

Interkommunalt samarbeid om døgnåpne kommunale akutenheter og legevakt: Tar helsekommunen form?

Trond Tjerbo og Marianne Sundlisæter Skinner

Sammendrag

Fra og med 2016 skal alle norske kommuner ha opprettet kommunale akutte døgnenheter (KAD). I denne artikkelen ser vi på omfanget av samarbeid om KAD og legevakt, samt grad av overlapping innen disse samarbeidene. Studien er basert på et datasett som dekker alle landets 428 kommuner. Analysene viser at interkommunalt samarbeid er utbredt, og at overlapping er vanlig. Vi finner at nærhet til sykehus er forbundet både med interkommunalt samarbeid og hvorvidt en kommune er en del av overlappende samarbeid. Avslutningsvis diskuterer vi mulige implikasjoner av våre funn for spørsmål knyttet til kommunestruktur og lokal styring.

Nøkkelord: Samhandlingsreformen, kommunehelsetjenesten, KAD; overlapping, kommunal organisering, transaksjonskostnader

Abstract

Intermunicipal cooperation in Norwegian healthcare: Is the «healthcare municipality» taking shape?

As of 2016, all Norwegian municipalities are obliged to provide 24-hour acute services to their citizens (municipal acute bed units – MAUs). These services can be provided in cooperation with other municipalities or alone. In this article, we focus on intermunicipal cooperation on MAUs and out-of-hours services and the degree to which these

intermunicipal cooperation arrangements overlap. The analysis is based on complete data on the organisation of both services. Our results show that intermunicipal cooperation is widespread for both services and that overlap is common. We also find that both the likelihood of cooperating and the likelihood of being part of an overlapping network are related to the municipality's geographical proximity to a hospital. In the concluding part of the article, we relate our findings to theoretical questions based on strong or weak ties in networks. We also ask what the implications of our findings may be for municipal structure and local governance.

Key words: Coordination Reform; municipal health service; community hospitals; out-of-hours services; municipal organization; transaction costs

Innledningⁱ

Vil samhandlingsreformen utløse endringer i kommunestrukturen? Innføringen av reformen ble sett i sammenheng med kommunestruktur. Dette gjaldt spesielt den forbigående ordningen med kommunal medfinansiering av sykehusinnleggelser, som medførte en betydelig økonomisk risiko for mindre kommuner. Svingninger i etterspørselen etter helsetjenester fra år til år gir større utslag for kommuner med lavt folketall enn for kommuner med høyt folketall. Evnen til å bære denne risikoen er derfor nært forbundet med folketall (Hagen, 2009), og den styrkes ved sammenslåing eller interkommunalt samarbeid. Da regjeringen Solberg fjernet kommunal medfinansiering i 2015, forsvant denne, kanskje viktigste, motivasjonen for interkommunalt samarbeid. Det er imidlertid også andre sider ved samhandlingsreformen som gir incentiver til interkommunalt samarbeid, som også kan ha implikasjoner for kommunestruktur.

Fra og med 2016 skal alle norske kommuner ha opprettet tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold – gitt i såkalte kommunale akutte døgnenheter (KAD). Opprettelsen av kommunale akutenheter forutsetter at det etableres infrastruktur, og at det rekrutteres kompetent personell, noe som kan være vanskelig for små kommuner. Også her er det derfor argumenter for interkommunalt samarbeid. Samarbeid gjør at også små kommuner kan få stordriftsfordeler. Det empiriske formålet med denne artikkelen er å kartlegge utbredelsen av interkommunale samarbeid om kommunalt akutt døgntilbud og legevakt samt graden av overlapping mellom disse samarbeidene. Vi spør imidlertid også om hva de styringsmessige implikasjonene av våre funn er, spesielt for debatten om kommunestruktur.

Vi starter med å presentere en teoretisk ramme for en kommunes valg om å samarbeide eller ikke. Deretter presenterer vi våre data og resultatene fra analysene. Til slutt diskuterer vi hvilke implikasjoner våre funn har for spørsmål knyttet til kommunestruktur og lokal styring.

Hvorfor samarbeide?

Å samarbeide eller ikke samarbeide er sjelden kun et *instrumentelt* valg. For eksempel kan spørsmål om kommunal eller lokal identitet også spille inn i en avgjørelse. For formålene i denne artikkelen tar vi det imidlertid som en forutsetning at valget mellom å samarbeide eller ikke samarbeide er et instrumentelt valg. Gevinsten av å samarbeide må være høyere enn kostnaden for alle partene (Feiock, 2007). Nyten av å samarbeide er gjerne knyttet til stordriftsfordeler og forbedret evne til å bære økonomisk risiko, mens kostnadene ved å samarbeide kan forstås som transaksjonskostnader.

Transaksjonskostnader er de kostnadene som er forbundet med å gjennomføre et bytte. Disse kostnadene øker med mer usikkerhet om f. eks. fremtidig etterspørsel etter tjenester, eller dersom en av aktørene må gjennomføre *transaksjonsspesifikke investeringer* – investeringer som ikke på en enkel måte kan omdisponeres til andre formål (Williamson, 1981:555; se også Douma og Schreuder 2013 kapittel 8). Transaksjonskostnadene påvirker aktørers valg av styringsform (Williamson, 1981, 1985). Frykten for opportunistisk atferd av kontraktspartnere bidrar også til å øke transaksjonskostnadene. Dersom kostnadene ved å regulere et bytte mellom to aktører blir høyere enn nytten, vil en aktør (f. eks. en kommune) i stedet velge å tilby tjenestene selv. Dersom tjenestene skal kjøpes fra eller driftes i samarbeid med andre (kommuner), innebærer det i praksis at et (interkommunalt) samarbeid etableres. Størrelsen på transaksjonskostnadene må veies mot fordelene ved å samarbeide, slik som stordriftsfordeler og bedre evne til å håndtere økonomisk risiko.

Trekk ved tjenesten (helse), usikkerhet og risiko, hvor transaksjonsspesifikke investeringene som må gjøres er og målbarhet knyttet til tjenestene, vil påvirke transaksjonskostnadene (Carr, LeRoux & Shrestha, 2009; Feiock, 2007; Tavares & Feiock, 2014; Williamson, 1981). Blir de antatte transaksjonskostnadene høyere enn den forventede nytten av å samarbeide, vil en kommune tilby tjenestene selv.

Konsekvensene av mangelfull kvalitet ved helsetjenestene blir fort synlige og potensielt alvorlige for enkeltpersoner. Derfor vil kostnadene forbundet med å regulere kjøp av tjenester være høyere enn hva tilfellet er for tjenester som eksempelvis renovasjon eller

revisjonstjenester. Internasjonale studier viser også at tjenester som er en del av kjerneområdene til en kommune (branntjenester, kriminalitetsforebygging osv.), oftere blir produsert i egen organisasjon (Tavares & Camões, 2007). Det samme viser norske studier (Blåka, Tjerbo & Zeiner, 2012). I de tilfeller der kommuner tilbyr kollektive goder, slik som branntjenester og kriminalitetsforebygging, er det at disse godene er kollektive en hovedbegrunnelse for kommunal tjenesteproduksjon. Helsetjenester er i hovedsak ikke kollektive goder. Transaksjonskostnadene ved å kjøpe tjenester fra private aktører kan likevel være høyere enn kostnadsbesparelsen. Dette er tjenester der kostnadene ved opportunistisk atferd av en kontraktør er høye. I tillegg er det ikke alltid mulig å avdekke slik atferd av en kontraktspartner. Målbarhet handler nettopp om hvor enkelt det er å evaluere kvaliteten på det som produseres, og å overvåke den andre partens handlinger. Når dette er vanskelig, øker transaksjonskostnadene; det blir tidkrevende og kostbart å overvåke og håndheve avtalen.

Hvilke investeringer som må gjøres for å etablere et samarbeid, vil også påvirke transaksjonskostnadene. Dette gjelder spesielt når en av aktørene må foreta en investering med høy transaksjonsspesifisitet, som for eksempel bygging av nye lokaler, innkjøp av utstyr eller investering i personell med rett kompetanse. Dersom en aktør må gjennomføre en investering som har liten verdi utenfor den aktuelle kontrakten, vil hun kvie seg for å inngå et samarbeid av frykt for at den andre parten kan presse henne på pris etter at investeringen er gjort. Størrelsen på en kommune vil påvirke evnen både til å gjøre investeringer og håndtere usikkerhet knyttet til de samme investeringene. En liten kommune vil ha større vansker med å finne alternativ bruk for en investering dersom det blir nødvendig. Overført til vårt tilfelle kan vi si at etablering av en KAD vil være en relativt sett større investering dess mindre en kommune er. I tillegg vil større kommuner i større grad kunne utnytte investeringen (sengeplassene) på andre måter dersom innholdet i sentrale myndigheters krav til kommunale akutenheter endres, eller det viser seg at f. eks. fastlegene ikke henviser til/bruker KAD-sengene. Ved å knytte etableringen av akutenheten til et eksisterende, lignende tilbud, reduseres transaksjonskostnadene. Investeringen kan bli mindre, og den kan bli mindre risikofylt.

Å samarbeide med aktører man kjenner, både innenfor helsesektoren og andre sektorer, bidrar til lavere transaksjonskostnader ved at tillit utvikles og at usikkerheten om den andres preferanser reduseres. På denne måten reduserer en videreutvikling av eksisterende samarbeid transaksjonskostnadene. Å bygge på eksisterende samarbeid gjør også at man kan benytte infrastruktur som allerede er etablert. Vi forventer derfor høy grad av overlapping i interkommunalt samarbeid om kommunalt akutt døgntilbud og legevakt. Alternativet – å bygge nye samarbeid mellom mer likeverdige parter – vil kreve mer koordinering og gi høyere usikkerhet knyttet til de investeringene som må gjennomføres. Det vil være lettere for disse kommunene å tiltrekke seg kompetent personell, og det kan være lettere for dem å finne alternativ bruk for kompetansen dersom innretningen av akuttenhetene endres.

Data og metode

Dataene artikkelen bygger på, dekker alle landets 428 kommuner. Studien er basert på kvantitative analyser av data om kommunenes samarbeid om legevakt og kommunalt akutt døgntilbud. Data om samarbeid om legevakt er hentet fra en komplett oversikt over AMK-områder, legevaktsentraler og legevakter i Norge, utarbeidet av Avdeling for helseledelse og helseøkonomi (HELED) ved Universitetet i Oslo på bakgrunn av data fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin. Oversikten var sist oppdatert i januar 2014. For å kvalitetssikre dataene, ble de kryssjekket med andre tidligere innhentede data om legevaktssamarbeid brukt i en tidligere publikasjon (Skinner, 2014). Ved mangel på samsvar ble det gjort nye internettsøk for å innhente og registrere riktige data. I tilfeller der kommunen er deltakende i flere samarbeidsavtaler om legevakt, ble kommunens primære legevaktssamarbeid (det som gjelder den største delen av uken utenom ordinær kontortid eller den største delen av befolkningen) registrert i datafilen. I tvilstilfeller kom forfatterne i fellesskap fram til hvilket av samarbeidene som skulle registreres.

Informasjon om samarbeid om kommunalt akutt døgntilbud ble primært hentet fra kommunenes søknader til Helsedirektoratet om tilskudd til etablering av KAD-plasser (2012–2015). I søknadene fremkommer det om kommunene på etableringstidspunktet planla etablering alene i egen kommune eller i samarbeid med andre kommuner. Antall

kommuner som søkte om tilskudd i søknadsperioden, var 362. Informasjon om organiseringen av KAD i de resterende 66 kommunene ble innhentet gjennom internettsøk og telefonsamtaler med informanter i kommunene i januar 2016. I tilfeller der forfatterne kom over endringer i kommunenes samarbeid etter søknadstidspunktet, ble oppdatert informasjon registrert i datafilen. Kommuner som har etablert kommunalt akutt døgn tilbud i egen kommune og i tillegg er del av et interkommunalt KAD-tilbud i en nabokommune, er registrert som samarbeidende kommuner. I tilfeller der kommuner er deltakende i flere samarbeid om akutteneheter, er kommunens mest omfattende samarbeid (det som gjelder den største delen av uken eller den største delen av befolkningen) registrert i datafilen.

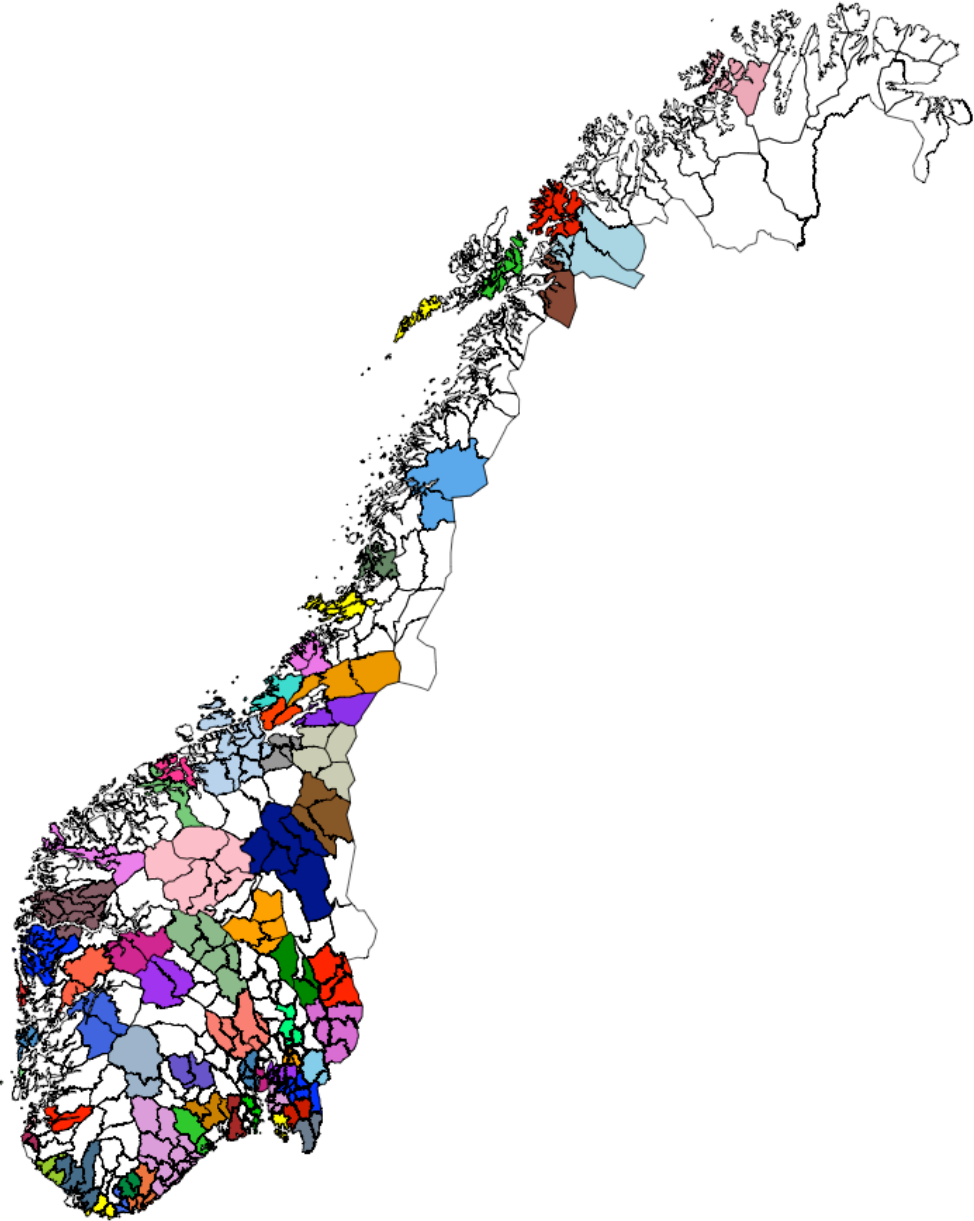
Vi bruker begrepet «vert» om kommunene som har legevaks- eller KAD-tilbudet fysisk plassert i kommunen. I kommunesamarbeid som bruker vekslende lokaler for legevakt eller har KAD-senger i flere enn én kommune, er ingen av samarbeidskommunene registrert som vert. Samarbeidene er definert som overlappende der flere kommuner som samarbeider på ett område (f.eks. legevakt), også samarbeider på det andre området (KAD). Enkelte tilfeller med begrenset overlapping ble kategorisert som ikke overlappende, som f.eks. Lunner og Gran som samarbeider om KAD, men har kommunale daglegevakter og nattlegevakt gjennom Gjøvik interkommunale legevakt.

I tillegg til beskrivende statistikk har vi benyttet oss av logistisk regresjon i våre analyser av dataene. Logistisk regresjonsanalyse er anvendelig for analyser der den avhengige variabelen er todelt, slik som samarbeids- og overlappingsvariablene er i vårt datasett. Analysene er utført i statistikkprogrammene IBM SPSS og R.

Resultater

Analysene viser at 81 prosent av Norges kommuner deltar i interkommunalt samarbeid om legevakt, mens 73 prosent har samarbeid om KAD. Legevaktssamarbeidene utgjør til sammen 100 samarbeidskonstellasjoner, mens det er totalt 77 forskjellige KAD-samarbeid. Over halvparten av kommunene har samarbeid som overlapper (54 prosent). 65 prosent av legevaktssamarbeidene eller 67 prosent av kommunene med interkommunal legevakt har et tilsvarende KAD-samarbeid bestående av (mange av) de samme kommunene. Det

Figur 1: Kommuner som samarbeider om både legevakt og KAD



geografiske omfanget på de overlappende samarbeidene er illustrert i Figur 1. Hver farge i figuren viser én samarbeidskonstellasjon. Ut fra kartet ser det ut til at geografisk beliggenhet er viktig. Det er flere overlappende samarbeid i sør, og færre i nord. Videre er det flere samarbeid som dekker relativt store geografiske områder.

I Tabell 1 er samarbeidene beskrevet utfra størrelse, avstand til sykehus og hvorvidt noen av kommunene i samarbeidene er vert for et sykehus.

Tabell 1: Kjennetegn ved interkommunale samarbeid om legevakt, om KAD og for overlappende samarbeid mellom KAD og legevakt.

	Legevaktssamarbeid	KAD-samarbeid	Overlappende samarbeid
Antall innbyggere i gjennomsnitt	35 641	42 146	40 525
Andel av samarbeidene der én av kommunene er vert for sykehus	40 %	46 %	49 %
Gjennomsnittlig avstand til nærmeste sykehus i kilometer	61	57	53
Gjennomsnittlig antall samarbeidende kommuner	3,45	4,06	3,55

Antallet innbyggere i samarbeidene er høyt, uavhengig om det er legevakt eller KAD. Det er for eksempel bare 14 norske kommuner som har flere enn 50 000 innbyggere. Det høye gjennomsnittet er et resultat av enkelt-samarbeid som trekker gjennomsnittet opp. For eksempel har legevaktssamarbeidet mellom Trondheim og omkringliggende kommuner 243 814 innbyggere til sammen. Vi ser også at det gjennomsnittlige antallet kommuner ligger mellom 3,5 og 4 for alle typene samarbeid. Den gjennomsnittlige avstanden til sykehus (basert på gjennomsnittet for kommunene i samarbeidet) er lavest for overlappende samarbeid. Andelen av samarbeidene der en av kommunene er vert for et sykehus, er høyest for overlappende samarbeid.

Tabell 2 viser resultatene fra logistiske regresjoner der tre ulike dikotome avhengige variabler benyttes. Samarbeid antar verdien 1 dersom en kommune er med i et samarbeid innenfor enten legevakt eller KAD, 0 ellers. Legevakt antar verdien 1 dersom en kommune samarbeider om legevakt med andre kommuner. KAD får verdien 1 hvis kommunen

Tabell 2: Interkommunalt samarbeid - logistisk regresjon

	Legevakt				KAD				Overlapping			
	OR		Øvre		OR		Øvre		OR		Øvre	
	Nedre	KI	Nedre	KI	Nedre	KI	Nedre	KI	Nedre	KI	Nedre	KI
Folketall (log) ^a	0,94	0,91	0,97	<0,001	0,94	0,92	0,97	<0,001	0,99	0,97	1,01	0,448
Sentralitet				0,004				<0,001				0,004
Sentralitet 1 versus 0	0,52	0,22	1,21	0,128	0,38	0,18	0,82	0,014	0,55	0,27	1,13	0,105
Sentralitet 2 versus 0	2,49	0,91	6,77	0,075	1,21	0,57	2,56	0,625	0,68	0,35	1,32	0,251
Sentralitet 3 versus 0 ^b	2,48	1,05	5,84	0,038	4,53	2,02	10,19	<0,001	1,67	0,89	3,10	0,108
Avstand til nærmeste sykehus (10 km)	0,89	0,85	0,94	<0,001	0,92	0,88	0,96	<0,001	0,93	0,89	0,98	0,003
Vert for sykehus	1,74	0,61	4,97	0,300	1,92	0,77	4,80	0,161	1,51	0,68	3,36	0,315

^a OR per 10 prosent økning i folketall

^b Sentralitet 3 er mest sentral

samarbeider med andre om KAD. Til sist har vi inkludert variabelen «overlappende samarbeid» som har verdien 1 dersom kommunen er en del av overlappende samarbeid mellom KAD og legevakt.

Resultatene i Tabell 2 viser at effekten av folketall på legevaktssamarbeid er signifikant og negativ. Jo større en kommune er, dess lavere blir sannsynligheten for at kommunen deltar i et interkommunalt samarbeid. Videre ser vi at de mest sentralt beliggende kommunene har høyere sannsynlighet for å delta i et legevaktssamarbeid. Avstand til sykehus er også viktig. Jo større avstand til sykehus i kilometer dess lavere sannsynlighet for å samarbeide om legevakt.

Effekten av folketall er også negativ for KAD-samarbeid: Når kommunestørrelse øker, synker altså sannsynligheten for å delta i et interkommunalt samarbeid. I likhet med legevaktssamarbeid har de mest sentrale kommunene høyere sannsynlighet for å samarbeide om KAD, og avstand til sykehus er også her negativ.

Effekten av avstand til nærmeste sykehus er negativ i både KAD- og legevaktsmodellen når det gjelder sannsynligheten for å velge samarbeid. Dette peker i retning av at nærhet til sykehus er viktig for å forstå hvorfor en kommune samarbeider med andre fremfor å tilby tjenestene selv. Avstand til sykehus er også den eneste variabelen som er signifikant i modellen der overlapping er avhengig variabel. Avstand til sykehus påvirker altså *både* sannsynligheten for å velge samarbeid og sannsynligheten for å være en del av et overlappende samarbeid.

Resultatene av analysen viser ingen signifikante forskjeller mellom kommuner som er vert for somatiske sykehus og de som ikke er det når det gjelder sannsynlighet for å inngå i interkommunale samarbeid om legevakt og/eller KAD.

Tar helsekommunen form?

Våre resultater viser at om lag ¾ av kommunene har valgt å organisere KAD-tjenestene som et interkommunalt samarbeid. Samtidig samarbeider fire av fem norske kommuner med andre kommuner om legevaktstjenester. Dette er altså tjenester de aller fleste kommunene velger å tilby sammen med andre. Vi tolker dette som at nytten ved å samarbeide – stordriftsfordeler, «pooling» av risiko og tilgang på kompetent personell – kan oppfattes som høyere enn transaksjonskostnadene. Vi finner også at 67 prosent av kommunene som samarbeider om legevakt, samarbeider med (flere av) de samme kommunene også om KAD.

Dette er en høy grad av overlapping. Interkommunalt samarbeid er også utbredt; 81 prosent velger samarbeid om legevakt og 73 prosent om KAD. Alt i alt har 54 prosent av kommunene overlappende samarbeid, hvilket også betyr at omtrent halvparten av landets kommuner ikke har overlappende interkommunalt samarbeid her. Legevakt og KAD er på mange måter tett forbundet, så det ville være nærliggende å tro at flere kommuner kombinerte samarbeid om legevakt med samarbeid om KAD. Samtidig er det viktig å påpeke at kommunene fikk frihet til å velge organisering av KAD, og at flesteparten av kommunene har lokalisert akuttsengene i tilknytning til sykehjem og ikke til legevakt (Skinner, 2015a). Videre har mange kommuner, særlig utkantkommuner, drevet liknende tilbud ved sykehjemmet i flere år allerede (Skinner, 2015b). Spesielt i disse kommunene kunne det ikke forventes at eksisterende samarbeid om legevakt automatisk skulle føre til et ønske om samarbeid om KAD. Om lag sju av ti av samarbeidene er likevel overlappende. Hvordan skal vi forstå det, og hvordan påvirker overlapping lokal styring og kommunestruktur?

Overlappingen mellom samarbeidene reduserer transaksjonskostnadene. Det er flere grunner til det. Aller viktigst er kanskje det at å samarbeide med noen du kjenner, reduserer usikkerhet. Tillit utvikles gjennom samarbeid; det er enklere å videreutvikle et eksisterende samarbeid enn å etablere et nytt. Kostnadene ved forhandlinger reduseres også jo flere andre samarbeid partene har med hverandre. I tillegg kan overlapping redusere transaksjonsspesifisiteten knyttet til investeringer i lokaler, personell og utstyr. Samlokalisering av legevakt og KAD gjør det mulig å utnytte ressurser på tvers. Risikoen

knyttet til å investere i KAD er dessuten mindre jo enklere det er å finne en alternativ bruk for investeringen.

Et viktig skille går mellom nettverk med svake eller sterke bånd (Granovetter, 1973). Scholz, Feiock & Ahn (2006) lanserer to alternative hypoteser om strukturen i nettverk etablert for å fremme det de kaller institusjonell kollektiv handling (som interkommunalt samarbeid er et eksempel på). Den ene hypotesen fokuserer på svake bånd (Granovetter, 1973), den andre på sterke bånd, eller såkalte troverdighetsklynger («credibility clustering»). Når om lag sju av ti av samarbeidene overlapper, slik vi har vist, er tre av ti av samarbeidene basert på svake bånd.

Svake bånd gir bedre informasjon om muligheter for samarbeid og dermed mer rom for samarbeid med ulike aktører innenfor ulike områder. Dette gir en kommune muligheter til å innovere og høste andre fordeler de ikke får som en del av et tettere integrert nettverk (Feiock, 2007 s. 57). Svake bånd styrker evnen til kollektiv handling (Tavares & Feiock 2014). Et mer mangfoldig mønster av samarbeidsrelasjoner gir mer fleksibilitet i mulighetene til å løse samhandlingsproblemer ved hjelp av horisontale nettverk (Tavares & Feiock, 2014 s. 12; Granovetter, 1983, Shami, 2012; Crenson, 1978). Ulempen med svake bånd i denne sammenheng er at kostnadene knyttet til overvåking og kontroll – altså informasjon – øker.

Sterke bånd er en fordel når det er en betydelig risiko forbundet med manglende overholdelse av avtalebetingelser eller at en aktør trekker seg fra samarbeidet (Feiock, 2007; Scholz et al., 2006). Tett integrerte interkommunale samarbeidskonstellasjoner, som mange av de overlappende samarbeidene i vår studie er eksempler på, kan derfor redusere transaksjonskostnader knyttet til informasjon og overvåking.

Når det gjelder samarbeid om KAD og legevakt, legger geografiske avstander mellom kommunene og nærhet til sykehustjenester føringer på hvilke samarbeid som er naturlige. En kommune har færre potensielle samarbeidspartnere her enn hva tilfellet vil være innenfor andre tjenester som informasjonsteknologi eller revisjon. Videre, siden helse er et tjenesteområde med potensielt høye transaksjonskostnader, søker kommuner ofte samarbeid med de samme kommunene innenfor flere tjenester (Feiock, 2007). Dette gir

flere samarbeid med sterke bånd innenfor helse, til tross for at et kjennetegn ved norske kommuner og interkommunalt samarbeid for øvrig kanskje nettopp er samarbeid basert på svake bånd.

Når de nye samarbeidene overlapper med andre samarbeid, kan de lede til en sementering av eksisterende samarbeid (Zeiner & Tjerbo, 2015). Sterk grad av overlapping mellom nye og gamle interkommunale samarbeid innenfor helse kan også utfordre ideen om generalistkommunenⁱⁱ. Vi kan få spesialiserte styringsorganer etter fagområde som eksisterer ved siden av kommunene: Helsekommuner og kommuner. Dersom de interkommunale samarbeidene overlapper også med samarbeid innenfor andre områder utenfor sektoren, kan det hende vi ser konturene av naturlige kandidater for kommunesammenslåing – altså nye og større kommuner som bedre vil kunne ivareta intensjonene med samhandlingsreformen og andre nye og større oppgaver i fremtiden. Også i dette perspektivet utfordres imidlertid generalistkommunen. Dersom vi får større spredning i størrelse i kommunepopulasjonen, vil noen kommuner kunne ivareta nye oppgaver, mens andre ikke kan det. Det blir både vanskeligere og mindre rimelig å behandle alle kommuner likt når ulikhetene mellom kommunene i størrelse og kapasitet øker.ⁱⁱⁱ Ved at samhandlingsreformen skaper spesialiserte nettverk innenfor helse og grunnlag for sammenslåinger, kan altså samhandlingsreformen ha vesentlige implikasjoner for kommunestruktur og kommunal organisering.

Konklusjon

Interkommunale samarbeid om KAD og legevakt er utbredt. Det er også høy grad av overlapping mellom samarbeid innenfor KAD og legevakt. Samlet sett omfatter disse overlappende samarbeidene om lag halvparten av norske kommuner.

Effektene samhandlingsreformen har for blant annet interkommunalt samarbeid, har konsekvenser både for helsevesenet og den lokale forvaltningen. Reformen kan, ved å sementere eksisterende styringsrelasjoner, ha sådd en spire til større endringer i kommunestrukturen (Zeiner & Tjerbo, 2015). Det er likevel lang vei fra samarbeid til sammenslåing. I tillegg er argumentene for overlapping spesielt sterke på de to tjenesteområdene vi har lagt vekt på – antagelig sterkere enn hva tilfellet er på andre områder. Kanskje er det vi observerer et uttrykk for utbredt evne til, og erfaring med, interkommunalt samarbeid. Det kan med andre ord være et uttrykk for en typisk egenskap ved norske kommuner og ikke en spire til større endringer.

Vi tror derfor svaret er nei: Helsekommunen tar ikke form. Samarbeid er utbredt, men om lag halvparten av kommunene har ikke overlappende samarbeid om legevakt og KAD. Det vi observerer, er et uttrykk for en sterk tradisjon for, og erfaring med, interkommunalt samarbeid mellom norske kommuner. Denne evnen til kollektiv handling gjør at de nye kravene til kommunene som følger av samhandlingsreformen, lar seg løse uten større reformer av kommunestrukturen. Hvorvidt de bør løses på denne måten, er et annet spørsmål – og et spørsmål som ligger utenfor rammen av denne artikkelen.

Referanser

- Blåka, S., Tjerbo, T., & Zeiner, H. H. (2012). Kommunal organisering 2012. Redegjørelse for Kommunal- og regionaldepartementets organisasjonsdatabase. *NIBR-rapport 2012: 21 Norwegian Institute for Urban and Regional Research (NIBR)*.
- Carr, J. B., LeRoux, K., & Shrestha, M. (2009). Institutional ties, transaction costs, and external service production. *Urban Affairs Review, 44*(3), 403–427.
- Douma, S., & Schreuder, H. (2013). *Economic approaches to organizations*. 5th ed. Pearson Education.
- Feiock, R. C. (2007). Rational choice and regional governance. *Journal of Urban Affairs, 29*(1), 47–63.
- Fimreite, A.L, Flo, Y., & Aars, J. (2002). Generalistkommune og oppgavedifferensiering. Tre innlegg. *Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnstudier*. Notat 23-2002.
- Granovetter, M. (1973). The Strength of Weak Ties. *American Journal of Sociology, 78*, 1360–1380.
- Hagen, T. P. (2009). Modeller for kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenestene. Oslo: Oslo University, Health Economics Research Programme.
- Scholz, J. T., Feiock, R. C., & Ahn, T. K. (2006). Policy Networks and Institutional Collective Action: A Research Agenda *Working Group on Interlocal Services Cooperation. Paper 16*. Florida: Wayne State University.
- Rattsøe, J. (2002). «Generalistkommunens fall?» Hentet fra www.svt.ntnu.no/iso/jorn.rattso/.../jr april2002.pdf [lest 03.05.2016].
- Skinner, M. S. (2014). Kommunenes planer for øyeblikkelig hjelp døgntilbud: Status per 2012/2013 *SOF Rapportserie nr. 5/2014*. Gjøvik: Senter for omsorgsforskning.
- Skinner, M. S. (2015a). Døgnåpne kommunale akuttenheter: En helsetjenestemodell med rom for lokale organisasjonstilpasninger. *Tidsskrift for omsorgsforskning, 1*(2), 131–144.
- Skinner, M. S. (2015b). Oppsummering av kunnskap og erfaringer fra de første fire årene med kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold *Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr. 13/2015*. Gjøvik: Senter for omsorgsforskning.
- Tavares, A. F., & Camões, P. J. (2007). Local service delivery choices in Portugal: A political transaction costs framework. *Local Government Studies, 33*(4), 535–553.
- Tavares, A. F., & Feiock, R. C. (2014). *Intermunicipal Cooperation and Regional Governance in Europe: An Institutional Collective Action Framework*. Paper presented at the European Consortium for Political Research General Conference, Glasgow, Scotland.
- Vabo, S.I., & Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2014). Kriterier for god kommunestruktur: delrapport fra ekspertutvalg. *Kommunal- og moderniseringsdepartementet*.
- Williamson, O. E. (1981). The economics of organization: The transaction cost approach. *American journal of sociology, 548–577*.
- Williamson, O. E. (1985). *The Economic Institutions of Capitalism*. New York: Free Press.
- Zeiner, H. H., & Tjerbo, T. (2015). Helsekommunen? Interkommunalt samarbeid og samhandlingsreformen *NIBR-notat*.

NOTER

ⁱ Studien er gjennomført som en del av forskningsprosjektet «Prosessevaluering av Samhandlingsreformen», finansiert av EVASAM-programmet i Norges forskningsråd.

ⁱⁱ For en diskusjon av generalistkommuneprinsippet se Flo m.fl. (2002) og Vabo & Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2014).

ⁱⁱⁱ Et generelt argument mot generalistkommuneprinsippet er nettopp at det er for stor ulikhet mellom kommunene. Jf. f.eks. Rattsøe (2002).