet 18 rapporter fra 15 interkommunale samarbeidskonstellasjoner.³ Der det er relevant brukes disse for å utdype eller diskutere funn fra kartleggingen.

Målsettingen er at oversikten både skal få større bredde og dybde i den resterende prosjektperioden. For det første vil kartleggingen kompletteres med en kommunesurvey hvor vi blant annet spør om kommunene inngår i interkommunale samarbeid, og på hvilke områder kommunene samarbeider med andre kommuner. Vi vil også samle inn samarbeidsavtaler fra de 70 kommunene som inngår i Omsorgskommuneutvalget (Omsorgsplan 2015). Til sist vil vi gjennomføre case-studier i et utvalg kommuner. Ved å sammenstille data fra kartleggingen, surveyen, samarbeidsavtalene og casestudiene, ønsker vi å danne et bilde av hvor omfattende interkommunale samarbeid på helseområdet er, hvorvidt samarbeidene har sitt utspring i Samhandlingsreformen, hvordan samarbeidene motiveres, etableres, fungerer og eventuelt endres, samt hvordan konflikter håndteres i samarbeidene.

³ Følgende rapporter er tatt med i utvalget: Stavanger lokalmedisinske senter (2012), Helsehus Nordhordaland (Region Nordhordaland 2012), Samhandlingsreformen i Drammensregionen (Drammensregionen 2012), Sluttrapport Midt-Finnmark Helsehus (Midt-Finnmark Helsehus 2013), Interkommunalt helsesamarbeid Helgeland (Helgeland Regionråd 2008), Helhetlige helsetjenester i Midtre Namdal (Midtre Namdal samkommune 2013), Modell for utvikling av lokalmedisinske tjenester i Knutepunkt Sørlandet kommuner (Knutepunkt Sørlandet 2012), Anbefalinger videre interkommunalt samarbeid Setesdal (Setesdal Regionråd 2012), Tryggere syk hjemme. Prosjektplan for helsereform i Midt-Telemark (Midt-Telemarkrådet 2009), Lokalmedisinsk senter i Mosseregionen – LMS (Mosseregionen 2012), Hovedprosjekt Hallingdal Lokalmedisinske Senter. Prosjektrapport (Regionråd 2012), Helseløft for Kongsbergområdet. Årsrapport 2012 (Kongsbergregionen 2012), Rehabiliteringssenger i kommunane (Eidfjord kommune, Ullensvang Herad, Odda kommune, Helse Fonna, Odda sjukehus 2012), Ny organisering av legevakttilbudet i Hardanger og Voss (Delprosjektet legevakt i Hardanger og Voss n.d.), Forstudierapport interkommunal legevakt for Bømlo, Stord og Fitjar (Bømlo kommune, Fitjar kommune 2012), Kortidsbehandling, observasjonspostar og LMS (Stord kommune, Bømlo kommune, Fitjar kommune, Helse Fonna n.d.), og Prosjekt samhandling – et samarbeidsprosjekt mellom kommunene Gjesdal, Klepp og Time. Prosjektrapport, del 1 – utredningsfasen (Gjesdal kommune, Klepp kommune, Time kommune 2012).

4 Interkommunale samarbeid

Vi starter med å se nærmere på omfanget av interkommunalt samarbeid basert på den kartleggingen vi har gjort via helseforetakene. De foretak vi ikke har lyktes i å få tak i informasjon fra er Ahus, Helse Nordmøre og Romsdal, Nordlandssykehuset, samt UNN. Kommunene i disse foretakenes opptaksområde er utelukket fra analysene. Tabell 4.1 viser andelen av kommunene som er en del av et interkommunalt samarbeid innenfor helse. Vi har her gått bredt ut, og spurt etter alle former for interkommunale samarbeid på helseområdet, uavhengig av område eller grad av formalisering.

Tabell 4.1 *Andel kommuner som inngår i interkommunalt samarbeid innenfor helse. Prosent (antall i parentes).*

Samarbeider ikke	35,4 (130)
Samarbeider	64,6 (237)
N	100 (367)

Om lag 65 prosent av kommunene er en del av et interkommunalt samarbeid. Det er en høy andel. Ettersom det er mer sannsynlig at det er samarbeid vi ikke har fanget opp, enn at vi har registrert samarbeid som ikke er reelle, er dette antagelig også et konservativt anslag. De fleste kommuner er med i ett eller flere interkommunale samarbeid innenfor helse. I Kommunaldepartementets organisasjonsdatabase⁴ finner vi at innenfor renovasjon (77,8), brannvesen (47) og revisjon (88) er andelen som samarbeider også høyt (Blåka, Tjerbo og Zeiner 2012). I kartleggingen fra 2012 ble det også spurt om samarbeid om legevakt, og her svarte 66,1 prosent av kommunene at de løste denne oppgaven gjennom interkommunalt samarbeid.

Det er nærliggende å anta at mange av de samarbeidene som er/blir inngått om interkommunalt samarbeid etableres mellom kommuner som allerede inngår i et samarbeid om legevaktstjenester. Prosjektrapportene fra samarbeidene tyder da også på at legevaktsamarbeid er en viktig brikke i interkommunale samarbeid om helse. Inntrykket er at kommunene responderer på samhandlingsreformen enten ved å bygge på allerede eksisterende legevaktsamarbeid, eller ved å utrede behov og muligheter for samarbeid om legevaktstjenester (se for eksempel Bømlo kommune,

⁴ Kommunal- og regionaldepartementet (nå Kommunal- og moderniseringsdepartementet) etablerte i 1995 en database over kommunale og fylkeskommunale organisasjonsdata for å få bedre oversikt over kommunenes organisasjonsendringstiltak, herunder spørsmål om organisering av kommunal tjenesteproduksjon. Kommunene er blant annet bedt om å svare på hvorvidt de løser sine oppgaver på utvalgte områder alene, sammen med andre kommuner eller gjennom kjøp fra private. Databasen oppdateres hvert fjerde år, etter hvert kommunestyre- og fylkestingsvalg. Databasen ble sist oppdatert i 2012, og resultatene fra denne undersøkelsen er oppsummert i Blåka, Tjerbo og Zeiner (2012).

Fitjar kommune 2012; Delprosjektet legevakt i Hardanger og Voss n.d.; Helgeland Regionråd 2008). Det kan tyde på at de samarbeidene som blir etablert på grunn av samhandlingsreformen i stor grad innebærer en videreutvikling av et eksisterende samarbeid.

Figur 4.1 *Interkommunale samarbeid innenfor helse.*



Figur 4.1 viser de samarbeidene vi har registrert. De fargede områdene er Bo- og arbeidsmarkedsregioner (BA-regioner) basert på en inndeling gjort av NIBR (Gundersen and Juvkam 2013). Vi vet ikke hvor mange av disse samarbeidene som er inngått etter samhandlingsreformen, men det er nærliggende å anta samhandlingsreformen er en drivkraft bak flere av dem. For eksempel refererer prosjektrapportene hyppig til reformen og de føringer den legger på helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Videre viser enkelte av rapportene til de økonomiske incentiver og støtteordninger som følger av reformen når behovet for å bygge opp det kommunale tjenestetilbudet diskuteres. Eksistens eller fravær av økonomiske støtteordninger brukes også som argument for å iverksette eller eventuelt ikke iverksette konkrete tiltak (Drammensregionen 2012; Midt-Finnmark

Helsehus 2013; Prosjekt Stavanger lokalmedisinske senter 2012; Region Nordhordaland 2012).⁵

Det kan se ut som geografi er en viktig variabel for å forklare eksistensen av interkommunalt samarbeid. Interkommunale samarbeid innenfor helse er mindre utbredt nord i landet enn sør i landet. Riktignok har vi ikke data fra to store helseforetak som til sammen utgjør 50 prosent av foretakene i Nord-Norge, men som vi vil vise senere gjør det samme mønsteret seg gjeldende innenfor ø-hjelp. Vi tror derfor at geografi er en vesentlig faktor. Kanskje er det større reiseavstander som gjør samarbeid innenfor for eksempel legevakt og andre områder til et mindre relevant alternativ? Prosjektrapportene peker i retning av en slik forklaring. Mens effektiviserings- eller rasjonaliseringsgevinster, fagmiljø og kvalitet er de viktigste begrunnelsene *for* å inngå interkommunale samarbeid om helse, er avstand helt klart den hyppigste begrunnelsen for *ikke* å gjøre det. Prosjektet Midt-Finnmark Helsehus konkluderer for eksempel med at en hovedårsak til at « et varig samarbeid mellom de fire MFH kommunene om utvalgte tjenester ikke har vist seg å være kostnads-effektive er store geografiske avstander» (Midt-Finnmark Helsehus 2013:2). Andre viser til lang reisevei for pasientene som et hinder for eller ulempe med interkommunal legevakt eller andre former for helsesamarbeid over kommunegrensene (se for eksempel Helgeland Regionråd 2008), selv om enkelte likevel vurderer at fordelene med interkommunal legevakt oppveier den ulempen lengre reisevei vil ha for innbyggerne (Bømlo kommune, Fitjar kommune 2012; Eidfjord kommune, Ullensvang Herad, Odda kommune, Helse Fonna, Odda sjukehus 2012).

I prosjektrapportene finner vi ulike begrunnelser for å inngå eller ikke inngå interkommunale samarbeid på helseområdet. På bakgrunn av tidligere studier av interkommunalt samarbeid har vi utledet fire kategorier av begrunnelser (Jacobsen 2010; Leknes et al. 2013): effektivitet, demokrati/lokalsamfunnsutvikling, kvalitet og kompetanse. Vi har deretter gjennomgått et utvalg rapporter fra interkommunale samarbeidsprosjekter på helseområdet for å se hvorvidt og hvordan disse begrunnelsene spiller inn i vurderinger av ulike løsninger. Vi har kodet tekstsegment ut fra om de knytter seg til de fire begrunnelsene, og hvorvidt de presenteres som argument for eller mot samarbeidsløsninger.

Effektivitet dreier seg i første rekke om kostnadseffektive løsninger eller økonomisk effektivisering. I forbindelse med Samhandlingsreformen dreier dette seg særlig om begrunnelser knyttet til stordriftsfordeler, risikofordeling og effektiv kapasitetsutnyttelse. Rapportene tyder på at effektiv ressursutnyttelse 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

⁵ For eksempel fremhever prosjektgruppen for Helsehus i Nordhordaland Helsedirektoratets støtteordning for etablering av et ø-hjelpstilbud, samt investeringstilskudd fra Husbanken, som argument for å etablere et Helsehus i regionen. Samtidig skisserer prosjektgrupper ulike samarbeidsprosjekter som holdes utenfor Helsehuset. Ikke fordi «desse områda er uinteressante å samarbeidet om framover», men på grunn av «manglende tydelege økonomiske incentiver» (Region Nordhordaland 2012:18). Listen over slike samarbeidstiltak inkluderer rehabiliteringsavdeling med døgnplasser og ambulante tjenester, lærings- og mestringstjenester, interkommunal jordmortjeneste og interkommunalt barnevern.

ressurstilgang innenfor helse- og omsorgstjenestene» (Setesdal Regionråd 2012:5). 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 2012:18), 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 n.d.:7).

Vi ser således at effektivitet gjerne ses i sammenheng med spørsmål knyttet til tjenestetilbudets kvalitet og behovet for å sikre et tilstrekkelig stort og stabilt fagmiljø. Mens dagens «helse- og omsorgstjenester stiller krav om høy kompetanse innenfor flere fagområder og på flere plan», er «det pr. i dag (...) liten grad av samhandling for å nyttiggjøre kompetansen på tvers av kommunegrensene» (Setesdal Regionråd 2012:5). Manglende samarbeid på tvers av kommunegrensene påvirker fagmiljø og kommunenes muligheter for å rekruttere fagpersonell, noe som igjen har betydning for kvalitet. I kommunene Klepp, Time og Gjesdal uttrykker de det slik:

«Bakgrunnen for å foreslå dette tiltaket, er at det blir en utfordring i årene som kommer å kunne skaffe nødvendig personell til helse- og omsorgstjenestene både når det gjelder omfang og kompetanse. Større fagmiljø vil være et fortrinn i konkurransen om nødvendig arbeidskraft. Kommunene sammen vil ha større gjennomslag overfor læreinstusjonene for å få skreddersydde tilbud, tilpasset kommunenes behov» (Gjesdal kommune, Klepp kommune, Time kommune 2012:23).

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 2012:19). Når kommunene samarbeider vil hver enkelt kommune imidlertid «nytte godt av kvarandre sin kompetanse og ulike kommunar kan «bli gode» på ulike oppgaver/fagområder. Det kan være krevjande for små kommunar å ha nok kapasitet og kompetanse innanfor ulike fagområder» (Eidfjord kommune, Ullensvang Herad, Odda kommune, Helse Fonna, Odda sjukehus 2012:21).

Demokrati og lokalsamfunnsutvikling har vært sentrale tema i debatten om interkommunale samarbeid, og brukes som argument både for og mot interkommunale løsninger. På den ene siden blir interkommunale løsninger gjerne fremhevet som et alternativ til kommunesammenslåinger i stor skala, og demokratisk nærhet og tilhørighet brukes da gjerne som et argument for å beholde dagens kommunestruktur (Blåka et al. 2013). På den annen side er det en oppfatning av at interkommunale samarbeid medfører demokratisk underskudd (Andersen 2011).

Demokratiperspektivet synes imidlertid å være helt fraværende fra debatten om samhandlingsreformen, kommunenes nye oppgaver og interkommunale helsesamarbeid. Ingen av rapportene diskuterer de demokratiske aspektene ved interkommunale samarbeid. Derimot 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 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).

Sett under ett kan vi utlede følgende antakelser om interkommunale helsesamarbeid på grunnlag av våre data: For det første vil avstand være en viktig faktor for å forklare hvorvidt en kommune velger å inngå i samarbeid med andre kommuner. Dersom innbyggerne får lang reisevei, vil grunnlaget for samarbeid ikke være til stede. Hvorvidt kommunen vurderer å ha tilstrekkelige ressurser for å ivareta oppgavene innenfor egne grenser kan være en annen faktor. Men som vi har sett har ikke variabler knyttet til kommunens totale budsjett, satsing på pleie- og omsorg, antall innbyggere og befolkningstetthet signifikant effekt på samarbeid. Før vi kan konkludere med at disse variablene ikke har en effekt, må analysene og modellene utbedres ytterligere. Vi vil gjøre dette i den resterende prosjektperioden. En problemstilling som vil være interessant i det videre arbeidet er også hvordan kommunens ressurser påvirker organisering og iverksetting av samarbeidet. Effektiv ressursutnyttelse, kompetanse og kvalitet synes å være de viktigste begrunnelsene for å inngå samarbeid, mens demokratispektet synes å være mer eller mindre fraværende i diskusjonene.

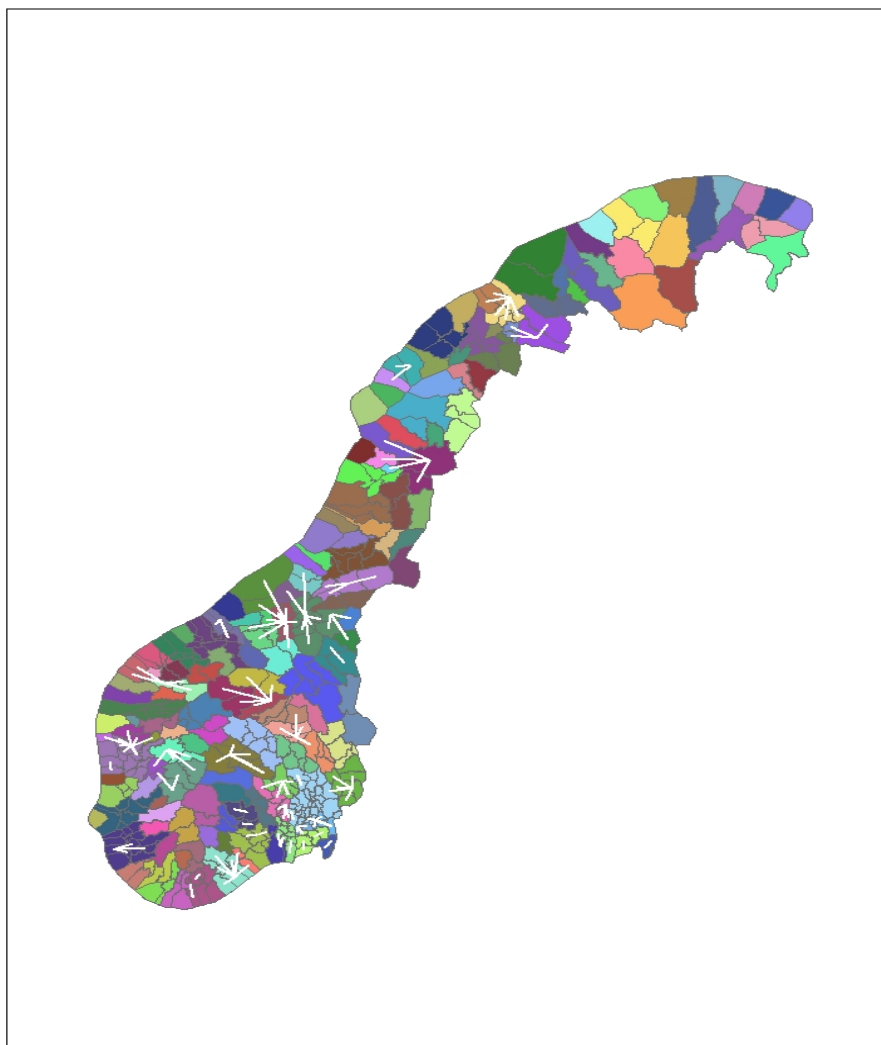
5 Tilskudd til etablering av ø-hjelpstilbud

Kommunene er pålagt å bygge opp et tilbud innenfor ø-hjelp i perioden 2012-2015. Flere kommuner har allerede startet dette arbeidet. Helsedirektoratet forvalter en ordning der kommunene kan motta støtte til utvikling av tilbudet, og vi har fått tilgang til en oversikt over kommunene som har søkt om tilskudd til å etablere ø-hjelpstilbud. Nesten halvparten av kommunene (203) har søkt og/eller mottatt midler til dette formålet i 2012 eller 2013.⁶ For vårt formål er det spesielt interessant hvordan kommunene velger å organisere dette tilbudet, altså om de velger å etablere et tilbud sammen med andre kommuner eller om de velger å starte opp et eget tilbud. Det viser seg at om lag 3 av 4 kommuner har valgt å etablere ø-hjelpstilbudet i samarbeid med andre kommuner, noe som tyder på at interkommunale samarbeid er en foretrukket organisatorisk løsning.

Figur 5.1 viser disse samarbeidene. De fargede områdene er Bo- og arbeidsmarkedsregioner (BA-regioner) basert på en inndeling gjort av NIBR (Gundersen and Juvkam 2013).

⁶ På oppdrag fra KS har Deloitte kartlagt status og erfaringer fra kommunenes etablering av øyeblikkelig hjelp-tilbud. Resultatene fra denne kartleggingen stemmer godt overens med våre tall. Deloitte finner at noe over halvparten av kommunene er godt i gang med etableringen av et kommunalt ø-hjelpstilbud, og at 3 av 4 kommuner har inngått interkommunale samarbeid om ø-hjelp (Baaske et al. 2013).

Figur 5.1 *Interkommunale samarbeid innenfor helse.*



Også her ser vi – ikke overraskende – at det er mer samarbeid i Sør-Norge enn i Nord-Norge. La oss nå se på hva som kjennetegner de kommunene som har valgt å løse dette gjennom samarbeid med andre kommuner. Vi ser her nærmere på de kommunene som har mottatt tilskudd i 2012 og 2013. Noen av disse kommunene har søkt alene, mens andre har søkt i samarbeid med andre kommuner. For de av kommunene som har søkt i samarbeid med andre kommuner finner vi en vert eller en kommune der tilbudet skal lokaliseres. Dette har vi betegnet som vertskommunen. Merk likevel at vertskommune her ikke nødvendigvis innebærer at det er vertskommunemodellen i kommuneloven som er det juridiske grunnlaget for samarbeidet. Verten er her den kommunen som har sendt inn søknaden (og oppgitt eventuelle samarbeidspartnere).

Det er ikke åpenbart hvordan disse dataene best bør analyseres. Skal vi for eksempel ha alle kommuner som N eller bare de kommunene som har mottatt tilskudd? Vi har forsøkt ulike alternativer, og endt opp med multinomisk logistisk regresjonsanalyse

der den avhengige variabelen har fire kategorier: ikke mottatt tilskudd, mottatt tilskudd – alene, mottatt tilskudd – vert eller mottatt tilskudd – samarbeider. Referansekategorien er «ikke mottatt støtte».

Tabell 5.1 *Multinomisk logistisk regresjonsanalyse av tilskudd til ø-hjelp.*

	Mottatt tilskudd – alene		Mottatt tilskudd – vert		Mottatt tilskudd – samarbeider		Likelihood ratio test
	OR	P (Wald)	OR	P (Wald)	OR	P (Wald)	
Folkemengde (log)	3,068	0,00	3,720	0,000	0,627	0,017	0,000
Budsjett per capita	1,004	0,786	0,988	0,619	0,978	0,018	0,067
Andel 80+	1,100	0,528	1,317	0,155	1,125	0,229	0,376
Sentralitet1 ^a	0,892	0,828	0,573	0,469	0,419	0,076	0,280
Sentralitet2	0,562	0,280	0,425	0,231	1,151	0,689	0,416
Sentralitet3	0,316	0,047	0,587	0,449	2,232	0,016	0,004
Endring -2LL	110,900 df=18 p=0,000						
Goodness of fit	1182,450 df=1260 p=0,941						

^aReferansekategori er minst sentrale kommuner

Folkemengden i kommunene er signifikant i alle de tre tilfellene. Oddsen for at en kommune skal ha mottatt tilskudd alene eller som vert øker når folketallet øker. Oddsen for å ha mottatt tilskudd som samarbeidende part, uten å være vert, øker når folketallet synker og når budsjett per capita reduseres. For de to andre kategoriene er effekten av budsjettet ikke signifikant. Dette er potensielt en interessant effekt. En kan tenke seg kommuner som har et godt utbygd tjenestetilbud innenfor helse vil være mer tilbakeholdne med å inngå samarbeid med andre kommuner av strategiske grunner. Resultatene av denne analysen gir riktignok ikke grunnlang for å trekke slutninger om dette. Antakelsen finner likevel en viss gjenklang i kommunenes egne begrunnelser for å inngå eventuelt ikke inngå samarbeid. I en av rapportene vi har gjennomgått vises det for eksempel til at kommunene kan vurdere behovet for samarbeid «ut fra egne strategiske vurderinger, blant annet ønske om å beholde personell, kompetanse og selvstendighet» (Midtre Namdal samkommune 2013:7). Samtidig vil andre interkommunale samarbeid begrunnes nettopp ut fra strategiske betraktninger om samarbeidets betydning for lokalsamfunnsutvikling. I Nord-Hordaland begrunnes for eksempel et felles interkommunalt helsehus blant annet med at prosjektet «vil kunne være viktig for samhandling, regional utvikling og initiativ i regionen» (Region Nordhordaland 2012:15), og det forutsettes at prosjektet vil bidra til å «skape en attraktiv arbeidsplass, sentrumsutvikling av Knarvik som regionalt tyngdepunkt» (Region Nordhordaland 2012:11).

Vi ser også at effekten av dummyen «sentralitet3», altså de mest sentralt beliggende kommunene, har en positiv og signifikant effekt. Dette støtter opp under konklusjonen vi trakk basert på de beskrivende analysene gjort tidligere i notatet: Når vi ser på utbredelsen av samarbeid geografisk er det en tydelig tendens til at det er mer samarbeid i sentralt beliggende strøk. OR for den samme variabelen for å ha

mottatt tilskudd alene er 0,316, hvilket tyder på at disse kommunene i mindre grad søker om støtte til å etablere et tilbud alene. Det er, med andre ord, klare indikasjoner på at geografi og beliggenhet er viktig for interkommunalt samarbeid. Dette er ikke overraskende. Det er vanskeligere å samarbeide om ø-hjelpstilbud dersom avstanden og reisetiden mellom kommunene er høy.

6 Avslutning

Interkommunalt samarbeid innenfor helsefeltet er utbredt. Basert på innhentet informasjon om interkommunale samarbeid fra helseforetakene deltar omtrent 65 prosent av kommunene i et interkommunalt samarbeid. Mange av disse samarbeider også på flere områder. Vi tror mange av disse samarbeidene bygger videre på andre samarbeid, spesielt samarbeid om legevaktjenester. Dataene og analysene som er gjennomført her gir likevel ikke tilstrekkelig grunnlag for klare konklusjoner om dette. Denne antagelsen bør derfor først og fremst sees som en hypotese som vi vil teste i det videre arbeidet i prosjektet.

Når det gjelder hva som forklarer hvorvidt kommuner velger å inngå i et samarbeid eller ikke, så ser det ut som geografi er den viktigste forklaringsfaktoren. Dette er basert på de beskrivende analysene. De multivariate analysene viser ingen signifikante sammenheng mellom grunnleggende trekk ved kommunen og hvorvidt den inngår i et interkommunalt samarbeid. Vi ser likevel at det er færre samarbeid i Nord-Norge enn det er i Sør-Norge, noe som indikerer at reiseavstander og geografi er av betydning for interkommunale samarbeid. En gjennomgang av et utvalg prosjektrapporter viser at det særlig er økonomiske og faglige hensyn som blir vektlagt av kommunene forut for etableringen av interkommunale samarbeid. Demokratihensyn er ikke et tema i de rapportene vi har sett på. Lokalsamfunnsutvikling er mer vektlagt, men brukes som tidligere nevnt som et argument både for interkommunalt samarbeid og mot interkommunalt samarbeid.

Analysene av søknadsdataene om tilskudd til etablering av ø-hjelpstilbud viste at store kommuner er mer tilbøyelige til å være vertskommuner eller til å ha søkt alene. Kommuner med et større budsjett er også mindre tilbøyelige til å ha søkt om tilskudd i samarbeid med andre.

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.
- Baaske, Matthias, Kristin Horn Bringedal, Hein Enger Halvorsen, and Helge Torgersen. 2013. *Øyeblikkelig Hjelp Døgntilbud I Kommunene - Kartlegging Av Status Og Erfaringer I Norske Kommuner Som et Ledd I Samhandlingsreformen*. Oslo.
- Blåka, Sara et al. 2013. *Framtidens Kommune - Kriterier for Politisk Oppslutning*. NIBR-Rapport 2013:21. Oslo: NIBR.
- Blåka, Sara, Trond Tjerbo, and Hilde H. Zeiner. 2012. *Kommunal Organisering 2012*. Oslo: NIBR.
- Bømlo kommune, Fitjar kommune, Stord kommune. 2012. *Forstudierapport Interkommunal Legevakt for Bømlo, Fitjar Og Stord. Tilstadesvakt for Lege På Nat*.
- 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. n.d. *Ny Organisering Av Legevakttilbodet 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*.
- Eidfjord kommune, Ullensvang Herad, Odda kommune, Helse Fonna, Odda sjukehus, Høgskolen Stord/Haugesund. 2012. *Rehabiliteringssenger I Kommunane. Helsetorgmodellen. Delrapport*.
- Erichsen, Alexander Berg. 2013. "En Samfunnsøkonomisk Vurdering Av Gevinster Og Kostnader Ved Interkommunalt Samarbeid: Med Spesielt Fokus På Interkommunale Selskap (IKS)."
- Gjesdal kommune, Klepp kommune, Time kommune. 2012. *Prosjekt Samhandling - et Samarbeidsprosjekt Mellom Kommunene Gjesdal, Klepp Og Time. Prosjektrapport 1, Del 1 - Utredningsfasen*.
- Gundersen, Frants, and Dag Juvkam. 2013. *Inndelinger I Senterstruktur, Sentralitet Og BA-Regioner*. Oslo: NIBR.
- Hagen, Kåre. 2011. *Innovasjon I Omsorg*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste. Informasjonsforvaltning.

- Hagen, Terje P. 2009. *Modeller for Kommunal Medfinansiering Av Spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Universitetet i Oslo, Helseøkonomisk forskningsprogram.
- Helgeland Regionråd. 2008. *Interkommunalt Helsesamarbeid Helgeland*.
- Helse- og omsorgsdepartementet. 2009. *Sambhandlingsreformen: Rett Behandling - På Rett Sted - Til Rett Tid*. Oslo: Regjeringen.
- 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." in *Developments in Local Government Finance: Theory and Policy*, edited by Giancarlo Pola, George France, and Rosella Levaggi. Cheltenham: Edward Elgar.
- Knutepunkt Sørlandet. 2012. *Modell for Utvikling Av Lokalmedisinske Tjenester I Knutepunkt Sørlandet Kommuner*.
- Kongsbergregionen. 2012. *Helseløft for Kongsbergområdet. Årsrapport 2012*.
- Langørgen, Audun, Rolf Aaberge, and Remy Åserud. 2002. "Kostnadsbesparelser Ved Sammenslåing Av Kommuner."
- Leknes, Einar et al. 2013. *Interkommunalt Samarbeid. Konsekvenser, Muligheter Og Utfordringer. Rapport IRIS - 2013/008*. Stavanger: IRIS, International Research Institute of Stavanger.
- Midt-Finnmark Helsehus. 2013. *Sluttrapport*.
- Midtre Namdal samkommune. 2013. *Sambhandlingsreformprosjektet Helhetlige Helsetjenester I Midtre Namdal 2010-2013. Sluttrapport Prosjektgruppen*.
- Midt-Telemarkrådet. 2009. *Tryggere Syk Hjemme. Prosjektplan for Helsereform I Midt-Telemark*.
- Mossregionen. 2012. *Lokalmedisinske Senter I Mossregionen - LMS*.
- Prosjekt Stavanger lokalmedisinske senter. 2012. *God Helse for Alle. Rapport 2012*.
- Region Nordhordaland. 2012. *Rapport 2012: Forprosjekt Helsehus I Nordhordaland*.
- Regionråd, Hallingdal. 2012. *Hovedprosjektet Hallingdal Lokalmedisinske Senter. Prosjektrapport*.
- Risan, Lars, and Hilde Zeiner. 2012. *Overordnet Planlegging Og Akademisk Kompetanse I Norske Kommuner*. Oslo: NIBR. Retrieved (<http://www.nibr.no/pub1535>).
- Setesdal Regionråd. 2012. *Anbefalinger Videre Interkommunalt Samarbeid. Lokalmedisinske Tjenester Setesdal*.
- Stord kommune, Bømlo kommune, Fitjar kommune, Helse Fonna, Høgskolen Stord/Haugesund. n.d. *Forprosjektrapport Om: "Korttidsbehandling, Observasjonsplassar Og LMS (Lærings- Og Meistringsstrategi)"*.
- Sørensen, Rune Jørgen. n.d. "Hvorfor Har vi Så Mange Små Kommuner?"