

Samhandling på Sørlandet

Hvordan foregår interkommunalt samarbeid i regionene på Agder på helse og omsorg i forbindelse med implementeringen av samhandlingsreformen?

Eivind Klungland

Veileder

Dag Olaf Torjesen

Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen. Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntår for de metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.

Universitetet i Agder, 2013

Fakultet for økonomi og samfunnsvitenskap

Institutt for statsvitenskap og ledelsesfag

Forord

Da dette skrives er en lang prosess i ferd med å bli avsluttet. Prosessen jeg sikter til er arbeidet som er blitt lagt ned i forbindelse med oppgaven du snart skal få lese. Min erfaring har vært at det meste av selve arbeidet med oppgaven har funnet sted i hodet, når jeg vært på treningssenteret, sittet på bussen, lest aviser, og generelt gjort andre hverdagssysler.

Jeg vil tro de fleste andre som har vært i tilsvarende situasjon også har kjent på presset med å bli ferdig, den gnagende samvittigheten som sniker seg innpå hvis det har gått noen dager uten at man har fått utrettet noe særlig av produktiv karakter. Jeg har hatt den følelsen opptil flere ganger.

Denne studien representerer slutten på masterstudiet i offentlig politikk og ledelse ved Universitetet i Agder. Det har vært fem år fylt med mange utfordringer og enda flere opplevelser.

Jeg vil gjerne takke min veileder, førsteamanuensis Dag Olaf Torjesen ved Universitetet i Agder for god hjelp underveis i arbeidet med masteroppgaven. Spesielt i den avsluttende delen av arbeidet har han kommet meg godt til nytte. Det var også han som fikk meg på ideen til å skrive denne oppgaven, med tema i samhandlingsreformen. Helse generelt har alltid opptatt meg, så når jeg fikk muligheten til å gå i dybden på dette var jeg ikke vond å be!

Andre som fortjener en takk er alle de som har stilt opp til intervju. Kontaktpersoner i de fem kommuneregionene på Agder og ved Sørlandet sykehus HF. De det gjelder vet godt hvem det er. Uten deres hjelp ville det blitt en helt annen oppgave enn den som nå foreligger.

Kristiansand, 2. desember 2013

Eivind Klungland

Sammendrag

Norge har i 2012 hatt dobbelt så høye helseutgifter som i 2002. Et av målene med samhandlingsreformen er å bruke hver krone litt mer effektivt. Hvordan det best kan gjøres er det naturligvis delte meninger om, men regjeringen Stoltenberg ga i alle fall et forsøk da de introduserte samhandlingsreformen for landets helseforetak og kommuner for noen år tilbake.

Samhandlingsreformen føyer seg inn i en rekke av andre reformer som fokuserer på en bærekraftig utvikling. Andre reformer som har stått sentralt de senere år er blant annet pensjonsreformen og NAV-reformen.

Samhandlingsreformen er egentlig to reformer i og med at det er en folkehelsereform med mål om en friskere befolkning og en helsetjenestereform med mål om et bedre helsevesen.

Det er blitt lagt opp til flere virkemidler for å nå målene i reformen. Det er både lagt opp til juridiske, økonomiske, faglige og organisatoriske virkemidler. Disse virkemidlene vil bli omtalt utover i oppgaven., med kanskje et spesielt fokus på de økonomiske og rettslige virkemidlene.

I denne oppgaven har jeg sett på samarbeidet mellom kommuner og helseforetak i forhold til samhandlingsreformen. Kommunene på Agder har valgt å arbeide gjennom de fem kommuneregionene som hører til i landsdelen. I praksis er det altså snakk om et «partnerskap» mellom helseforetak på den ene siden og kommuner på den andre siden.

Det spesielle med partnerskapet mellom kommunene og helseforetaket rundt samhandlingsreformen er at det ikke er frivillig. Noen har valgt å omtale denne formen for samarbeid som «mandatorisk» (Rodriguez mfl. (2007)). Det er pålegg fra staten om at partene må samarbeide. Gjennom intervjurunden min satt jeg igjen med at dette var ganske uproblematisk for begge parter. Det handler om innstilling, man er ansatt i kommune eller helseforetak for sine innbyggere, ikke for seg selv.

Metodisk ligger denne oppgaven innenfor rammene av en kvalitativ forskning. Jeg har benyttet meg av både dokumentundersøkelser og personlig intervju. I arbeidet med oppgaven har jeg til sammen foretatt seks intervjuer, og dette har vært ansatte i kommuner og helseforetak med god oversikt på samhandlingsreformen. Jeg har snakket med representanter fra henholdsvis Knutepunkt Sørlandet, Lindesnesregionen, Listerrådet, Setesdal Regionråd, Østre Agder og Sørlandet sykehus HF. Jeg vurderte lenge om jeg skulle intervju flere personer til min oppgave, men jeg vurderte antallet som nok i forhold til oppgavens omfang.

De jeg har intervjuet er nøkkelinformanter i kommunene og helseforetaket med god oversikt over hva som rører seg rundt samhandlingsreformen, enten lokalt i egen kommune eller gjennom utvalg på kommuneregionnivå.

Det forskes mye på samhandlingsreformen rundt omkring, noen er opptatt av selve implementeringen, noen fokuserer på pasientperspektivet og noen fokuserer på helt andre ting. I min oppgave har jeg ikke snakket med pasienter. Det kan tenkes at oppgaven hadde fått en bedre «balanse» dersom også denne gruppen hadde blitt inkludert i min undersøkelse, men da ville det også blitt en helt annen oppgave. Fokuset mitt har vært på å gjøre en kartlegging av det arbeidet som til nå har blitt gjort rundt om i kommunene på Agder i samarbeid med Sørlandet sykehus HF. Hvordan har de valgt å organisere seg for å møte denne reformen på en best mulig måte? Hvordan har kommunene og helseforetakene tenkt å løse den store oppgaveoverføringen som er nødt til å skje, dersom intensjonen med reformen skal følges opp? Har det vært konflikter underveis i implementeringen av reformen? Dette er bare noen av spørsmålene jeg har ønsket å få belyst.

Stadig mer av kommunale aktiviteter skjer gjennom ulike kommunesamarbeid. Ca. 10 prosent av kommunenes driftsutgifter går med til interkommunale samarbeid i Norge. Rapporten konkluderer med at interkommunalt samarbeid for kommuner er fordelaktig når det kommer til økonomi og tjenestekvalitet, men gir noen utfordringer når det gjelder styring og kontroll (IRIS-rapport 2013: 3). I drøftingsdelen vil jeg ta opp disse temaene knyttet til interkommunalt samarbeid.

Gjennom personlige intervjuer har jeg fått innblikk i hvordan arbeidet med samhandlingsreformen på Agder har fungert til nå. Hovedtendensen er at de fleste regionene er «i rute» med arbeidet så langt. Det har vært noen problemer underveis, men disse har blitt løst rundt forhandlingsbordet.

Forkortelser og forklaringer

HOD – Helse- og omsorgsdepartementet

HSO-nettverket – Helse, sosial og omsorgsnettverket

Knutepunkt Sørlandet – kommunesammenslutning bestående av Birkenes, Iveland, Kristiansand, Lillesand, Songdalen, Søgne og Vennesla.

KØH – Kommunal øyeblikkelig hjelp

Lindesnesregionen – kommunesammenslutning bestående av Audnedal, Lindesnes, Mandal, Marnardal og Åseral.

Listerrådet – kommunesammenslutning bestående av Farsund, Flekkefjord, Hægebostad, Kvinesdal, Lyngdal og Sirdal.

LMS – lokalmedisinsk senter

LMT Setesdal – Lokalmedisinske tjenester Setesdal

LRMS – Lindesnesregionens medisinske senter

NPM – New Public Management

OSA – Overordnet samarbeidsavtale

OSS – Overordnet strategisk samarbeidsutvalg

RS – Regionalt samarbeidsutvalg

Setesdal Regionråd – kommunesammenslutning bestående av Bygland, Bykle, Evje og Hornes og Valle.

SSHF – Sørlandet sykehus helseforetak

SSA – Sørlandet sykehus Arendal

SSF – Sørlandet sykehus Flekkefjord

SSK – Sørlandet sykehus Kristiansand

Østre Agder – kommunesammenslutning bestående av Arendal, Gjerstad, Grimstad, Froland, Risør, Tvedestrand, Vegårshei og Åmli.

Andre bemerkninger:

Kommuneregion, regionråd, kommunesamarbeid o.l. brukes om hverandre i teksten selv om det går på det samme. Det samme gjelder for sykehus og helseforetak.

Innhold

Forord	1
Sammendrag	2
Forkortelser og forklaringer	4
1.0 Innledning.....	9
1.1 Problemstilling og avgrensning.....	11
1.1.1 Avgrensninger	12
1.1.2 Samhandlingsreformen – «bare en i rekken»	12
1.2 Tidligere forskning	13
2.0 Bakgrunn	14
2.1 Utdypning om samhandlingsfeltet	14
2.2 Hvilke tiltak skal settes inn med samhandlingsreformen?	15
2.3 Hvor langt er arbeidet med samhandlingsreformen kommet?	16
2.4 Kritikk av samhandlingsreformen	17
2.5 Andre sentrale dokumenter på helseområdet	21
Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015).....	21
Folkehelsemeldingen.....	22
3.0 Teori	23
3.1 Samstyring (governance).....	23
3.2 Partnerskap	25
3.3 Organisasjonskultur.....	27
3.4 Nettverk og interkommunalt samarbeid	28
3.4.1 Fra hierarki via marked til nettverk.....	28
3.4.2 Ulike nettverkstyper	30
3.4.3 Fordeler med nettverk	31
3.4.4 Problemer med nettverk	32
3.5 Institusjonelt perspektiv på nettverk	35
3.6 Samarbeid gjennom nettverk.....	36
3.7 Samarbeid gjennom tvang.....	37
4.0 Metode.....	38
4.1 Valg av case	38
4.2 Utvalg og størrelse	38
4.3 Om metodevalget	39

4.4	Datainnsamling og metodetriangulering	40
4.5	Dokumentanalyse	40
4.6	Personlig intervju	40
4.7	Utvalg av informanter til intervjuene	41
4.8	Utsending av forespørsel om intervju og respons	41
4.9	Gjennomføring av intervjuene	42
4.10	Reliabilitet og validitet	43
4.11	Etiske hensyn.....	44
5.0	Kontekst	45
5.1	Regionene på Agder	45
5.1.1	§ 27 – samarbeid	45
5.1.2	Vertskommunemodellen	46
5.1.3	Samkommunemodellen	46
5.2	Knutepunkt Sørlandet.....	46
5.3	Lindesnesregionen.....	48
5.4	Listerrådet.....	49
5.5	Setesdal Regionråd	50
5.6	Østre Agder	51
5.7	Sørlandet sykehus HF (SSHF)	52
5.7.1	OSS.....	53
5.7.2	RS	54
5.7.3	Fagutvalg, faggrupper og prosjektgrupper	54
5.7.4	Overordnet samarbeidsavtale - OSA	55
5.7.5	Delavtaler	56
5.7.6	Helse Sør-Øst RHF og sykehusforvaltningen	57
5.7.7	Ansvar og roller rundt samhandlingsreformen.....	58
5.7.8	Utviklingsplan 2030	58
6.0	Drøftingsdel.....	60
6.1	Partnerskapet mellom helseforetak og kommuner – organisering og samarbeid.....	60
	Nettverksstyring mellom helseforetak og kommuner	60
	Hva slags partnerskap er det mellom kommunene og helseforetaket?	61
	Oppgaver og organisering	61
	Avtaleverket i samhandlingsreformen.....	63

Formalisering	63
Utfordringer med interkommunalt samarbeid og styring gjennom nettverk.....	65
6.1.1 Fordeler med nettverk	66
6.1.2 Hva mener informantene om interkommunalt samarbeid?	69
Fordeler med interkommunalt samarbeid:	69
Ulemper med interkommunalt samarbeid:	69
6.1.3 Kommuner og sykehus – to ulike kulturer	71
6.1.4 Utfordringer.....	74
6.1.5 Andre utfordringer.....	76
6.1.6 Virkemidlene i reformen	79
6.1.7 Økonomiske virkemidler.....	80
6.1.8 Paradokser	82
6.1.9 Avsluttende betraktninger og tiden fremover.....	83
6.2 Samhandlingsreformen og kommune-Norge	84
6.2.1 Tre bølger som truer Norge	84
6.2.2 Hvordan kan vi lykkes med eldrebølgen?	85
6.2.3 Kommune-Norge.....	86
6.2.4 Om regionnivået og kommunestrukturen.....	88
6.2.5 Hvorfor er det noen regionråd som lykkes bedre enn andre?.....	90
6.2.6 Utfordringer for forvaltningen i årene fremover	91
6.2.7 «Den andre samhandlingsreformen».....	92
6.3 Oppsummerende oversikt over funn i regionene	93
7.0 Konklusjoner og veien videre	96
7.1 Svar på spørsmålene stilt innledningsvis	97
7.2 Hvordan kan man lykkes med samhandlingsreformen?.....	98
7.3 Forslag til videre forskning	99
8.0 Litteraturliste	100
Vedlegg	105
Vedlegg 1: Kart over de fem regionene i Aust- og Vest-Agder.....	105
Vedlegg 2: Informasjonsskriv til respondentene.....	106
Vedlegg 3: Intervjuguide.....	107

1.0 Innledning

«Mye er veldig bra, men mange mennesker får ikke den hjelpen de trenger når de trenger den. Manglende samhandling er den viktigste grunnen til at syke eldre, mennesker med kroniske sykdommer, rusproblemer og psykiske lidelser lett blir tapere i dagens helse-Norge.»

Dette skrev daværende helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen i forordet til St.meld.nr.47 (2008-2009), mer kjent som samhandlingsreformen.

Det knytter seg store utfordringer til helse og omsorg både i dag og i framtiden.

Hovedutfordringene knytter seg til et pasientperspektiv og et samfunnsøkonomisk perspektiv. I meldingen poengteres det at dagens helse- og omsorgstjenester fungerer på en bra måte, men at de kan gjøres enda bedre.

Hovedutfordringene er i korte trekk at pasientenes behov for koordinerte tjenester ikke besvares godt nok, og mange av tjenestene er fragmenterte og oppsplittet. Koordineringen er ikke god nok, og mens fokus i spesialisthelsetjenestene gjerne ligger på medisinsk helbredelse, er fokuset i kommunene på pasientenes funksjonsnivå og mestringsevne. Det er for lite fokus på forebygging. Helsetjenesten er i dag mer fokusert på sykdomsbehandling, fremfor forebyggende tiltak. Endringer i sykdomsbildet vil på sikt kunne true samfunnets økonomiske bæreevne. Denne utfordringen henger mye sammen med den omtalte «eldrebølgen» som har blitt omtalt i media den senere tid.

Regjeringen skisserer opp fem ulike hovedgrep for å svare på de nevnte utfordringene som Norge vil møte i nærmeste fremtid innen helse og omsorg (St.meld.nr.47 - Samhandlingsreformen):

- En klarere pasientrolle
 - o Pasientens behov for helhetlige tjenester skal være styrende for reformens innretning.
- Ny framtidig kommunerolle
 - o Én felles lov samler kommunens plikter.
 - o Ny felles lov for helse- og omsorgstjenesten i kommunene.
 - o En ambisjon fra regjeringen at kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning, med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging, slik at helhetlig pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON).

- Etablering av økonomiske insentiver
 - o Kommunenes økonomiske rammer skal styrkes. En større del av veksten i helsebudsjettene skal komme i kommunene i årene fremover.
- Spesialisthelsetjenesten skal brukes til det den er god til, nemlig spesialistkompetanse.
 - o Bedre samarbeid og arbeidsdeling mellom sykehus.
 - o Statlig styring av sykehusene.
- Tilrettelegge for tydeligere prioriteringer: man må organisere systemer for prioriteringer og beslutninger som har utgangspunkt i helheten av pasientenes og brukernes behov for helse- og omsorgstjenester.

For at pasienter og brukere skal få tilbud om gode og forsvarlige helsetjenester er det viktig at kommuner samarbeider om å gi et godt tilbud til sine innbyggere. Mange kommuner i Norge er små og vil være tjent med å samarbeide på dette området. Med implementeringen av samhandlingsreformen er det for mange kommuner helt nødvendig å samarbeide med andre kommuner for å møte kravene og forventningene som stilles, både fra statlig side, men også fra befolkningen. Dette samarbeidet har jeg ønsket å se nærmere på i denne oppgaven.

Hvordan samarbeider kommunene på Agder på helse og omsorg? Og i forhold til implementeringen av samhandlingsreformen fra 1.januar 2012, hvordan har samarbeidet fungert til nå? Disse spørsmålene ønsker jeg svar på med min masteroppgave. I korte trekk ønsker jeg å gjøre en kartlegging av hvordan det interkommunale samarbeidet innad i regionene fungerer, og da spesielt med henblikk på helse- og omsorgssektoren. Det er totalt fem regionråd i Aust- og Vest-Agder. Disse er Knutepunkt Sørlandet, Lindesnesregionen, Listerrådet, Setesdal Regionråd og Østre Agder. Noen har egne nettverk som ser spesielt på helseområdet. Et eksempel på dette er HSO-nettverket som hører til under Knutepunkt Sørlandet.

Hva vil samhandlingsreformen bety for folk flest?

Helsetilbudet i kommunene vil bli bredere og det vil bli lettere å få helsehjelp lokalt. Dersom man har en kronisk sykdom vil man få bedre oppfølging enn tidligere. Bistand til koordinering av behandling og oppfølging vil også bli gitt i større grad enn før. De som ønsker å legge om på sine levevaner, som f.eks. slutte å røyke, endre på kostholdet eller komme i gang med fysisk aktivitet vil også få et bedre tilbud enn før. Som innbygger vil man også merke et økt fokus på helsefremmende arbeid i sitt eget nærmiljø (St.meld.nr.47).

1.1 Problemstilling og avgrensning

Som nevnt innledningsvis ønsker jeg å gjøre en kartlegging av det interkommunale samarbeidet i Agderregionen omkring helse og omsorg og min problemstilling blir derfor:

Hvordan foregår det interkommunale samarbeidet på helse og omsorg i regionene på Agder i forbindelse med implementeringen av samhandlingsreformen?

Med implementering tenker jeg i første rekke på aktiviteter som utarbeidelse av avtaler og etablering av tiltak som en følge av virkemidlene som er satt i gang. Videre vil jeg se på omfanget av dette samarbeidet, og da som nevnt innen helse og omsorg. Aktuelle spørsmål vil være:

- Hvordan har samarbeidet blitt initiert og utviklet i kommunene på Agder?
- Hva slags former for interkommunalt samarbeid har blitt utviklet for å løse utfordringene med reformen?
- Hva har erfaringene med dette samarbeidet vært så langt og hva har hindret eller fremmet samarbeidet?
- Kan interkommunalt samarbeid kompensere for manglende størrelse eller mangel på ressurser?

Det vil være naturlig å se på hvordan kommunene organiserer det interkommunale samarbeidet rundt helse- og omsorgstjenester. Dette for å øke kunnskapsgrunnlaget om hvordan man har valgt å organisere samarbeidet, samt å se på sterke og svake sider ved de ulike måtene å organisere seg på basert på erfaringer fra de involverte partene. Andre spørsmål som vil være av relevans for videre drøfting:

- Valg av samarbeidsmodell
- Hvordan er oppgavene, ansvar og ledelse fordelt i samarbeidet?
- I hvor stor grad er samarbeidet formalisert?
- Hvilke utfordringer opplever man med å styre gjennom regionsamarbeid?
- Hvordan blir deltakelse og demokratiske hensyn ivaretatt?
- Hvilken betydning har organisasjonskultur i utforming av samarbeidet?

I forhold til min problemstilling og spørsmålene jeg har skissert ovenfor har jeg utarbeidet et par hypoteser:

1. Små kommuner er dårligere rustet til å møte samhandlingsreformen enn de litt større kommunene.
2. En kommune med dårlig råd vil i liten grad være med på interkommunale prosjekter relatert til samhandlingsreformen.

1.1.1 Avgrensninger

I en oppgave som omhandler samhandlingsreformen og omtrent hele helseområdet sier det seg egentlig selv at det må noen avgrensninger til. Samhandlingsreformen (St.meld.nr.47) har f.eks. egne kapitler om innvandrerbefolkningen og den samiske befolkningen som jeg ikke vil gå nærmere inn på i min oppgave.

Samhandlingsreformen handler også mye om pasientene, men jeg har av rasjonelle hensyn valgt og ikke å fokusere på denne gruppen. Disse er dessuten vanskelig tilgjengelige i forskningsøyemed. Det sentrale har vært å se på hvordan kommuner og helseforetak implementerer reformen.

Selv om jeg kommer til å snakke mye om det regionale forvaltningsnivået vil jeg ikke komme nærmere innpå fylkeskommunen. Når jeg refererer til mellomnivået eller det regionale nivået tenker jeg først og fremst på interkommunalt samarbeid mellom to eller flere kommuner.

1.1.2 Samhandlingsreformen – «bare en i rekken»

Innholdet i samhandlingsreformen har elementer fra det som ofte omtales som helhetlig forvaltning («whole-of-government») (Christensen & Lægreid 2007) og New Public Governance (Dickinson & Glasby 2010). I dette ligger det et ønske om klarere samordning, nedbygging av organisatoriske grenser, brukertilpasning og sømløshet fra staten til kommunene. Dette er også sentralt i tidligere reformer på området, selv om man også finner forskjeller, f.eks. med tanke på ansvar. Med sykehusreformen ønsket staten mer kontroll på sykehusene, mens de med samhandlingsreformen nå tydelig legger opp til en mye større kommunal autonomi. Det er gjerne slik at reformer produserer nye reformer. Problemet med sykehusreformen var at de økonomiske innsparingene ikke slo til. Nå vil man altså prøve nye grep der kommunene får mer ansvar, og de skal samarbeide med helseforetaket i et tvungent samarbeid der partene plikter å samarbeide. Staten blir i dette partnerskapet å se på som en sterk tredjepart. Om et slikt tvungent partnerskap vil utgjøre en forskjell kontra det å samarbeide i frivillige horisontale nettverk vil forhåpentligvis drøftingen min gi svar på.

1.2 Tidligere forskning

Samhandlingsreformen er fortsatt i en innkjøringsfase slik at det finnes lite forskning på selve reformen. Startskuddet for reformen var 1.januar 2012 og oppbyggingen av helsetilbud i kommunene kommer til å skje over tid. Fra 2016 plikter kommunene å tilby kommunal øyeblikkelig hjelp – døgntilbud, men på mange andre områder kan det gå lengre tid før vi ser endringene som reformen skisserer.

Forskningsrådet har fått i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å gjennomføre en forskningsbasert evaluering av samhandlingsreformen. Formålet med denne evalueringen er å innhente kunnskap under innføringen av reformen slik at måloppnåelsen både kan vurderes løpende i gjennomføringsperioden (2011-2015) og samlet ved utgangen av perioden (forskningsradet.no).

Mye av tidligere forskning på nettverk har vært rettet inn mot tjenesteytende nettverk. Dette vil jeg omtale mer i teoridelen senere i oppgaven. Det har vært forsket på hvordan disse nettverkene fungerer på tvers av ulike nivåer (offentlig vs. privat), på tvers av sektorer (offentlig vs. privat) og mellom det offentlige og det sivile samfunn (Goldsmith & Eggers 2004; Sørensen & Torfing 2005).

Den empiriske forskningen har sett på blant annet hvordan nettverkene har vært organisert, f.eks. gjennom hierarkisering, formalisering, stabilitet og størrelse, hvilke forutsetninger disse har hatt for å lykkes (Brandtzæg & Sanda 2003) og hvordan slike typer nettverk bør styres (Koppenjan & Klijn 2004).

Styringsnettverkene er litt mer uklare i forskningen enn de tjenesteytende nettverkene. Dette skyldes i stor grad mangfoldet av studieobjekter. Kooiman (2003) peker likevel på fellestrekk ved at fokuset settes på ulike former for administrativ og politisk styring. Slik blir også demokratiske utfordringer viktige for studiet av slike nettverk, og spørsmål knyttet til ansvarlighet, åpenhet og representativitet fremstår som essensielle i denne sammenheng.

2.0 Bakgrunn

2.1 Utdypning om samhandlingsfeltet

«Samhandling er fortsatt et stort problem» (St.meld.nr.47 (2008-2009))

Staten og KS gikk sommeren 2007 frivillig sammen om å inngå en avtale om forbedret samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. En gruppe som fikk navnet *Wisløff-utvalget* fikk i oppdrag å vurdere, samt foreslå økonomiske, juridiske og organisatoriske virkemidler som kunne stimulere til bedre samhandling mellom ulike aktører og nivå i helsetjenesten. Noen av funnene de kom frem til kan kort oppsummeres slik:

Utvalget konkluderte med følgende utviklingstrekk:

- Demografi - vi blir stadig eldre
- Forventninger - vi krever stadig mer
- Ressursbruk - med økende befolkning øker også ressursbruken

Samhandlingen kan bli bedre:

- Mellom nivåene
- Innad i kommunen
- Innad i spesialisthelsetjenesten

Hvor kan det bli bedre? Eksempelvis innenfor:

- Psykisk helsevern, rusomsorg, eldre, personer med sammensatte og/eller kroniske lidelser

Hvor svikter det?

- Politiske prioriteringer og rammebetingelser
- Ledelse, organisering og styring
- Helsepersonellens spesialisering
- Likeverdighet og gjensidige betingelser

(*NOU 2005:3 «Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste»*)

NOU 2005:3 – *Fra stykkevis til helt* foreslo ikke én omfattende reform, men en lang rekke større og mindre tiltak som skal bidra til mer og bedre samhandling mellom aktørene i helsesektoren. Disse endringene er kort fortalt:

- Styrking av pasientperspektivet
- Tiltak for bedre samhandling i behandlingssituasjonen
- Endringer i helsesektorens såkalte rammebetingelser (organisatoriske og faglige)

Fra Wisløff-utvalget, som baserte seg på frivillighet og saksorientering mellom partene i helsesektoren har samhandlingsreformen fått et stort innslag av plikt i seg. Helseforetak og kommuner er nødt til å samarbeide om tilbudet av helsetjenester. Man kan se et skifte i fokus fra tidligere reformer – fra en operativ til en administrativ strategi (Romøren, Torjesen & Landmark 2011). Flere av de tidligere helsereformene har nok ikke blitt sett på som svært vellykkede, derfor vil man nå prøve noe nytt. Med dagens kommuner, som hver har sin egenart og forskjeller i befolkning og geografi, har staten innsett at den må styre aktivt fremfor og bare komme med velmenende råd for kommunene. Helse er dessuten et såpass viktig felt at man må styre i flokk, man kan ikke risikere for store forskjeller fra kommune til kommune.

Jeg nevnte innledningsvis utfordringene som samhandlingsreformen skisserer, samt kort hvilke tiltak som bør iverksettes for å møte disse. Målene med samhandlingsreformen er:

- Økt livskvalitet og redusert press på helsevesenet gjennom satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid.
- Dempet vekst av sykehustjenester ved at en større del av helsetjenestene ytes av kommunehelsetjenesten.
- Mer helhetlige og koordinerte tjenester til pasienter og brukere gjennom forpliktende samarbeidsavtaler og avtale behandlingsforløp.

2.2 Hvilke tiltak skal settes inn med samhandlingsreformen?

Samhandlingsreformen ønsker en klarere pasientrolle. Helsetjenestene i dag er fragmenterte og oppsplittet. Noen pasienter er kasterballe i systemet. Man trenger en god og helhetlig pasientutvikling. Samhandlingen internt i helsesektoren må bli bedre slik at pasienten opplever gode pasientforløp.

Videre skal det bli en lovpålagt plikt til å sørge for at pasienter får en person som kontaktpunkt i tjenestene. Slik skal man sikre at pasienten ikke trenger å forholde seg til stadig nye personer og navn (St.meld.nr.47: 25).

Kommunene skal få en ny rolle. Ved å styrke kommunenes rolle kan en lettere forebygge sykdom. Det er ventet en økt satsing på legevakt, sykehjem, skolehelsetjeneste o.l. Kommunene skal få et medfinansieringsansvar der de skal overta deler av regningen som staten i dag betaler for sykehusene. Det tilsvarer ca. 13 milliarder kroner. Kommunene skal også stimuleres til å vurdere om det kan oppnås helseeffekter gjennom annen bruk av sykehusene. Man ønsker mer kommunesamarbeid. Regjeringen vil at små kommuner skal gå sammen om å bygge lokale helsesentre som kan tilby lokalmedisinske tjenester.

Begrepet *lokalmedisinske tjenester* er i Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015 (Meld.St.16 2010-2011) brukt om kommunale helsetilbud der en eller flere kommuner samarbeider seg i mellom, eller også med spesialisthelsetjenesten om tjenester til pasienter før, etter eller istedenfor innleggelse i sykehus. Lokalmedisinske tjenester er en del av den helhetlige helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Det skal ha en tverrfaglig tilnærming, og det skal fokuseres på egenmestring, tidlig intervensjon, rehabiliterings-tjenester, samt lærings- og mestringstilbud. Begrepet *lokalmedisinske sentre* (LMS) hører også til her. Et robust LMS bør dekke et område med minst 20 000 til 30 000 innbyggere. Eksempler på hva som kan finnes innenfor et slikt tilbud er lokale NAV-kontor, spesialisthelsetjenester som kan gis lokalt (poliklinisk), ambulante helsetjenester, lindrende behandling, tjenester til personer med psykiske lidelser og rusproblemer, lærings- og mestringstilbud, frisklivstilbud, mottak av utskrivningsklare pasienter, habilitering/rehabilitering og akuttmedisinske tjenester som medisinsk nødtelefon, legevakt og kommunal øyeblikkelig hjelp. Som man kan se av tilbudene over vil det på mange måter bli en form for «minisykehus» i kommunene.

2.3 Hvor langt er arbeidet med samhandlingsreformen kommet?

Rapporten «Samhandlingsstatistikk 2011-12» viser mange positive endringer så langt.

Tidligere helse- omsorgsminister Jonas Gahr Støre sa følgende om rapporten da den lå klar:

«Rapporten har tydelige funn som bekrefter at virkemidlene i samhandlingsreformen fungerer etter intensjonene. Den bekrefter at utskrivningsklare pasienter nå ligger kortere på sykehus, og det er bra. Så må vi bruke rapporten til å følge opp det som ikke virker godt nok og som kan gjøres enda bedre.»

Punktvis viser rapporten at:

- Samarbeidsavtalene som er inngått mellom kommuner og helseforetak har lagt et godt fundament for videre samhandling.
- Kommunene tar i mot utskrivningsklare pasienter og har høy aktivitet for å etablere lokale tilbud, som korttidsplasser, rehabilitering og styrking av hjemmebaserte tjenester.
- Antall reinnleggelser etter utskrivning fra sykehus er redusert for pasienter flest, selv om det er en liten økning i reinnleggelser blant de som utskrives innen ett døgn etter at de er erklært utskrivningsklare.
- 150 kommuner har en frisklivssentral – en dobling på to år. Flere nye er under planlegging. Det er etablert frisklivssentraler i alle fylker.
- Interessen i kommunene for å sette i gang med øyeblikkelig hjelp døgntilbud er stor. Mange kommuner har allerede startet etableringen.
- Fastlegeordningen, lokale legevakter og lokale forebyggingstiltak vokser og utvikles. Det er større vekst i antall årsverk for kommunehelsetjenesten enn for spesialisthelsetjenesten i 2012.

Når det gjelder økningen i antall reinnleggelser kan dette ha ulike årsaker, eksempelvis endret registreringspraksis. Dersom årsaken ligger i for tidlig utskrivning fra sykehus er det alvorlig. Det er her noen av hovedutfordringene med reformen ligger. Både sykehus og kommuner må etter reformens inntog tenke nytt og annerledes på mange måter. Kommunene må ikke være «nikkedukker» til alt sykehuset sier til dem. Dersom en kommune ikke ser seg i stand til å ta i mot en pasient som i prinsippet er utskrivningsklar må de benytte seg av muligheten til å la pasienten ligge lenger på sykehus. Dette har kommunene fått penger til fra staten.

2.4 Kritikk av samhandlingsreformen

En reform med en slik størrelse og omfang som samhandlingsreformen har ikke overraskende fått en del kritikk rettet mot seg. Det meste av kritikken dreier seg om at den er fordyrende, har høye transaksjonskostnader, kan føre til opportunistisk atferd for partene, og at den kan føre til et skjevt maktspill mellom helseforetak og kommune. Romøren (2011) snakker om ulikeverdige parter der kommunene har et stramt budsjett å forholde seg til, mens helseforetakene har store ressurser og stor faglig tyngde når partene forhandler. Forfatteren

viser til at man allerede i dag kan se tegn til at helseforetakene setter likhetstegn mellom «samhandling» på den ene siden og det å bli kvitt oppgaver på den andre siden, mens de samtidig vil «samhandle» med kommuner om å overta ansvaret for oppgavene. Mange kritikere hevder at reformen har spilt fallitt, at den allerede har mislyktes.

Samhandlingsreformen er egentlig bare en del av ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Hele loven er på ca. 500 sider, samhandlingsreformen er bare en liten del av denne. Reformen har stort sett møtt entusiasme og tilslutning både blant fagfolk og politikere på ulike nivåer. Det har vært overraskende få kritiske innvendinger.

En kritikk til samhandlingsreformen kan være at de virkemidlene som er skissert som mulige løsninger på problemene, bare i liten grad vil være nettopp det, endelige løsninger. Det sies at reformen er en retningsreform, og i det tolker jeg det dithen at det er en uferdig reform. I og med at mange av virkemidlene virker noe uklare, så kan det også bety at man ønsker at kommunene skal gjøre det til sin egen reform, der de selv kan bestemme over hva som må gjøres i den enkelte kommune. Det er som kjent store forskjeller på dagens Kommune-Norge, både hva gjelder innbyggertall, areal og økonomi, så når en reform som denne skal implementeres er det best at det gjøres på et så lavt nivå som mulig. Man kan utarbeide felles kjøreregler fra sentralt hold, men man kan ikke styre virkemidlene fra hovedstaden, det gjøres best ute i distriktene og kommuneregionene for øvrig. Viktigheten av å kjenne lokale forhold er alfa og omega i en slik sammenheng (Hagen og Johnsen i Tjora og Melby 2013).

Man kan tenke seg at siden det kommer en reform om samhandling mellom helsetjenestene at det ikke eksisterte samhandling på området da reformen kom. Det er ikke tilfelle. Det skisseres en hovedutfordring om at mangel på samhandling er en hemsko for å effektivisere helsevesenet. Men det er ikke snakk om å gå fra null samhandling til full samhandling. Samarbeid mellom helsetjenestene har det vært i mange år allerede. Poenget er at denne relasjonen skal gjøres enda bedre. Kommunene og helseforetakene skal bli enda bedre på samhandling. Tidligere samarbeid har kanskje vært litt tilfeldig, nå som samarbeidet eller partnerskapet blir lovpålagt er det ventet at man vil se tydeligere resultater og en bedre helsetjeneste.

Romøren (2011) kritiserer samhandlingsreformen ved hjelp av fire påstander: 1) *samhandlingsreformen har mistet pasientfokus*, 2) *samhandlingsreformen er blitt et faglig svakt begrunnet program for å dempe etterspørselen etter sykehustjenester*, 3) *samhandlingsreformen foreslår løsninger som vil kunne kaste helse- og omsorgstjenesten ut i*

organisatoriske og økonomiske eksperimenter med usikre utfall og 4) samhandlingsreformen har vært fremmet gjennom en uryddig forvaltningsprosess.

Med den siste påstanden forklarer Romøren at en reform først er vedtatt når et flertall i Stortinget har stemt for nødvendige lovendringer med tilhørende finansieringsordninger. Kommuner og sykehus har i mellomtiden handlet som om det foreligger en vedtatt reform, og forfatteren er redd for at det har ført til at andre områder, som f.eks. eldreomsorg har blitt nedprioritert til fordel for nye medisinske oppgaver.

Reformen blir ofte omtalt som en retningsreform. I dette ligger det at veien blir til mens man går, reformen angir en retning for helsevesenets utvikling. Dette kan ifølge Romøren gi usikre rammebetingelser, ikke minst for kommunene. Det kan også favorisere kommuner med mye ressurser og et kreativt lederskap.

Romøren mener reformen seiler under falskt flagg begrepsmessig. I stedet for en samhandlingsreform burde det vært for en oppgavefordelingsreform. Han mener videre at den nye ordningen med betaling ved innleggelse grenser til diskriminering. *«En spesialisthelsetjeneste som har mistet deler av sine inntekter til kommunene vil ikke uten videre være en enkel kunde»*. Kostnadene ved å administrere medfinansiering og utskrivningsgebyr er ikke utredet. Dessuten kan det bli mange konflikter mellom kommuner og helseforetak knyttet til denne ordningen. OM KØH-tilbudet sier Romøren at modellen egentlig er beregnet for en storby, med et ideelt befolkningsgrunnlag mellom 20 000 og 30 000 innbyggere. Forslaget bygger på et merkelig økonomisk argument, nemlig at behandling og utredning i kommunene er billigere enn på sykehus. Tar man ut de gruppene det kan være aktuelt å flytte fra sykehus til kommune, vil man raskt se at kostnadene ved dem ligger godt under gjennomsnittet for alle sykehuspasienter.

Avtalesystemet vil kunne utløse et maktspill mellom to ulikeverdige parter. Helseforetakene har opprettet egne samhandlingsavdelinger med samhandlingssjef og annet personale. Deres hovedoppgave er å trykke på kommunehelsetjenesten for å få pasienter tidligere utskrevet.

Erfaringen til å drive akuttmedisinske institusjoner er det helseforetakene som sitter på, ikke kommunene. Romøren mener videre at sykehussektoren bør ha ansvaret for lokalmedisinske sentre i kommunene. Da slipper man en sammenblanding av samhandlingsreform og kommunestrukturdebatt, og man unngår interkommunale løsninger.

Romøren avslutter sitt kritiske bidrag med følgende skremmebilde:

«Entusiasmen på grunnplanet i helse- og omsorgstjenesten er stor. Spørsmålet er hvor lenge denne entusiasmen vil vare når en får erfaring med reformens økonomiske realiteter og sykehusenes fortolkning av hva den nye oppgavefordelingen betyr».

«Hvis det er slik at faglige og økonomiske argumenter skulle tale for at sykehusdrift bør differensieres og desentraliseres i en akutt, sentralisert og høyspesialisert del og en desentralisert mindre spesialisert del, bør man først drøfte en løsning hvor dette skjer innenfor sykehussystemet selv, istedenfor å splitte disse funksjonene på to forvaltningsnivåer».

I en kritisk artikkel i Tidsskrift for Den norske legeforening setter Lars Helling (2013) et kritisk søkelys på samhandlingsreformen. Han stiller spørsmål til om forebyggende arbeid vil gi en stor effekt på helsetilstanden, og mener det vil ta mange tiår før man eventuelt vil se en virkning på forebyggende tiltak. Et annet poeng er at det økte fokuset på tidlig diagnostikk og behandling på sikt kan føre til økt sykeliggjøring og medikalisering. Han nevner videre at hovedmotivet med reformen er å redusere helseutgiftene, men at det *«grenser til det absurde å overføre til kommunene 20 % av sykehusbudsjettene som allerede har formidable underskudd i driften, med derav følgende innskrenkninger i tjenesteytingene til pasientene».*

Helling sier at man selvfølgelig kan stoppe veksten i sykehusene dersom alternativene som reformen legger opp til er gode nok til å erstatte dem, men det er stor usikkerhet til om det virkelig er tilfelle at de kommer til å gjøre det. Han nevner at mange av delproblemene reformen skisserer kunne vært løst uten en *«svær reform som dette»*. Videre at det mangler faktagrunnlag både for å begrunne reformen og å vise virkningen av den.

I en kronikk i Klassekampen i februar 2011 av Fanny Voldnes og Terese Folgerø (2011) retter forfatterne en kritisk røst mot reformen med å si at det er lett å være enig i intensjonene i forslaget til ny kommunal helse- og omsorgslov, men hvordan kan disse intensjonene – som gode pasientforløp nærmest mulig pasienten og bedre samhandling – realiseres med den finansieringsordningen som er foreslått?

Voldnes og Folgerø er også skeptiske til medfinansieringsordningen – som skal organiseres i et insentivbasert betalingssystem der kommunene skal bruke en del av sitt statstilskudd til finansiering av spesialisthelsetjenesten, uten at det følger med statlig fullfinansiering til drift av disse helsetjenestene. De ser på det nye partnerskapet mellom helseforetak og kommuner

som en bestiller-utfører-modell der kommunene får bestilleransvar, mens helseforetakene (eller private tilbydere) får utførerrollen.

Forslaget om kommunal medfinansiering ved sykehusinnleggelse bygger på en forestilling om at det er kommuner som legger pasienter inn i sykehus. Dersom kommuner skal ha en styringsrett overfor leger når det gjelder innleggelse i sykehus, vil det kunne komme i strid med det grunnleggende prinsippet i helsepersonelloven om at helsearbeidere skal utøve faglig forsvarlig virksomhet.

Forfatterne peker på noe vesentlig når de hevder at *«utviklingen i spesialisthelsetjenesten med overgang til mer poliklinikk og dagbehandling, økt spesialisering og stadig kortere liggetid, har gitt oss et sykehus som er lite egnet til å ivareta diagnostikk og behandling av pasienter med sammensatte sykdomsbilder»*, dette er nettopp noe av utfordringen med samhandlingsreformen.

Mye kan tyde på at kommunens kapasitetsgrenser er overskredet lenge før samhandlingsreformen har satt seg. Voldnes og Folgerø avslutter kronikken med følgende: *«Totalt sett innebærer forslaget til ny kommunal helse- og omsorgslov mer markedstenkning og mindre politisk styring av helsetjenestene. Dette undergraver de gode intensjonene i reformen og vil få konsekvenser for tilgangen på forsvarlige helsetjenester som et allment tilbud til befolkningen»*.

2.5 Andre sentrale dokumenter på helseområdet

Samhandlingsreformen er egentlig to reformer; en om pleie- og omsorgstjenester og en om folkehelse og forebygging. Fra 1.januar 2012 kom det samtidig med reformen en ny lov på helseområdet i Helse- og omsorgstjenesteloven. Denne tar blant annet opp kommunens ansvar og plikter for helse- og omsorgstjenester i tillegg et eget kapittel om samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak mv. § 6-1 handler om plikt til å inngå samarbeidsavtale, mens § 6-2 sier noe om hva avtalen må inneholde. Det er denne paragrafen delavtalene som er signert mellom kommuner og helseforetak bygger på.

Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)

I denne planen kommer den politiske kursen for helse- og omsorgstjenestene og folkehelsearbeidet til syne for de neste fire årene (2011-2015). Den sier blant annet noe om fremtidens kommunale helse- og omsorgstjeneste, spesialisthelsetjeneste og pasient- og brukerrolle. Temaer som personell og folkehelse tas også opp.

Folkehelsemeldingen

Med folkehelsemeldingen presenterer regjeringen en samlet strategi for å utvikle en folkehelsepolitikk. Målene for regjeringen er klare (Meld.St.34 (2012-2013)):

- Norge skal være et av de tre landene i verden som har høyest levealder.
- Befolkningen skal oppleve flere leveår med god helse og trivsel og redusere sosiale helseforskjeller.
- Vi skal skape et samfunn som fremmer helse i hele befolkningen

Gjennom følgende områder skal det gjøres tiltak: 1) et helsefremmende samfunn, 2) helse gjennom hele livsløpet, 3) mer forebygging i helse- og omsorgstjenesten, 4) et mer kunnskapsbasert folkehelsearbeid, 5) sterkere virkemidler i folkehelsepolitikken og 6) et nasjonalt system for å følge opp folkehelsepolitikken.

Vi har generelt god helse i Norge sett i forhold til mange andre land i verden. Vi er faktisk helt i verdenstoppen på de fleste målinger. I 2011 var levealderen i Norge for menn 79 år og for kvinner 83,4 år. Det er ikke mange land som slår oss i slike statistikker. Til tross for lang levealder er det mange som sliter med ulike sykdommer. De sykdommene som er oftest representert hos pasienter på norske sykehus er kreft, hjerte- og karsykdommer, lunge- sykdommer, psykiske plager og lidelser, muskel- og skjelettsykdommer, samt andre smertetilstander av ymse slag.

3.0 Teori

Det sentrale i min oppgave blir å se på kommunalt samarbeid gjennom nettverk og hvordan man organiserer samarbeidet. Å styre gjennom nettverk er ikke nødvendigvis noe nytt i forvaltningen. I følge Baldersheim m.fl.(2011) er disse nettverkene blitt en sentral faktor dersom man ønsker å forstå hvordan kommuner faktisk fungerer og utvikler seg både som tjenesteleverandør, regional utviklingsaktør og demokratisk arena.

3.1 Samstyring (governance)

Samstyring er den norske betegnelsen på det mer kjente begrepet governance. Røiseland og Vabo (2012:21) definerer samstyring som «*den ikke-hierarkiske prosessen hvorved offentlige og private aktører og ressurser koordineres og gis felles retning og mening*».

I følge Osborne (2010) har det etter andre verdenskrig vært tre ulike styringsregimer i den vestlige verden. Fra 1945 var det *offentlig administrasjon*, fra 1980 *New Public Management (NPM)* og fra 1990 *samstyring*. I den første perioden vokste den moderne velferdsstaten fram. Det var også et tydelig skille mellom politikk og administrasjon. Reformbølgen NPM var et slags oppbrudd med den forrige perioden, og det ble gjort klart at det ikke var så mye forskjell på offentlig og privat sektor når det kom til stykket. Strukturell fristilling, mål- og resultatstyring og konkurranseutsetting var framtrødende i denne perioden. Samstyring, som ble identifisert fra Osborne omkring 1990, er ikke noe oppbrudd med NPM-reformene, men heller et supplement til tidligere regimer. Det har skjedd store endringer de siste 20-30 årene, man kan snakke om en teknologisk revolusjon, produksjon av tjenester og iverksetting av offentlig politikk har blitt mer komplekst og fragmentert. Man har sett nødvendigheten av å samarbeide med hverandre, og det er her samstyringen kommer inn i bildet. Begreper som *joined-up-government* og *whole-of-government* gir innhold til det man kaller post-NPM (Røiseland & Vabo 2012; Christensen & Lægneid 2007).

Det er tre aspekter ved samstyring som er sentrale i definisjonen til Røiseland og Vabo (2012). Det første aspektet går på at partene er gjensidig avhengige av hverandre. I dette ligger det at skal de klare å løse oppgavene de er satt til å gjøre så må de samarbeide om dem. Med implementeringen av samhandlingsreformen er f.eks. helseforetakene helt avhengige av å kunne samarbeide med kommunene, og vice versa. Det kan også dreie seg om ressurser. Et viktig punkt i reformen går på at kommunene skal behandle mer enn tidligere, og da trenger de medisinsk utstyr fra helseforetakene. At det er samarbeid om dette er helt nødvendig for at reformen skal bli en suksess. Kommunene har på sin side god kunnskap om befolkningen, slik

at det på mange måter kan skje en byttehandel mellom partene når det er snakk om informasjon og ressurser.

Det andre aspektet går på hvilken måte beslutninger fattes på. At man møter hverandre på like vilkår, og ikke misbruker makten man har, dette kan føre til et mer gemyttlig klima når det eksempelvis skal forhandles om oppgavefordeling. Hvem skal gjøre hva? Hva kan vi gjøre selv og hva må vi ha hjelp til? Beslutninger relatert til samstyring må basere seg på diskurs eller forhandlinger (Røiseland & Vabo 2012:23).

Det tredje aspektet går på at samstyring representerer et forsøk på å få til noe. Partene er ikke tilfeldig sammensatt, men det er et klart mål med samarbeidet om å utrette noe. Viktige prosesser som å fastsette mål, velge virkemidler, utforme strategier og koordinere aktiviteter må settes høyt på dagsorden. Et slikt samstyringssamarbeid vil på mange måter ligne på en helt alminnelig organisasjon i sitt virke, kanskje bortsett fra den klare strukturen man finner i ordinære organisasjoner.

Fra empirien har Røiseland og Vabo (2012:28) identifisert ulike former for samstyring i norsk lokalpolitikk. I tabellen nedenfor har de valgt å skille om samstyringen gjelder for kun offentlig sektor eller om det også involverer flere sektorer, og om det involverer kun ett nivå eller flere nivåer:

	Involverer kun offentlig sektor	Involverer flere sektorer
Involverer kun ett nivå	<p><i>Type 1</i></p> <p>Interkommunalt samarbeid</p> <p>Interkommunale selskaper</p>	<p><i>Type 2</i></p> <p>Prosjekter eller komiteer, ev. i planleggingsprosesser</p> <p>Partnerskap, OPS eller aksjeselskap ved ivaretagelse av driftsoppgaver</p>
Involverer flere nivåer	<p><i>Type 3</i></p> <p>Samarbeidsprosjekter knyttet til infrastruktur (f.eks. bil, bane, båt), NAV, samhandlingsreformen</p>	<p><i>Type 4</i></p> <p>Regionale utviklingsprogrammer i regi av fylkeskommunene</p>

Tabell: Eksempler på samstyring i norsk lokalpolitikk

(Kilde: Røiseland og Vabo (2008b:413))

Forklaring til de ulike typene: Type 1 involverer kun offentlig sektor. Type 2 omfatter samarbeidsformer der kommunen gjerne går sammen med aktører på det private marked eller i sivilsamfunnet om et konkret samarbeid som eksempelvis et OPS-prosjekt eller drift av et idrettsanlegg. Type 3 går på det jeg skriver oppgave om, nemlig samhandlingsreformen, der kommuner og helseforetak plikter å samarbeide om en bedre helse i befolkningen, samt fokus på forebygging og folkehelse. Type 4 er den mest grenseoverskridende typen. Her er det aktører fra ulike sektorer og over flere nivåer som samhandler. Et eksempel på det er regionale utviklingsprogrammer, hvor gjerne fylkeskommune, statlige etater og arbeidslivsorganisasjoner deltar.

Det er knyttet betydelige forventninger til at samstyring skal løse noen av de problemene som NPM ikke lyktes med å løse. I reformer som NAV og samhandlingsreformen legges det mye vekt på partnerskap, samhandling og helhetlig styring. Også med tanke på interkommunale samarbeid er det relevant med en slik tenkning (Røiseland og Vabo 2012: 110).

Noen vil kanskje si det er en udemokratisk form for styring, da det er vanskelig for innbyggerne å få en oversikt over hvilke samarbeid som eksisterer med andre kommuner. Demokratisk underskudd blir ofte nevnt i kritikken av interkommunalt samarbeid og samstyring generelt.

3.2 Partnerskap

Med partnerskap så tenker man både formelle og uformelle avtaler som regulerer et bytteforhold mellom to eller flere parter. Man kan ha felles behov eller et felles problem, et eksempel er to nabokommuner som inngår et interkommunalt samarbeid. Et annet kan være en langsiktig samarbeidsavtale mellom en privat utbygger og kommune (Røiseland og Vabo 2012:26).

Andre forutsetninger som må ligge til grunn for at noe skal kunne betegnes som et partnerskap er kort oppsummert (Andersen og Røiseland 2008):

- De deltakende partene har status som prinsipal, og de må være i stand til å fatte forpliktende beslutninger på vegne av andre.
- Det dreier seg om innretninger av en viss varighet og stabilitet. Det er altså noe ert enne (bytte)transaksjoner.

- De deltakende partene må bidra med noe, en investering, enten av materielle eller immaterielle ressurser.
- Det må være en viss grad av formalisering. Man kan ikke kun basere partnerskapet på tillitsrelasjoner. Man trenger en organisatorisk overbygning som definerer formål, forpliktelser og ansvarsforhold.

Partnerskap er bare en av mange mulige former for styringssamarbeid. Det er en fleksibel type samarbeid som kan utformes på ulike måter alt ettersom hvilket problem man skal håndtere (Andersen og Røiseland 2008:13)

Det hevdes fra Sørensen og Torfing (2005) at partnerskap er en form for nettverk. Man kan også finne argumenter for at partnerskap er noe mer, at det beveger seg mellom marked, det offentlige og den nevnte nettverksformen. Forfatterne skiller på tre former for partnerskap:

Byttebaserte partnerskap finner man normalt innenfor markedet. I denne sammenheng kan byggeprosjekter og byutvikling stå som eksempel for denne typen partnerskap. Private sykehus, der det offentlige står for mye av finansieringen mens private tar seg av driften er enda et eksempel.

Kooperende partnerskap finner man hvor det offentlige må samarbeide med markedsaktører eller sivilsamfunn for og nå et gitt mål. Internett kan sees på som et kooperende partnerskap, der det var svak offentlig styring i starten, mens det etter hvert har utviklet seg så mye at det har vært helt nødvendig for det offentlige å være på banen.

Institusjonelle partnerskap er forankret i en nettverksstyringslogikk hvor deltakerne er gjensidig avhengige av hverandre. Det er gjerne få hierarkiske posisjoner å bygge på, slik at det er ekstra viktig for aktørene med tillit til hverandre. Eksempel på slike partnerskap er miljøavtalen som ble inngått under miljøkonferansen i Rio i 1992. Løsningen på et gitt problem forutsetter samarbeid på tvers av forvaltningsnivåer og involverer aktører fra markedet og det sivile samfunn (Andersen og Røiseland 2008:19).

De tre typene har hver sine sterke og svake sider, og ingen av dem egner seg i alle sammenhenger. Dersom et konkret problem skal løses, og løsningen på problemet synes klart og gitt, er byttebaserte partnerskap å foretrekke. Dersom etablering eller gjenvinning av offentlig kontroll er målsetningen vil nok kooperende partnerskap være det beste alternativet, mens institusjonelle partnerskap kan anvendes dersom man er usikker på hva problemet egentlig består av på grunn av kompleksitet mv. I forholdet til partnerskapet mellom

kommuner og helseforetak vil man nok skimte mest til termen «institusjonelle partnerskap» fremfor de andre to eksemplene i dette tilfellet.

Disse nevnte formene er idealtyper, i den grad det neppe finnes i ren form noe sted. Det vil alltid være innslag av minst to av formene i et partnerskap. Det kan for eksempel være basert på bytte, men inneha institusjonelle trekk.

Som Andersen og Røiseland påpeker i introduksjonskapitlet i boken «Partnerskap – problemløsning og politikk» har det opp gjennom tidene vært nærliggende for aktører å samordne sine ressurser for å realisere tiltak som de har interesse av, og som de vanskelig makter å realisere på egen hånd, uavhengig av ideologiske strømninger og statlige og overnasjonale stimulerings tiltak (Andersen og Røiseland 2008: 11). Hvorfor mange velger å samarbeide med andre aktører kan ha ulike årsaker, blant annet ved at man ser rasjonelle nyttebetraktninger av samarbeidet og at man ser samarbeid som den eneste løsningen på et problem i en kommune eller en organisasjon.

3.3 Organisasjonskultur

Det norske helsevesenet preges av ulike kulturer. Det er først og fremst ulike oppfatninger om hva som skal prioriteres og hvilke aktiviteter man anser som viktigst. Forskjeller i målsetninger og idealer er også vanlig. Skillet mellom legen og direktøren har vært der til alle tider det har vært sykehus. Sykehuslegen har gjerne en akademisk-klinisk orientering hvor fokuset først og fremst er på pasienten og best mulig behandling, uavhengig av økonomiske ressurser, mens sykepleiere og administrativt personell gjerne har en mer byråkratisk tilnærming med å være opptatt av lokal drift og ressurser.

Man har også primærlegene (fastlegene), som gjerne har arbeidssted utenfor sykehusene, og som i all hovedsak er selvstendig næringsdrivende. Disse har gjerne en merkantil tilnærming, og det er enkelt for folk flest å tenke at disse tenker mer på å behandle flest mulig pasienter i løpet av en dag fremfor å drive fokusert arbeid på forebygging og folkehelse, delta i møter med samhandlingskoordinatorer i regionen de tilhører osv. Skal man være med i slike fora må man frikjøpes, og det er dyrt for kommunene. Legen taper penger hvis han ikke er på kontoret sitt og kan sette diagnose og skrive ut medisiner til sine pasienter. Med implementeringen av samhandlingsreformen er det en utfordring å få med fastlegene på denne aktørsamhandlingen i helsetjenesten som skal finne sted. Som bakgrunn for samhandlingsreformen ligger det en forutsetning om at disse ulike aktørene – med ulike systemer, kulturer og prioriteringer – skal kunne styres til bedre samhandling og dermed øke effektiviteten, sikkerheten og kvaliteten på

tjenestene (Melby og Tjora 2013: 14). Både kommuner og helseforetak må lære seg å samhandle, men de må i tillegg lære seg nye tenkemåter på mange områder. Som en av informantene mine sa om det nye livet til kommuneansatte innenfor helsesektoren:

«En av de største kulturelle endringene i kommunene vil være å tenke 24-7 fremfor å tenke 8 til 15. Folk blir syke hele døgnet».

3.4 Nettverk og interkommunalt samarbeid

Den kanskje mest vanlige formen for nettverksorganisering mellom kommuner er interkommunalt samarbeid. Det er helt avgjørende å forstå hvordan et slikt samarbeid fungerer hvis man skal forstå omfanget av samarbeidet som eksisterer når man snakker om kommuner, fylker og regioner i dagens Norge. Det er vanlig å dele interkommunalt samarbeid i to hovedgrupper i styringssamarbeid og produksjonssamarbeid (Jacobsen 2010). Den første gruppen er mest hensiktsmessig å anvende hvis man har ønske om en sterkere styring, og er særlig relevant med tanke på regionrådene.

I min oppgave vil det være naturlig å se på styringssamarbeid i og med at det er snakk om styring av helsetjenestene innenfor regionene jeg skal kartlegge. Den andre hovedgruppen er produksjonssamarbeid, og dette baserer seg på ønsket om å oppnå bedre effektivitet og kvalitet på tjenesteytingen. Hvordan samarbeider regionene om helsetjenesteproduksjonen? Det er vanlig å skille produksjonssamarbeid i ekstern tjenesteyting og intern tjenesteyting. Ekstern tjenesteyting er for innbyggerne i den aktuelle region, mens intern tjenesteyting er f.eks. administrative funksjoner som lønn, regnskap, innkjøp og IKT.

Selv om omfanget av interkommunalt samarbeid i Norge er betydelig, er det likevel tegn som tyder på at kommunene har dårlig oversikt over hvilke samarbeid de selv er deltakere i. Det er flere svakheter knyttet til interkommunalt samarbeid, blant annet mangel på politisk styring, kontroll og oversiktighet. Så hvorfor inngås det stadig nye samarbeid mellom kommunene? Ifølge Brandtzæg og Sanda (2003) er det flere behov som melder seg for kommunene. Behovet for økt kompetanse i forbindelse med spesialiserte tjenester har endret seg de senere årene. Innbyggerne etterspør stadig økt kvalitet på tjenestene. Samtidig skal det drives økonomisk effektivt og produktivt, og da er ofte helt nødvendig å samarbeide med andre kommuner for å gi et tilfredsstillende tilbud for befolkningen.

3.4.1 Fra hierarki via marked til nettverk

Det snakkes ofte om en utvikling fra «government til governance». Dette kan også sies som en forskyvning fra hierarki til nettverk. Rhodes (1997) snakker om en uthuling av staten

(«*hollowing out of the state*»), og med dette trenger man også nye måter å styre etter. Og det er da nettverksformen har kommet inn i bildet. Men hva er egentlig nettverk eller styring gjennom nettverk? Det finnes ulike definisjoner blant teoretikerne på feltet. Noen har brede definisjoner, mens andre har igjen noen mer snevre definisjoner. Kooiman (2003:4) beskriver nettverksstyring som en blanding av offentlige og private virkemidler som sammen kan brukes til å løse samfunnsproblemer. Dette er en vid definisjon i forhold til de andre bidragene.

De mer snevre definisjonene ønsker å markere et skille fra den tradisjonelle, hierarkiske styringen. I tillegg til den nevnte definisjonen fra Røiseland og Vabo (2012:21) ser Torfing (2005:5) på nettverksstyring som horisontale samarbeidsløsninger preget av forhandlinger som avviker fra den typiske hierarkiske styringen. Som man ser er ulike definisjoner som fokuserer på litt forskjellige aspekter ved offentlig styring, men felles for dem alle er at de inkluderer en eller flere eksterne aktører som er med i denne prosessen. Interkommunalt samarbeid er eksempel på et nettverk, noe jeg skal komme nærmere innpå senere i oppgaven.

Jeg var inne på tidligere i oppgaven at vi kan se en utvikling fra hierarkisk styring til markedsstyring og videre til nettverksstyring. Bouckaert, Peters & Verhoest (2010:35) presenterer de tre ulike tilnærmingene til styring og koordinering slik:

	Hierarki	Marked	Nettverk
<i>Formål</i>	Bevisst designe og kontrollere mål	Spontant skape resultater	Bevisst designe og kontrollere mål eller spontant skape resultater
<i>Retningsgiver, type kontroll og evaluering</i>	Ovenfra- og ned-baserte normer og standarder, rutiner, overvåking, inspeksjon, intervensjon	Tilbud og etterspørsel, prismekanisme, egeninteresse, profitt og tap som evaluering, rettsapparat, usynlig hånd	Felles verdier, felles problemanalyse, konsensus, lojalitet, gjensidighet, tillit, uformell evaluering - rykte
<i>Myndighetenes rolle</i>	Ovenfra- og ned-etablerte regler og styring, avhengige aktører er kontrollert av regler	Skaper og vokter markeder, kjøper varer, aktørene er uavhengige	Tilrettelegger for nettverk, styrer og leder nettverk og deltar i nettverk
<i>Påkrevde ressurser</i>	Autoritet Makt	Forhandlinger Informasjon Makt	Gjensidig samarbeid Tillit
<i>Teoretisk basis</i>	Webersk byråkrati	Neo-institusjonell økonomi	Nettverksteori

Tabell: Tre grunnleggende styrings- og koordineringsmekanismer (Kilde: Bouckaert, Peters & Verhoest 2010:35)

3.4.2 Ulike nettverkstyper

Klijn(2008) har forsket på nettverksstyring de siste årene, og har kommet fram til tre hovedtyper av nettverk i politikknnettverk, tjenesteytende nettverk og styringsnettverk. Jeg vil kort beskrive ulikhetene i disse hovedtypene:

Politikknnettverk er mest relevant når man snakker om implementering av offentlig politikk. Man tenker gjerne at en slik implementering kommer ovenfra og ned i organisasjonen, men det er ikke alltid tilfelle. Ulike aktører fra ulike nivåer og virksomheter aktiviseres, og denne formen for nettverk er også tett knyttet til det man kaller «issue-network» eller en-saks-

nettverk på godt norsk. Med denne tenker man seg ulike aktører som samarbeider om en bestemt sak eller et avgrenset saksområde (Rhodes 1997).

Den andre typen er det tjenesteytende nettverket. Som det ligger i navnet fokuserer dette på produksjon av tjenester, der flere aktører går sammen i et nettverk for å løse en felles oppgave knyttet til produksjon. De fleste interkommunale samarbeid dreier seg om denne nettverksformen. Samarbeid knyttet til brannberedskap, renovasjon, veibrøyting, helsetjenester og planlegging er eksempler på tjenesteytende nettverk. En slik nettverksform innebærer at flere kommuner samler sine ressurser om et felles oppgaveområde.

Den tredje typen nettverk har fått betegnelsen styringsnettverk. Disse relaterer seg ikke direkte til produksjon av en vare eller tjeneste, men går mer på overordnet styring og koordinering. Eksempler kan være styring av produksjonen i nettverk eller komplekse implementeringsprosesser. Dette er nettverk som er grenseoverskridende, da det gjerne i praksis dreier seg om å løse problemer over flere kompetanseområder og nivåer. Prakteksempelen her er samhandlingsreformen, hvor kommunene og de statlige helseforetakene er lovpålagt å samhandle om bedre helse- og omsorgstjenester. Samarbeidsformene i et slikt nettverk kan gå både vertikalt (mellom kommuner eller mellom helseforetak) og horisontalt (mellom kommune og helseforetak eller helseforetak og regionalt helseforetak).

3.4.3 Fordeler med nettverk

Det knytter seg både fordeler og ulemper ved interkommunale samarbeid. Jeg vil først ta for meg fordelene. I den forbindelse kan det være nyttig å se på kommunen gjennom to perspektiver, eller ulike typer briller i et instrumentelt og et institusjonelt perspektiv (Christensen mfl. 2009). Det instrumentelle perspektivet tar typisk for seg det strukturelle aspektet, mens det institusjonelle perspektivet er mest opptatt av kulturelle aspekter i form av organisasjonskultur og omgivelser.

Effektivitet

Det første man tenker på er stordriftsfordeler. Flere kommuner kan gå sammen om en tjeneste for å gjøre den mer effektiv og dermed ressursbesparende. Nå kan det også hevdes at mange kommuner kan unngå smådriftsulemper ved å kjøpe tjenester av andre, men ved stadig inngåelse av nye kontrakter om kjøp og salg kan det likevel bli høye kostnader.

Kvalitet

Man ser også for seg at dersom man samarbeider om en tjeneste med flere kommuner så vil også kvaliteten på tjenesten øke. Det kan f.eks. være snakk om en fagperson som er for dyr å ansette i den enkelte kommune, men gjennom et kommunesamarbeid lar seg gjennomføre ved at vedkommende ikke trenger å jobbe i en heltidsstilling i kommunen med dårlig råd.

Robusthet

Jo større en organisasjon er, jo mer stabil og forutsigbar er den (Donaldson 2001). Folkerike kommuner har en fordel kontra de mer grisgrendte kommunene når det kommer til fagmiljøer som blir utsatt for svingninger ved f.eks. sykefravær. I et interkommunalt samarbeid med store og små kommuner kan man trekke veksler på hverandre slik at man til nærmest enhver tid har full kapasitet.

Styring

Grenseoverskridende problemer løses best gjennom nettverk og samarbeid mellom aktørene som har problemet over seg. Det kan være problemer knyttet til vannforsyning, renovasjon og infrastruktur. Gjennom å samarbeide på avgrensede områder kan det bli enighet om fellesløsninger som vanskelig hadde latt seg løse dersom aktørene skulle sitte hver for seg. Styringskapasiteten vil også kunne øke dersom man samarbeider med nabokommunen. En liten kommune kan f.eks. ha få ressurser til å bygge en planleggingskompetanse innad i egne rekker, men dersom den samarbeider med en større kommune så vil en slik viktig funksjon ikke bli nedprioritert i like stor grad som kanskje ellers.

3.4.4 Problemer med nettverk

Det fokuseres mye på fordeler med interkommunalt samarbeid, men det er viktig å være klar over at denne nettverksformen også har noen problematiske sider ved seg. Jeg vil nedenfor omtale noen av dem.

Transaksjonskostnader

Alle organisasjoner har transaksjonskostnader knyttet til seg. I et marked er det kostnader knyttet til kontrakter, rapporteringssystemer og eventuell overprøving av kontrakter i rettssaker. En hierarkisk organisasjon kan ha kostnader knyttet til personer som er ansatt for å overvåke og kontrollere, og til utforming av regler og prosedyrer. I nettverksorganisasjonen vil det også være transaksjonskostnader. Ved etablering av et nettverk vil det være mange prosesser knyttet til møter, forhandlinger, diskusjoner, prøving og feiling (Brandtzæg og Sanda 2003). Når etableringen har funnet sted skal så nettverket styres gjennom råd og utvalg eller andre styringsorganer. I et interkommunalt samarbeid kan det f.eks. være snakk om en

formell overbygning i form av et aksjeselskap, interkommunalt selskap eller vertskommunesamarbeid etter kommuneloven § 27. Så kan det også påløpe kostnader knyttet til rapportering i form av at nettverkene ofte må utarbeide egne årsrapporter, samt utarbeide egne rutiner og rapporteringer. Dette ligger gjerne utenfor kommunens etablerte systemer, slik at det vil bli økte transaksjonskostnader også til dette. Et annet område går på utvikling og vedlikehold av samarbeidet. Hvordan samarbeidet skal finansieres og organiseres må det være enighet om mellom partene, og det må hele tiden foregå et kontinuerlig arbeid med å bygge og forsterke tillit mellom partene. William G. Ouchi argumenterer i sin artikkel *Markets, Bureaucracies and Clans (1980)* for at graden av tillit mellom samarbeidsaktørene påvirker transaksjonskostnadene i nettverket. Dersom deltakerne har høy tillit til hverandre vil det også være et lavere konfliktnivå, og man vil bruke mindre ressurser på overvåkning og kontroll, og man vil bruke mindre tid på møter og samlinger. I noen tilfeller vil deltakerne ha så lav tillit til hverandre, og med dertil høye transaksjonskostnader, at det kanskje burde vært organisert på en annen måte enn nettverk, f.eks. som hierarki eller markedsrelasjon.

Fragmentering

Når man snakker om fragmentering i norske kommuner så er det snakk om fristilling (internt og eksternt), selskapsgjøring og interkommunalt samarbeid (Jacobsen 2007).

For å fokusere på interkommunalt samarbeid kan man dele opp i horisontal og vertikal fragmentering. Horisontalt vil det bli opprettet en rekke nye formelle enheter med sine egne styrever og budsjetter. Disse vil komme i tillegg til allerede etablerte kommunestyrever, kommunale utvalg og så videre. Der den enkelte kommune tidligere hadde regnskapsfunksjonen integrert i kommunal virksomhet får man gjennom interkommunalt samarbeid denne funksjonen lokalisert utenfor kommunen. Det vil da bli en mer eller mindre selvstendig enhet, som blir vanskeligere å styre og kontrollere for kommunen som opprinnelig hadde denne muligheten siden denne funksjonen tidligere var «under samme tak». Man kan tenke seg det samme når det kommer til «outsourcing» eller utkontraktering på godt norsk. Oppgaver eller funksjoner som kommunen tidligere hadde full oversikt over settes ut til eksterne aktører som gjør jobben for dem, enten fordi det er mest rasjonelt og effektivt, eller fordi kommunen ikke har kompetanse nok til å gjøre oppgaven. Det er positive sider ved denne måten å løse det på, men også en rekke ikke-intenderte, nærmest skjulte risikoer ved slike løsninger. Kommunen mister kort sagt oversikten, og det kan være et problem.

Vertikalt fragmenteres kommunene ved at beslutningsprosesser blir mer sammensatte. Ved opprettelse av et nettverkssamarbeid mellom kommuner kan man få følelsen av at det også opprettes et eget beslutningsnivå mellom allerede etablerte nivåer. Ifølge Christensen og Læg Reid (2007) kan dette endre, og muligens svekke mulighetene for direkte styringsmuligheter, både politisk og administrativt.

Ansvarsforvitring

Gjennom nettverksformer mister «mannen i gata» fort oversikten over hvem som har ansvaret for hva i en kommune. Hva hvis gatebelysningen mangler på kveldstid eller hvis søpla ikke tømmes etter oppsatt dato, hvem skal man klage til? Det er ikke alltid lett å vite hvem man skal forholde seg til. Dersom man ringer til sin hjemkommune kan man få som svar at det er ikke kommunens skyld at søpla ikke er tømt, de har nemlig satt ut dette «oppdraget» til private aktører. Man kan da snakke om en ansvarsforvitring.

I et representativt demokrati som Norge tenker man at velgerne kan holde sine representanter ansvarlig gjennom rutinemessige valg, og at valgte representanter kan holde sin administrasjon og tjenesteyting ansvarlig gjennom hierarkiske relasjoner (Jacobsen 2010). I teoriene om fremvekst av nettverksformer er bekymringen om hvordan denne ansvarligheten håndteres (Goldsmith & Eggers 2004).

I forholdet mellom representant og administrasjon kan opprettelse av nye organisasjonsformer (som nettverksløsninger) være med å svekke hierarkiske ansvarslinjer. Muligheten for politisk styring gjennom instruks minimeres til å kunne styre gjennom endring av vedtekter, utpeking av representanter og lignende.

Uthuling

Jeg nevnte tidligere i oppgaven begrepet «*hollowing out of the state*» (Rhodes 1996). Etter utallige prosesser som har ført til en indre og ytre fristilling kan man på mange måter si at staten har blitt utarmet innen flere områder. Med ytre fristilling tenker man først og fremst på at myndighet har blitt overført ut av en organisasjon. Et eksempel er offentlig sektor som har overført oppgaver til private og frivillige, eller delegert oppgaver til andre forvaltningsnivå. Med indre fristilling er det snakk om opprettelse av egne, autonome enheter innad i en organisasjon, dette kan være et nytt selskap eller opprettelse av et nytt styre. En slik endring kan medføre at styring og innsyn minkes for politikere og administratorer. En god ting med egne styrever og utvalg innenfor egen organisasjon er at den politiske ledelsen blir avlastet når det kommer til saksmengde, og dermed kan konsentrere seg om viktigere saker som står

høyere på prioriteringslisten. En negativ bemerkning er at potensielt interessante saker kan forsvinne i mengden fordi de er flyttet til andre arenaer. Ved opprettelse av et interkommunalt samarbeid kan man snakke om en «uthuling» av tradisjonelle styringsorganer som kommunene representerer.

Elitedannelse

Det klare idealet er at alle politikere er likeverdige, men i praksis har det alltid vært forskjell mellom politikere (Olsen 1978). Dette kan ha ulike årsaker, karisma kan antakeligvis ha noe å si, men man vil alltid finne noen politikere som er mer sentrale enn andre.

Ved opprettelse av interkommunale samarbeid vil noen politikere få en dobbeltrolle. For det første er de representanter for sin egen kommune når saker tas opp i kommunestyret. I tillegg kan de representere kommunen når deltakerkommunene i det interkommunale samarbeidet har møter sammen. Igjen kan de representere hele kommuneregionen når det skal forhandles med aktører som helseforetak og andre. Da er det viktig å kunne skille mellom de ulike rollene man har fått. At de som representerer flere kommuner klarer å se regionen som helhet, og ikke bare ser problemer i sin hjemkommune er helt nødvendig skal man klare å få til noe.

Et annet aspekt som er verdt å nevne er når det er snakk om å sette seg inn i komplekse, omfattende og overordnede dokumenter. De politikerne som har mulighet til å drive politikk på heltid har gjerne en fordel kontra de politikerne som kun bruker tid til politikken i sin fritid. Også her kan det tenkes at man får elitedannelser, der en liten «gjeng» får innpass på flere arenaer på grunn av sin mulighet for å spesialisere seg. Man kan egentlig snakke om et paradoks. På den ene siden kan det sees på som et demokratisk problem at det er de samme sentrale politikerne som sitter i flere forskjellige styrever og utvalg, mens det på den annen side kan sees på som noe positivt at det er erfarne og dyktige folk som besitter disse stolene i møtesalen. Da har styret en tung forankring i kommunenes politikk, og man kan snakke om en reell styring av virksomheten, og at dette er noe som tas alvorlig.

3.5 Institusjonelt perspektiv på nettverk

Går man videre til det institusjonelle perspektivet handler det mye om omgivelsenes press på organisasjonen. Ifølge Scott (2008) kan dette presset ha tre ulike former, eller være basert på tre ulike pilarer:

Den første pilaren går på tilpasning til lover og regler. En kommune må for eksempel forholde seg til at statlige lover og regler kan pålegge dem å samarbeide i nettverk. Den andre pilaren som går på tilpasning til normer går på at omgivelsene har en antydning i hva som er gode og

viktige organisasjoner. Interkommunalt samarbeid kan gjerne sees på som en normativ standard, spesielt for de små kommunene. En sentral tanke er et interkommunalt samarbeid kan være et alternativ til kommunesammenslåing (Weigård 1991). Det lokale selvstyret og egen identitet står sterkt i Kommune-Norge, så muligheten for interkommunalt samarbeid fremfor en vanskelig og upopulær kommunesammenslåing er for mange kommuner den eneste reelle løsningen for mange. Så kan det igjen hevdes om det ikke egentlig bare er to sider av samme sak, om ikke interkommunalt samarbeid bare er en skjult form for kommunesammenslåing. Gjennom interkommunalt samarbeid får man altså innbyggerne beholde identiteten til egen kommune, samtidig som kommunen drar fordeler av å samarbeide med andre, eksempelvis stordriftsfordeler. Den tredje pilaren til Scott (2008) går på tilpasning til «tatt-for-gitt-oppfatninger». Det er oppfatninger av hvordan organisasjoner bør se ut (Røvik 2007). Også her kan interkommunalt samarbeid stå som eksempel. Det blir gjerne en oppfatning om at interkommunalt samarbeid er den beste løsningen hvis det er snakk om kommuneovergrepene problemer og utfordringer. Det kan tenkes at interkommunalt samarbeid ikke alltid er den beste løsningen. Noen ganger kan den enkelte kommune finne ut av utfordringene selv, uten å trekke inn nabokommunene.

Det hevdes fra ulike hold i nettverklitteraturen at hensynet til effektivitet tones ned i forhold til hensynet til legitimitet når fremveksten av nettverk skal forklares. Faren med det er at det blir mindre fokus på hva man får ut av samarbeidet når det kommer til effektivitet. Det kan bre seg en holdning i kommunene at innbyggerne har en forventning om at de samarbeider med andre kommuner for å oppnå bedre kommunetjenester. Slik sett kan det vise seg at visse kommunesamarbeid bare er nedfestet i en avtale, men at ingen vet helt sikkert om samarbeidet har noe for seg når det er snakk om det viktigste – et bedre tilbud for innbyggerne i kommunene.

3.6 Samarbeid gjennom nettverk

Selv om samarbeid gjennom nettverk har blitt ganske vanlig for å levere tjenester, så har forskningen på effektivitet eller gevinst ved å jobbe sammen vært relativt liten. Man kan snakke om en neglisjering når det kommer til nettverk og evalueringen av disse. Hvorfor er det slik? Nettverk er gjerne komplekse systemer der flere aktører går sammen om å løse en oppgave. De går også inn med ulike ressurser og kompetanse som kan vise seg vanskelig å måle i praksis. Går man inn for å måle effektiviteten i et nettverk må man gjerne se det over flere nivåer; samfunnsnivå, gruppenivå (nettverket) og deltakernivå (organisasjonsnivå). Her kan man få ulike utslag, alt ettersom hva man ønsker å finne ut. Noe som er bra for

fellesskapet trenger ikke nødvendigvis være bra for alle deltakerne i nettverket. Og igjen; aner man et godt og fruktbart samarbeid på nettverksnivå trenger det ikke være bra for samfunnet som helhet (Provan & Milward 2001). Man må evne og se det store bildet, om man er politiker eller forsker.

Som O'Toole (1997) sier det: «skal man forstå nettverk må man vite hvordan de fungerer». En liten gjennomgang av nettverklitteraturen antyder at det er liten enighet blant forskere om hvordan man skal evaluere nettverk som fungerer på samfunnsnivå, og som gjerne tilbyr tjenester på helseområdet. Hvilke kriterier skal man anvende når man evaluerer nettverket? Deltakerne har gjerne ulike hensikter og mål med samarbeidet. Det er gjerne lettere å se på den enkelte bedrift om den går bra eller dårlig da man bare kan benytte seg av årsregnskaper, revisjonsberetninger og lignende. Skal man se på hele nettverket, hvor aktørene gjerne har ulike eiere, blir det nærmest en håpløs oppgave å finne ut om nettverket «går godt», sett fra en økonoms ståsted. At et kommunesamarbeid «går godt» kan f.eks. bety at deltakerne har en god kommunikasjon seg i mellom, at de ønsker å samarbeide om felles utfordringer og oppgaver, men man vet ikke med sikkerhet om disse oppgavene best lar seg løse gjennom nettverk, fremfor og løses i den enkelte kommune (Provan & Milward 2001).

3.7 Samarbeid gjennom tvang

Samhandlingsreformen består for en stor del av lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak. Det er altså et samarbeid som også har med en sterk tredjepart i staten. Rodriguez mfl.(2007) beskriver denne formen for «mandatorisk samarbeid» som politiske prosesser hvor makt, interesser og verdier står sentralt i relasjonen mellom partene.

Formålet med disse samarbeidsavtalene er egentlig todelt: på den ene siden skal avtalene bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester, samtidig som avtalene på den andre siden skal bidra til å sikre likeverdighet i samhandlingen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Pålagt samarbeid eller partnerskap er ikke noe nytt i norsk reformhistorie. Både NAV-reformen og helseforetaksreformen, sammen med samhandlingsreformen, har det til felles at nasjonale myndigheter har pålagt samarbeid mellom offentlige aktører på tvers av forvaltningsnivåene (Røiseland og Vabo 2012: 30).

4.0 Metode

I dette kapitlet vil jeg redegjøre for metodiske valg jeg har gjort underveis i arbeidet med oppgaven. Jeg vil blant annet diskutere casestudiet som metode, samt litt om utvalg av undersøkelsesenheter, datainnsamling, valg av informanter og aspekter ved intervjuformen. Generalisering, reliabilitet, validitet og etiske betraktninger vil jeg komme inn på i siste del av kapitlet.

4.1 Valg av case

Oppgaven min består av flere case, totalt seks stykker. Jeg har valgt å se på hvordan kommunene på Agder samarbeider med helseforetaket omkring implementeringen av samhandlingsreformen (St.meld.nr.47 (2008-2009)). For enkelthets skyld har det blitt bestemt at helseforetaket skal henvende seg til kommunene gjennom de fem regionrådene på Agder, henholdsvis Knutepunkt Sørlandet, Lindesnesregionen, Listerrådet, Setesdal Regionråd og Østre Agder. Alle 30 kommunene på Agder er representert i ett av disse rådene. For å få en best mulig oversikt over dette samarbeidet har jeg da valgt å se nærmere på disse fem regionene i tillegg til selve helseforetaket som begge fylkene i Agder sogner til, Sørlandet sykehus HF.

4.2 Utvalg og størrelse

Jeg har valgt å se på relativt mange case (seks stykker) for å studere et fenomen (samhandlingsreformen). Eventuelt kunne jeg valgt å se på færre enheter, men ideen min var å gå bredt ut i Agderregionen for å kartlegge organisering, implementeringsprosesser og finne eventuelle forskjeller mellom regionene i dette arbeidet. Hver region er på sett og vis nokså ulike, selv om det også finnes likheter mellom dem. Fem av seks undersøkelsesenheter er kommunesamarbeid, de består med andre ord av mer enn én kommune. Likheten mellom dem er at det er store organisasjoner med mange ansatte med stort sett like typer oppgaver, de driver først og fremst med tjenesteproduksjon for sine innbyggere. Ulikhetene finner man blant annet i ulik befolkning og geografi. Og med ulik størrelse har man gjerne forskjellige utfordringer. Lindesnesregionen, med sine ca. 25 000 innbyggere har nok en del andre problemer og utfordringer enn naboen i øst, Knutepunkt Sørlandet som har ca. 130 000 innbyggere, med Kristiansand som største kommune med 85 000 innbyggere.

At jeg har valgt å se på relativt mange case gjør at jeg må ta noen metodiske valg. Jeg må gå litt bredere ut enn hvis det bare var snakk om én eller to enheter. Det er naturligvis ulike måter å se utvalget mitt på. Man kan f.eks. se for seg at kommuneregionene til sammen representerer «kommunene på Agder», mens helseforetaket representerer den andre parten i

dette som må sees på som et partnerskap, i lys av at man skal implementere samhandlingsreformen, og i dette så ligger det at kommunehelsetjenesten skal få tilført flere nye oppgaver fra spesialisthelsetjenesten.

Dette blir litt for enkelt, synes jeg, regionene representerer såpass mye forskjellig slik at de hver for seg må sees på som unike, og følgelig sees på som ulike enheter.

4.3 Om metodevalget

Jeg har valgt en kvalitativ vinkling på oppgaven. Videre har jeg hatt en induktiv tilnærming til informasjon og fakta som har kommet underveis i arbeidet med oppgaven. Som Jacobsen (2005:29) beskriver det: *«Idealet er forskere som går ut i virkeligheten med noe tilnærmet et helt åpent sinn, samler inn all relevant informasjon og til slutt går i tenkeboksen og systematiserer de data de har fått inn».*

Kvalitativ metode bør benyttes når man på forhånd har lite kunnskap om et fenomen man vil studere, og man vil finne ut hva som er innholdet i dette fenomenet. Fordelene med et slikt opplegg er at man kommer i dybden og får en detaljforståelse, man kan være fleksibel i datainnsamlingen. og man vil etter hvert få en helhetlig forståelse av det man studerer (Jacobsen 2005).

Ulempene med kvalitativ metode er at det fort kan bli uoversiktlig med all informasjonen man tilegner seg underveis, at det kan bli høye kostnader med et stort undersøkelsesopplegg, at nærheten til informanten kan ødelegge evnen til analytisk avstand, og at for stor fleksibilitet kan føre til at oppgaven eller undersøkelsen aldri blir ferdig (ibid.).

Caseformen ønsker å gi en omfattende beskrivelse av en enkel enhet, det være seg en person, organisasjon eller lignende, eventuelt to eller få enheter (Jacobsen 2005). Man kan gjerne benytte ulike kombinasjoner for å innhente data, fra intervju, til dokumentanalyse og videre til observasjon. En casestudie kan være ideell dersom det er snakk om å avdekke kompliserte beslutningsprosesser i en bedrift, til å utforme en fremtidig strategi for et foretak eller kartlegge evalueringen av en reform i et regionsamarbeid som er hensikten i denne oppgaven.

Ifølge Andersen (2013:155) finnes det ingen enkle eller entydige prosedyrer for å fastslå «hva et case er», hvordan man går fram for å utføre dem, eller hvordan man trekker slutninger og presenterer resultater.

4.4 Datainnsamling og metode triangulering

Jeg har benyttet meg av flere innsamlingsmetoder underveis i arbeidet med oppgaven. Først og fremst bygger oppgaven på intervjuer jeg har gjort med mine informanter om samhandlingsreformen. I tillegg har jeg også benyttet skriftlige kilder. Jeg var dessuten også tilstede på et møte med Regionalt Samarbeidsutvalg (RS) tidlig i arbeidet for å få en pekepinn på hva de snakket om. I og med at jeg har benyttet flere metodiske innfallsvinkler til denne oppgaven, kan man snakke om en metode triangulering (Blau 1963). Med metode triangulering så kombinerer man både kvalitative og kvantitative tilnærminger slik at man oppveier for de svakhetene som er forbundet med bare å benytte én metode.

4.5 Dokumentanalyse

Dokumentundersøkelsen er en innsamlingsform som baserer seg på sekundærdata, det vil si informasjon som er samlet inn av andre for andre formål. I følge Grønmo (2004: 121) er innholdsanalyse «Systematiske undersøkelser av innholdet i dokumenter. Dette innebærer at dokumentene blir gjennomgått på en systematisk måte med sikte på kategorisering, registrering og analyse av innholdet» (Grønmo 2004: 121).

I en oppgave som denne hvor kartlegging av en reform er i fokus, vil jeg benytte meg av mye informasjon som er tilgjengelig via nettsider til kommunene, Sørlandet Sykehus helseforetak (SSHF) og regionene for øvrig. Eksempler på dokumenter vil i en dokumentundersøkelse være stortingsmeldinger, NOU-er, møtereferater, årsrapporter, avtaler m.m. (Jacobsen 2005)

4.6 Personlig intervju

Når man snakker om innsamling av primærdata er det tre hovedmetoder man kan anvende (Jacobsen 2000): postutsendte spørreskjema, telefonintervju og personlig intervju. I denne studien vil det av disse tre metodene være mest hensiktsmessig med telefonintervju eller personlig intervju.

Fordelene med telefonintervju er at det kan gjennomføres relativt hurtig, det er enklere å oppnå kontakt enn ved personlig intervju, intervjuer kan oppklare misforståelser underveis (som man ikke kan hvis intervjuet foregår per post), og intervjuereffekten er mindre enn ved f.eks. personlig intervju.

Det knytter seg også noen ulemper til telefonen som virkemiddel under intervjuet. Man kan ikke bruke visuelle stimuli for å forklare noe, og informantene vil kanskje ikke gi gjennomtenkte svar. Man må også passe seg for å bruke altfor kompliserte spørsmålsstillinger eller avansert språk. Spørsmålene må heller ikke være for mange eller for lange.

Personlig intervju er også en mulighet for å hente inn svarene jeg søker i min oppgave. Dette er en intervjuform som gjennomføres ved personlig kontakt mellom intervjuer og informant. Fordelene med denne formen er at man raskt kan oppklare uklarheter i spørsmålsstillingen og eventuelle misforståelser som måtte forekomme. Man kan også oppnå lange og omfattende intervju. Svarprosenten vil nok mest sannsynlig også være høyere under denne intervjuformen enn med f.eks. postutsendte spørreskjema. Det er lettere å overtale informanten til å fullføre intervjuet.

Ulempene som knytter seg til denne intervjuformen er først og fremst den såkalte intervju-effekten, at informanten blir påvirket av den som intervjuer. Det er også en tidkrevende prosess med personlig intervju, man må avtale hvor man skal avholde intervjuet, og det kan knytte seg høye kostnader til denne formen i forhold til og heller ta en telefonsamtale. Dette kommer naturligvis an på hvor stort utvalget er, og hvor disse er lokalisert.

4.7 Utvalg av informanter til intervjuene

Da jeg i begynnelsen av masteroppgaven bestemte meg for å se på regionene i Agder i tillegg til helseforetaket, måtte jeg etter hvert finne informanter som kunne ha relevans for det jeg var ute etter. Ved hjelp av veileder og til dels egen detektivvirksomhet fant jeg etter hvert et godt knippe med informanter som kunne være aktuelle. Tidlig i arbeidet med oppgaven var tanken å intervju ca. to personer fra hver kommuneregion, i tillegg til helseforetaket. Aktuelle informanter måtte arbeide med implementeringen av samhandlingsreformen i praksis. Etter hvert kom jeg fram til at jeg ville intervju én informant fra hver region. Det er flere faktorer som avgjør et slikt valg. En ting er at det tar lengre tid, det kan også være mer kostbart med et større intervjuopplegg. Samtidig vil man også få flere intervjudata, med de fordelene det medfører. Til sammen ble det avholdt 6 intervjuer hvor begge kjønn var representert. Dette var nøkkelinformanter som kjenner helseområdet godt og som har god oversikt over samhandlingsreformen. Ifølge Andersen (2013) er nøkkelinformanter personer som antas å ha særlig god oversikt over et felt forskeren ønsker å få belyst. Mine nøkkelinformanter var gull verdt i arbeidet med oppgaven.

4.8 Utsending av forespørsel om intervju og respons

Førstekontakten med informantene ble sendt på epost. Listen med potensielle informanter var lengre enn disse seks jeg til slutt valgte ut, i tilfelle noen skulle svare negativt eller ikke svare i det hele tatt. De fleste svarte positivt med det samme. Det var dog en utfordring å finne en tid som kunne passe for begge parter, da jeg var opptatt med mitt, mens mine informanter ofte

hadde fulle dager med reformimplementering og møtevirksomhet. Det gikk likevel i orden, og alle intervjuene ble unnagjort på en periode på ca. to uker. Etter hvert intervju gjorde jeg visse tilpasninger på intervjuguiden, alt ettersom hvilken region eller helseforetak jeg skulle snakke med. Jeg hadde eksempelvis noen spørsmål til SSHF som jeg ikke stilte til informantene for kommuneregionene.

4.9 Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene ble holdt enten på nøytralt sted eller på kontor/møterom på arbeidsplassen til informantene. Jeg slapp unna en del reisevirksomhet da to av informantene ville la seg intervju i Kristiansand. Slik sett er det fint å bo i en relativt stor by i Norge!

Jeg gjorde meg ikke altfor mange tanker med intervjusted, at dette kan påvirke informantens svar, og at det kan være mye støy dersom man sitter på en kafe osv. Man vil uansett aldri finne kontekster som er helt nøytrale. Jeg tenkte videre at informantene mine sikkert er godt vant til å snakke for seg da samtlige har jobber der de må være vant til å prate, delta i møter o.l.

Andre valg jeg måtte gjøre i forkant av intervjuet var om jeg skulle ha et åpent eller strukturert intervju, om det skulle være over telefon eller ansikt-til-ansikt, om jeg skulle bruke diktafon eller ikke, og valg knyttet til sted og lengde på intervjuet.

Jeg bestemte meg etter hvert for at jeg ville foreta intervjuene med å være fysisk tilstede, selv om dette ville bety at jeg måtte bruke tid på å reise til øst og vest i landsdelen. Sitter man i en telefon og intervjuer, så får man nok gode svar på det man spør om, men faren for «å miste noe på veien» eller at det blir vanskelig å stille oppfølgingsspørsmål kan nok tenkes. Man vil heller ikke kunne se kroppsspråket til den man snakker med gjennom en vanlig telefonsamtale, og dette er ofte verdifull informasjon for å se om vedkommende snakker oppriktig. Det som fikk meg til å velge ansikt-til-ansikt-intervjuer fremfor telefonintervju var viktigheten av øyekontakt og god kjemi. Det å ha et ansikt å forholde seg til er nok det beste for alle parter i en slik setting.

Selve intervjuet ville jeg skulle være mest mulig åpent, så man kan nok kalle det for semistrukturert i formen. Jeg hadde i tillegg noen spørsmål jeg stilte til samtlige informanter, slik at jeg kunne sammenligne svarene i ettertid. Av og til gled intervjuene over i «ren samtale» og enkelte ganger lot jeg informantene snakke fritt. Et intervju vil alltid ta ulike former underveis mens det pågår, det er det som gjør intervjuet levende! At jeg valgte å gå

relativt åpent ut var fordi temaet jeg skriver om spenner ganske vidt, og det er i tillegg ganske komplisert for en som måtte sette seg inn i et nytt felt, nemlig helse- og omsorgssektoren.

Det ble videre brukt diktafon underveis i intervjuet, dette var greit for samtlige informanter. Skulle jeg klart meg med papir og blyant, ville det for det første sikkert vært uleselig når jeg skulle transkribere det i etterkant, og for det andre ville selve skrivingen tatt fokuset vekk fra det viktigste; kommunikasjonen mellom intervjuer og intervjuobjekt. Alle intervjuene hadde en varighet på ca. 1 time. Dette var bare et valg jeg gjorde i forhold til størrelsen på intervjuguiden og antall spørsmål jeg hadde forestilt meg på forhånd.

4.10 Reliabilitet og validitet

Hva som kjennetegner en god casestudie, reiser spørsmål om validitet og reliabilitet. I følge Andersen (2013:14) er det vanlig å skille mellom indre validitet og ytre validitet. Den indre validiteten dreier seg om kvalitet og troverdighet og trekkes ofte fra som casestudiets styrke. Den ytre validiteten stiller spørsmål ved representativiteten og dermed hvor representative slike funn er for en større populasjon (Gerring 2007:43). Jacobsen bruker i sin metodebok betegnelse intern og ekstern gyldighet i stedet for indre og ytre validitet (Jacobsen 2005: 212), men det går altså på det samme.

Når det kommer til reliabilitet eller pålitelighet, så tenker man først og fremst på om det er trekk ved undersøkelsen som har skapt de resultatene jeg har fått. Mine informanter kan også ha blitt påvirket av meg som intervjuer, og gitt meg «spiselige», men kanskje ikke helt korrekte svar. I alle metodebøker varsles det om intervju effekten. At man blir påvirket av den som intervjuer. Dette kan selvsagt gå andre veien også, at intervjuobjektet tar lite hensyn til intervjueren og bare durer i vei med sitt og på den måten former intervjuet. Da kan man sitte igjen uten å føle at man fikk svar på det man skulle. Det er i så fall viktig å gripe fatt i situasjonen for intervjueren dersom han føler at intervjuet er i ferd med å ta en gal retning.

I oppgaven har jeg intervjuet ledere og ansatte på mellomnivå og rekrutterte i utgangspunktet blant dem som hadde oppgaver i forbindelse med samhandling mellom helseforetak og kommunene. Det kan tenkes at disse informantene dermed kan ha følt at de var programforpliktet til å være positive til reformen, og jeg må derfor ta forbehold om at den grunnleggende positive holdningen til reformen kan være overvurdert. Jeg ser derimot ikke dette som en avgjørende svakhet ved studien ettersom målet har vært å forstå sammenhenger og ikke å måle gjennomsnittlig enighet eller tilfredshet med reformen.

Informanters evne til å huske egne holdninger i ettertid, særlig om disse har endret seg, er svak, i følge Kahneman (2011). Intervjuene mine ble foretatt en liten stund etter at delavtalene var ferdigforhandlet, og selv om det kanskje var store feider underveis i dette arbeidet, kan det nok tenkes at informantene «glemmer» disse uenighetene når det har gått en stund, spesielt hvis utfallet ble sett på som positivt for alle parter når det kom til stykket.

I forhold til den indre validiteten føler jeg at oppgaven er på trygg grunn. Mye av drøftingen i oppgaven er bygget på hva mine informanter har sagt i intervjuene. Gjennom sitater kommer det fram hva informanten har sagt. I tillegg har jeg forholdt meg til stortingsmeldinger og andre dokumenter man må anse som seriøse, i den grad det kommer fra regjerings- og departementshold. I avsnittet om kritikk av samhandlingsreformen har jeg benyttet kronikker og leserinnlegg skrevet av enkeltpersoner. I forhold til slike dokumenter må man forholde seg litt annerledes (og kritisk) enn hvis man leser en NOU eller stortingsmelding. Likevel kommer gjerne kritikken bedre fram gjennom enkeltpersoner, og ser man at meninger går igjen gjennom flere innlegg med ulik avsender øker man troverdigheten for at det kanskje er noe i denne kritikken.

Den ytre validiteten handler om funnene i mitt utvalg er representative for resten av populasjonen. Med andre ord om funnene jeg har gjort i regionene på Agder kan generaliseres til resten av landet. Teoretikerne er delt på midten på dette feltet (Andersen (2013:27)). Det er vanskelig, hver case er unik i så måte. Man kan sikkert finne likheter i andre kommuneregioner på hvordan man har valgt å samarbeide om samhandlingsreformen, men det er nok variasjoner fra region til region, og fra landsdel til landsdel.

4.11 Ethiske hensyn

I forhold til intervjusjangeren er det flere etiske problemstillinger man må ta hensyn til. Da jeg hadde utarbeidet meldeskjema til NSD om prosjektet mitt og deretter fått klarsignal til å starte intervjuingen tok jeg kontakt med informantene. Jeg sendte et informasjonsskriv om oppgaven, og at jeg var interessert i å foreta et intervju. Det ble videre opplyst om informert samtykke, som går på frivillig deltakelse, anonymitet, og at man når som helst kan trekke seg fra intervjuet dersom man ønsker det. I tillegg ble det opplyst at intervjuet ville bli tatt opp på «teip» og at denne informasjonen ville bli lagret til en spesifisert dato, typisk et par uker etter at oppgaven ville være avsluttet.

5.0 Kontekst

5.1 Regionene på Agder

	Knutepunkt Sørlandet	Lindesnes- regionen	Listerrådet	Setesdal Regionråd	Østre Agder
Folkemengde	130 000	25 000	35 000	7 000	89 000
Areal (km²)	2 153	2 072	4 175	4 594	3 439
Deltakerkommuner	7	5	6	4	8
Type samarbeid	§ 27	§ 27	§ 27	§ 27 ¹	§ 27

Tabell: Oversikt over regionene på Agder

Alle fem regionrådene på Agder er organisert etter kommunelovens § 27, som vil si at de har opprettet et eget styre til løsning av felles oppgaver. Under disse rådene er det igjen opprettet interkommunale samarbeid, både interkommunale selskap, aksjeselskap og vertskommunemodellen er anvendt. Dette vil jeg ikke gå noe mer inn på her, da det går utover oppgavens problemstilling. Arbeidet med samhandlingsreformen er organisert mellom Sørlandet sykehus HF og de fem regionenes regionale samarbeidsutvalg (RS) gjennom Overordnet strategisk samarbeidsutvalg (OSS).

5.1.1 § 27 – samarbeid

Paragraf 27 i kommuneloven omhandler interkommunalt og interfylkeskommunalt samarbeid. Første punkt lyder: *To eller flere kommuner, to eller flere fylkeskommuner, eller en eller flere kommuner og en eller flere fylkeskommuner, kan opprette et eget styre til løsning av felles oppgaver. Kommunestyret og fylkestinget gjør selv vedtak om opprettelse av slikt styre. Til slikt styre kan kommunestyret eller fylkestinget selv gi myndighet til å treffe avgjørelser som angår virksomhetens drift og organisering.*

Andre punkt i paragrafen omhandler krav til vedtekter for det interkommunale samarbeidet som skal inneholde bestemmelser om styresammensetning og hvordan dette skal utpekes, styringsområde, hvorvidt kommunene skal gjøre innskudd til virksomheten, hvorvidt styret har mulighet for å ta opp lån eller påta seg andre økonomiske forpliktelser, samt bestemmelser om uttreden eller oppløsning av samarbeidet.

¹ LMT Setesdal ble opprettet 1.januar 2013. Dette er en felles interkommunal helseenhet som er et såkalt administrativt vertskommunesamarbeid etter kommuneloven § 28 b.

Punkt tre i paragrafen omhandler oppsigelse av deltakerforhold til samarbeidet.

Denne paragrafen fremstår som åpen, slik at det legges opp til flere mulige samarbeidsløsninger for kommuner som vil samarbeide med hjemmel i kommunelovens § 27. En slik løsning må også sees på som alternativ til skriftlige og muntlige avtaler kommunene i mellom, vertskommunesamarbeid, interkommunale selskaper, samkommune og aksjeselskapsformen.

5.1.2 Vertskommunemodellen

Fra 1.januar 2007 ble det innført en generell hjemmel i kommunelovens §§ 28 a-k som åpner for samarbeid mellom kommuner om lovpålagte oppgaver. Et av siktemålene med de nye bestemmelsene var å gjøre det forsvarlig å etablere interkommunalt samarbeid når det kommer til oppgaver som innebærer offentlig myndighetsutøvelse. Et slikt samarbeid innebærer at beslutningsmyndighet blir delegert fra en eller flere kommuner til vertskommunen. Til grunn for samarbeidet skal det ligge en samarbeidsavtale. Lovverket skiller mellom to typer vertskommunesamarbeid i administrativt vertskommunesamarbeid og vertskommunesamarbeid med felles folkevalgt nemnd. Forskjellen ligger i at førstnevnte samarbeid anvendes der det ikke overføres beslutningsmyndighet av prinsipiell karakter. I prinsipielle saker kan man inngå et samarbeid men felles nemnd som er folkevalgt (Helse- og omsorgstjenesteloven 2011:314)

5.1.3 Samkommunemodellen

Samkommunemodellen er hjemlet i kommuneloven § 28 og skiller seg fra vertskommunemodellen ved at den i større grad er tilpasset samarbeid på et bredere og mer sektorovergripende oppgavefelt, der det i betydelig grad overføres beslutningsmyndighet til samkommunestyret fra den enkelte deltakerkommune. Denne modellen er et nytt interkommunalt forvaltningsorgan og vil få sin myndighet overført fra deltakerkommunene (Helse- og omsorgstjenesteloven 2011:316).

5.2 Knutepunkt Sørlandet

Knutepunkt Sørlandet består av følgende sju kommuner: Kristiansand, Vennesla, Søgne, Lillesand, Songdalen, Birkenes og Iveland. Av disse befinner tre av kommunene seg i Aust-Agder fylke (Lillesand, Birkenes og Iveland), mens de fire andre kommunene hører til under Vest-Agder fylke (Kristiansand, Vennesla, Søgne og Songdalen).

Kommune	Folkemengde	Areal (km ²)	Innbyggere per km ²
Birkenes	4 964	674	7,36
Iveland	1 291	262	4,95
Kristiansand	84 983	276	301,61
Lillesand	10 028	190	51,99
Songdalen	6 320	216	28,54
Søgne	10 968	151	71,89
Vennesla	13 887	384	35,37
Hele regionen	132 441	2 153	61,51

Tabell: Oversikt over kommunene i Knutepunkt Sørlandet (alle tall pr. andre kvartal 2013 (hentet fra ssb.no))

5.2.1 Helse, sosial og omsorgsnettverket (HSO-nettverket)

Når det kommer til samhandlingsreformen har HSO-nettverket fått et spesielt ansvar i regionen for reformimplementeringen. HSO-nettverket ble etablert i 2006 og har som mål å gi bedre tjenester til befolkningen i regionen. Det er etablert en rekke undernettverk på tvers av kommunene innenfor regionsamarbeidet. Områder det samarbeides om innenfor samhandling og helse er blant annet folkehelse, rusområdet, rehabilitering, IKT, KØH-tilbud og velferdsteknologi (Knutepunkt Sørlandet 2012²). Det er i tillegg etablert en egen gruppe som skal jobbe med implementeringen av reformen i de sju kommunene. Denne samhandlingsgruppen fungerer også som et arbeidsutvalg for HSO-nettverket.

Knutepunkt Sørlandet har samarbeidet inn mot Overordnet strategisk samarbeidsutvalg (OSS) sammen med de andre kommuneregionene på Agder samt helseforetaket (SSHF). Det siste året har det blitt fokusert på utfordringer knyttet til samhandlingsreformen og inngåelse av avtaler.

I tråd med delavtaler og regionale satsingsområder er kommunene i Knutepunkt Sørlandet representert i følgende fagutvalg med regionalt ansvar (opprettet av OSS):

- IKT og meldingsutveksling
- Velferdsteknologi (Knutepunkt Sørlandet med ledelsesansvar for fagutvalget)
- Medisinskfaglig gruppe – Kommunal øyeblikkelig hjelp

² Hentet fra Knutepunkt Sørlandets årsmelding i 2012.

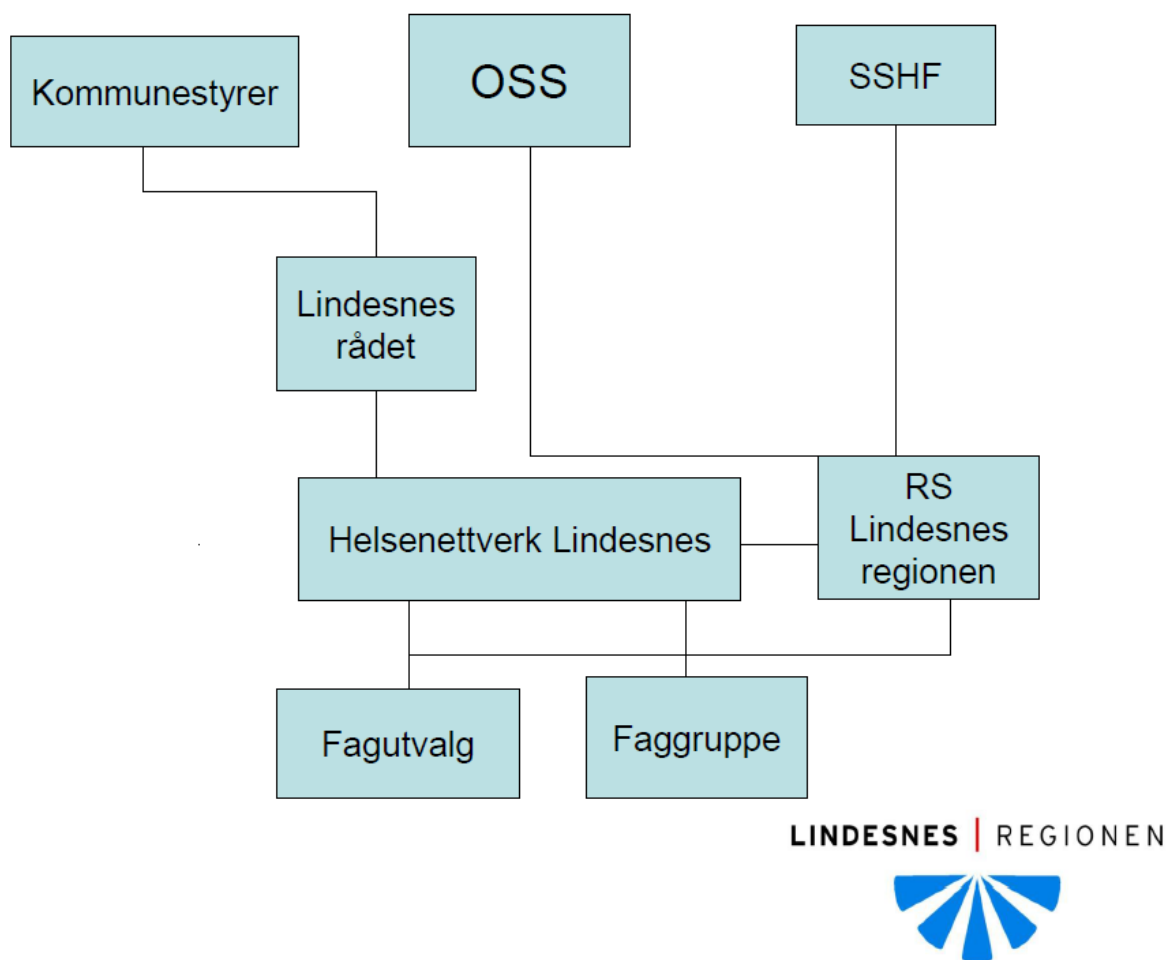
5.3 Lindesnesregionen

Lindesnesregionen er et samarbeid bestående av kommunene Audnedal, Lindesnes, Mandal, Marnardal og Åseral. Mandal er størst av disse befolkningsmessig (15 273 innbyggere), mens Åseral er størst arealmessig (888 kvadratkilometer). Alle kommunene befinner seg i Vest-Agder fylke.

Kommune	Folkemengde	Areal (km ²)	Innbyggere per km ²
Audnedal	1 730	251	6,73
Lindesnes	4 798	316	15,04
Mandal	15 273	222	68,24
Marnardal	2 295	395	5,79
Åseral	917	888	1,03
Hele regionen	25 013	2 072	12,07

Tabell: Oversikt over kommunene i Lindesnesregionen (alle tall pr. andre kvartal 2013 (hentet fra ssb.no))

Lindesnesregionen ble dannet høsten 2005. I begynnelsen var det kommunene Lindesnes, Mandal, Marnardal og Audnedal som regionen bestod av med Åseral som observatør. Fra 2007 ble Åseral fullverdig deltaker i regionsamarbeidet. Det er ca. 25 000 innbyggere i hele regionen. Lindesnes kommune står som vertskommune for hele regionen. Implementeringen av samhandlingsreformen er det «RS Helsenettverk Lindesnes» som har ansvaret for. Videre er det opprettet egne fagutvalg og faggrupper under denne paraplyen. Gjennom Regionalt samarbeidsutvalg samarbeides det opp mot SSHF som er tilhørende helseforetak. Hierarkisk kan dette best beskrives med følgende figur:



Figur: Oversikt over organiseringen i RS Helsenettverk Lindesnes (hentet fra strategiplan på www.lindesnesregionen.no)

5.4 Listerrådet

Med sine 35 975 innbyggere er Listerregionen befolkningsmessig den tredje største av regionene på Agder. Kommunen med flest innbyggere er Farsund med sine 9 480 innbyggere. Regionen består av de seks kommunene Farsund, Flekkefjord, Hægebostad, Kvinesdal, Lyngdal og Sirdal. Alle kommunene befinner seg i Vest-Agder fylke.

Kommune	Folkemengde	Areal	Innbyggere per km ²
Farsund	9 480	262	36,00
Flekkefjord	9 061	543	16,66
Hægebostad	1 669	461	3,61
Kvinesdal	5 870	963	6,06
Lyngdal	8 060	391	20,19
Sirdal	1 835	1 555	1,17
Hele regionen	35 975	4 175	8,62

Tabell: Oversikt over kommunene i Listerrådet (alle tall pr. andre kvartal 2013 (hentet fra ssb.no))

Arbeidet med samhandlingsreformen innenfor Listerrådet er lagt til (RS) Helsenettverk Lister. Helsenettverket har tre fyrtårn eller satsningsområder i «velferdsteknologi og telemedisin», «psykisk helse og rus» og «Lister brukerutvalg».

5.5 Setesdal Regionråd

Setesdal Regionråd (SR) består av kommunene Bygland, Bykle, Evje og Hornnes og Valle. Befolkningsmessig er dette den minste regionen i Agderfylkene med sine snaut 7 000 innbyggere. Til tross for dette relativt lave folketallet er både Bygland, Bykle og Valle tre av de fire største kommunene i Agderregionen når det kommer til areal. Alle kommunene hører til under Aust-Agder fylke.

Kommune	Folkemengde	Areal (km ²)	Innbyggere per km ²
Bygland	1 202	1 312	0,93
Bykle	933	1 467	0,66
Evje og Hornnes	3 540	550	6,36
Valle	1 285	1 265	1,02
Hele regionen	6 960	4 594	1,52

Tabell: Oversikt over kommunene i Setesdal Regionråd (alle tall pr. andre kvartal 2013 (hentet fra ssb.no))

Valle er vertskommune for regionrådet som er et interkommunalt samarbeid etter kommuneloven § 27. Viktige arbeidsområder for regionen er infrastruktur og næringsutvikling i tillegg til interkommunalt samarbeid.

Arbeidet med samhandlingsreformen er underlagt RS Setesdal. I den forbindelse ble LMT Setesdal opprettet 1.januar 2013. Dette er en felles interkommunal helseenhet som er et såkalt administrativt vertskommunesamarbeid etter kommuneloven § 28 b. LMT Setesdal skal når det kommer i gang ligge i Evje og Hornnes kommune.

5.6 Østre Agder

Østre Agder består av de åtte Aust-Agder-kommunene Arendal, Froland, Gjerstad, Grimstad, Risør, Tvedestrand, Vegårshei og Åmli. Arendal kommune (43 692 innbyggere) er den største av disse befolkningsmessig, mens Åmli er den største kommunen arealmessig (1 131 kvadratkilometer). Lenge var det slik at Grimstad kommune valgte å stå utenfor dette samarbeidet, men valgte i løpet av 2013 å bli fullverdige medlemmer av Østre Agder. Med Grimstads inntreden i et regionråd betyr det at samtlige 30 kommuner på Agder nå er med i et kommunesamarbeid.

Kommune	Folkemengde	Areal (km ²)	Innbyggere per km ²
Arendal	43 692	270	158,52
Froland	5 452	645	8,15
Gjerstad	2 497	322	7,70
Risør	6 855	193	35,75
Tvedestrand	6 069	218	27,61
Vegårshei	1 990	356	5,43
Åmli	1 817	1 131	1,61
Grimstad	21 616	304	71,03
Hele regionen	89 988	3 439	26,17

Tabell: Oversikt over kommunene i Østre Agder (alle tall pr. andre kvartal 2013 (hentet fra ssb.no))

Kommunene i kystfylket Aust-Agder er relativt små i utstrekning. Gjerstad, Vegårshei, Åmli og Froland er typiske innlandskommuner, mens Risør og Tvedestrand kanskje har et rykte på

seg for å være «bakevjekommuner» med mest liv sommerstid. Arendal, Grimstad og Froland er kommuner i vekst. Arendal har mye aktivitet rundt sykehuset som er tilknyttet SSHF, mens Grimstad har mye spennende aktiviteter knyttet til Universitetet i Agder. Kommunene sett under ett har et stort spenn med kommuner med positiv befolkningstrend til kommuner med negativ befolkningstrend som i Åmli, Gjerstad og Vegårshei.

5.7 Sørlandet sykehus HF (SSHF)

Sørlandet sykehus HF er navnet på foretaket som driver sykehusene i fylkene Aust-Agder og Vest-Agder. I sin tid ble fylkessykehusene i Agderfylkene slått sammen til ett selskap med det statlige Helse Sør-Øst RHF som eier. Organisatorisk er foretaket delt opp i fem klinikker; medisinsk; kirurgisk; psykisk helse – psykiatri og avhengighetsbehandling; medisinsk service og driftsenhet. De to sistnevnte er å regne for støttefunksjoner. I tillegg har foretaket stabsavdelinger innen økonomi, organisasjon og fag.

Sørlandet sykehus HF finnes i tre byer: Arendal (SSA), Kristiansand (SSK) og Flekkefjord (SSF). Nedenfor gis en kort oversikt over noen fakta om helseforetaket, hentet fra nettsiden (sshf.no):

Ansatte	
Antall årsverk	5 000
Antall ansatte	5 250
	Arendal: 1 900
	Flekkefjord: 350
	Kristiansand: 3 000
Budsjett	
2012	4,3 milliarder
2013	5,6 milliarder

Pasienter & innleggelser	
Pasientbehandlinger (årlig)	475 000
Antall innleggelser somatikk og psykiatri	50 000
Poliklinikk somatikk og psykiatri	425 000
	875 senger
	70 avdelinger

Tabell: Fakta om Sørlandet sykehus HF

5.7.1 OSS

OSS eller overordnet strategisk samarbeidsutvalg som det heter, er et partssammensatt, strategisk utvalg mellom Sørlandet sykehus HF og de fem kommuneregionene i Agder. På nettsiden til SSHF står det å lese at OSS skal:

- Initiere utviklingsarbeid for å styrke regionen i sin helhet
- Følge opp, vedlikeholde og evaluere samarbeidsavtalen
- Være rådgivende overfor kommunene og SSHF ved godkjenning av delavtaler og prosedyrer som gjelder samhandling om felles pasienter
- Opprette faggrupper/fagutvalg for pasientforløp som er felles for helseforetakets område (Agder)
- Være pådriver for kompetanseoppbygging og erfaringsutvikling på Agder
- Ha oversikt over samhandlingsprosjekter og spre gode modeller for samhandling

Alle de fem kommuneregionene³ har opprettet hvert sitt regionale samarbeidsutvalg (RS) som er organisert under OSS.

Samarbeidsutvalget består av representanter både fra helseforetaket, kommunene på Agder, brukerrepresentanter, representanter fra de ansatte og et arbeidsutvalg. Dette arbeidsutvalget består blant annet av en samhandlingssjef som er tilknyttet helseforetaket, samhandlingskoordinatorer fra de fem kommuneregionene, samt en delegasjon fra

³ Knutepunkt Sørlandet, Listerrådet, Lindesnesregionen, Setesdal Regionråd og Østre Agder.

helseforetaket fra henholdsvis kirurgisk klinikk, medisinsk klinikk og klinikk for psykisk helse.

Visjonen til OSS er «bedre helse gjennom samhandling». OSS skal videre legge til rette for en god samhandlingskultur på Sørlandet som vil gi fornøyde brukere, effektiv ressursutnyttelse, nytenkning og implementering av «best praksis», gode helseresultater og faglig sammenhengende helsetilbud (Årsrapport 2012 - OSS).

5.7.2 RS

Hver kommuneregion har opprettet hvert sitt regionale samarbeidsutvalg (RS). Her er det representanter fra helseforetaket, kommunene i regionen, brukerrepresentanter og ansattrepresentanter. Viktige oppgaver for RS er følgende:

- Initiere, igangsette og evaluere regionale samhandlingstiltak
- Følge opp, vedlikeholde og evaluere delavtaler i egen kommuneregion
- Sikre hensiktsmessig organisering og bemanning av samhandlingstiltak som partene blir enige om å iverksette
- Opprette faggrupper/fagutvalg hvor oppgaven er knyttet opp mot lokale behov i denne kommuneregionens ansvarsområde
- Sørge for informasjon, forankring og støtte i egen organisasjon om det praktiske samhandlingsarbeidet

5.7.3 Fagutvalg, faggrupper og prosjektgrupper

Hvordan er så organiseringen rundt oppgaver knyttet til reformen? Det er tre måter kommunene og helseforetaket organiserer seg, og det er enten i et fagutvalg, en faggruppe eller en prosjektgruppe.

Et fagutvalg jobber med oppgaver og utfordringer av varig karakter eller med lang tidshorisont. Disse er beskrevet i delavtalene eller så blir de prioritert av OSS.

En faggruppe jobber med tidsbegrensede oppgaver og utfordringer.

En prosjektgruppe er sammensatt ut fra prosjektets mål og krav til ressursinnsats. Denne typen organisering brukes når det er hensiktsmessig. Særskilte prosjekt søker i fellesskap om prosjektmidler eller ser på muligheten for et felles spleiselag.

Alle disse organisasjonsformene kan enten være felles for hele Agder (OSS-nivå), for en kommuneregion (RS-nivå) eller for enkeltkommuner.

5.7.4 Overordnet samarbeidsavtale - OSA

Overordnet samarbeidsavtale (OSA) mellom helseforetak og den enkelte kommune er en del av en avtalestruktur som bygger på anbefalinger fra nasjonal veileder fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD 2013) for inngåelse av avtaler mellom kommune og helseforetak. Samarbeidsavtalen mellom helseforetaket (SSHF) og den enkelte kommune skal regulere samarbeidet. Den er lovpålagt og ansees som et juridisk bindende dokument mellom foretak og den enkelte kommune. I korte trekk inneholder avtalene blant annet: hvem som er avtalens parter, formål med avtalen, virkeområde, samarbeidsformer, plikt til gjennomføring og forankring, involvering av pasient- og brukerorganisasjoner, håndtering av uenigheter (konflikthåndtering) i tillegg til presiseringer om blant annet avtalens varighet, oppsigelse og lokale tilpasninger med den enkelte kommune. Da avtalen ble signert i begynnelsen av 2012, ble det forutsatt at avtalen skulle suppleres med delavtaler.

Samtidig med avtalesigneringen ble også fire delavtaler underskrevet:

- Felles forståelse av hvilke helse- og omsorgsoppgaver SSHF og kommunene er pålagt (gråsoneproblematikk) – (delavtale 1)
- Utskrivningsklare pasienter (delavtale 5)
- Innleggelse sykehus (delavtale 3)
- Akuttmedisinsk kjede, omforente beredskapsplaner (delavtale 11)

Ytterligere sju delavtaler ble utarbeidet og godkjent innen 30.6.2012. I tillegg har partene signert tre mer eller mindre frivillige avtaler.

5.7.5 Delavtaler

Fremforhandlede avtaler mellom SSHF og de enkelte kommunene på Agder:

- Delavtale 1: Oppgave- og ansvarsfordeling
- Delavtale 2: Om samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende omsorgstjenester til pasienter med behov for langvarige, sammensatte og koordinerte tjenester.
- Delavtale 3: Retningslinjer for innleggelse i sykehus
- Delavtale 4: Beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp etter § 3-5 tredje ledd
- Delavtale 5: Om retningslinjer for samarbeid for utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon
- Delavtale 6: Retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering
- Delavtale 7: Samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid
- Delavtale 8: «Samarbeid om jordmortjenester»
- Delavtale 9: Samarbeid om IKT-løsninger lokalt
- Delavtale 10: Samarbeid om forebygging
- Delavtale 11: Akuttmedisinsk kjede og omforente beredskapsplaner

I tillegg har alle kommunene inngått egne mer eller mindre frivillige samarbeidsavtaler med Sørlandet sykehus Helseforetak (SSHF):

- Delavtale 12: håndtering av avvik og etablering av tilbakemeldings- og evalueringssløyfer
- Delavtale 13: uenighet og konflikthåndtering
- Delavtale 14: Om analyse/styringsdata angående bruk av helsetjenester på begge nivå

Tabell: De ulike delavtalene mellom kommuner og helseforetak

Nedenfor følger noen eksempler på hvordan man har organisert samarbeidet mellom kommuner og sykehus i praksis gjennom fagutvalg og faggrupper. Temaene knytter seg til innholdet i delavtalene nevnt ovenfor.

Eksempler på fagutvalg på OSS-nivå:

- Akuttmedisinsk kjede
 - o Initiert av OSS, et fagutvalg mellom SSHF og de tilhørende legevaktsentraler i Agder som består av fagpersoner med beslutningsmyndighet, for å følge opp forpliktelsene i delavtale 11
- Analyse og styringsdata (delavtale 13)
- Beredskap (delavtale 11)
- eHelse og Velferdsteknologi (delavtale 9)
- IKT-forum (delavtale 9)
- Medisinsk fagutvalg

Eksempel på faggruppe på OSS-nivå:

- Legemiddelliste som fungerer mellom nivåene (delavtale 1)

Eksempler på fagutvalg på RS-nivå:

- Lister: Psykisk helse og rus (delavtale 1)
- Lister: Velferdsteknologi og telemedisin (delavtale 9)

Eksempler på faggrupper på RS-nivå

- KØH Farsund (delavtale 4)
- KØH Flekkefjord/Lyngdal/Kvinesdal/Lund (og Hægebostad) (delavtale 4)
- KØH Kristiansand, Lillesand, Birkenes (delavtale 4)
- KØH Lindesnes
- KØH Setesdal
- KØH Sirdal
- KØH Søgne og Songdalen
- KØH Vennesla og Iveland

Tabell: Ulike eksempler på fagutvalg og faggrupper (OSS-nivå og RS-nivå)

5.7.6 Helse Sør-Øst RHF og sykehusforvaltningen

Helse Sør-Øst er eier til Sørlandet sykehus HF. De regionale helseforetakene arbeider litt mer strategisk og overordnet og deres viktigste oppgaver er:

- 1) Sikre at pasientenes rettigheter blir oppfylt, de skal opptre på vegne av brukernes interesser og at alle oppgaver som er fastsatt i lovverket blir oppfylt.
- 2) De skal være foretaksledere og opptre som eiere av helseforetakene, hvilket innebærer at de skal være økonomisk ansvarlige, hindre budsjettoverskridelser og sikre kostnadskontroll.

Også det regionale helseforetaket vil møte utfordringer knyttet til Samhandlingsreformen. Alt fra etikk til økonomi og ledelse vil gi utfordringer fremover. Da blir nøkkelen å vite hvilke knapper man skal trykke på for at helseforetakene og helsepersonell som steller med pasientene i det daglige skal gjøre en best mulig jobb med tanke på effektivitet, kvalitet, produktivitet og medmenneskelighet. På det strategiske nivået som det regionale helseforetaket opererer på vil det være naturlig å tenke synergieffekter i alt hva man foretar seg.

5.7.7 Ansvar og roller rundt samhandlingsreformen

Departementsråden i Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) leder en koordineringsgruppe der også Kommunal- og regionaldepartementet, Kunnskapsdepartementet, KS, fylkesmennene, de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet er representert.

1.juli 2011 ble det også opprettet et eget nettverk som har i oppgave å overvåke reformarbeidet og rapportere til HOD og koordineringsgruppen.

HOD vil sørge for at iverksettelsen av reformen skjer i nær dialog med brukerorganisasjoner, ansattes organisasjoner og andre interessegrupper. Det er videre inngått en intensjonsavtale mellom departementet og KS for å samarbeide om gjennomføringen av samhandlingsreformen (helsedirektoratet.no/ansvar-og-roller).

5.7.8 Utviklingsplan 2030

Med Utviklingsplan 2030 ønsker man å se helheten i et langsiktig perspektiv slik at SSHF kan være forberedt på fremtiden som kommer og møte fremtidige behov på en tilfredsstillende måte.⁴ Hvordan skal f.eks. sykehuset tilby helsetjenester i 2030? Store endringer ventes både innenfor befolkning, pasientforløp, teknologi, økonomi og samfunnsmessige forhold etc. Det er også klart at store deler av bygningsmassen til SSHF er moden for opprustning. Hvordan dette skal gjøres skal også inngå i Utviklingsplan 2030. Samarbeid med kommunene på Agder

⁴ SSHF (2013). *Utviklingsplan 2030*. Tilgjengelig fra <http://sshf.no/omoss/utviklingsplan-2030/Sider/side.aspx>

blir også viktig, og det er per i dag deltakelse fra kommunene i arbeidsgrupper tilknyttet planen, og OSS skal bli brukt som referansegruppe.

6.0 Drøftingsdel

I denne delen er målsetningen å få svar på spørsmålene jeg stilte innledningsvis i oppgaven. Jeg vil ta utgangspunkt i nettverksteorien der jeg skisserte opp fordeler og ulemper med interkommunalt samarbeid (Jacobsen 2010; Røiseland og Vabo 2012). Jeg vil videre redegjøre for flere av funnene jeg gjorde under intervjuene med informanter fra kommuner og helseforetak. Drøftingen er egentlig todelt. Den første delen vil omhandle forholdet mellom kommuner og sykehus omkring samhandlingsreformen, mens den andre delen vil handle om hvordan kommune-Norge best kan håndtere de kommende utfordringene på helseområdet i årene fremover. En slik diskusjon hører med der samarbeidsløsninger om oppgavefordeling mellom ulike forvaltningsnivå står sentralt.

6.1 Partnerskapet mellom helseforetak og kommuner – organisering og samarbeid

Nettverksstyring mellom helseforetak og kommuner

I teoridelen nevnte jeg tre sentrale aspekter i definisjonen om samstyring i gjensidig avhengighet, følelsen av likeverdige parter som er med på like vilkår og at alle parter er med i nettverket fordi de ønsker å få til noe sammen (Røiseland & Vabo, 2012, s. 22). Alle disse aspektene føler jeg er tilstede i det man har valgt å kalle samstyring. Når det gjelder gjensidig avhengighet er både sykehus og kommuner helt avhengige av hverandre for å kunne samarbeide omkring samhandlingsreformen.

At partene oppfattes som likeverdige er viktig skal et partnerskap kunne fungere. I forholdet mellom sykehus og kommuner er det lett å tenke seg at helseforetaket har en liten fordel rundt forhandlingsbordet. Det er tross alt de som er spesialister på helse, mens kommunene mer er generalister. En informant uttalte seg slik:

«Det at kommunene har organisert seg i regioner, har bidratt til økt likeverdighet. Når vi opptrer sammen får vi et bedre fundament. Så jobber de fem regionene også tett sammen. Mye på noen områder, og litt mindre på andre områder».

Kommunene og sykehuset plikter å jobbe sammen om implementeringen av reformen. Spørsmålet man kan stille seg er om partene hadde samarbeidet om det var basert på frivillig samarbeid. Et aspekt ved samstyring er at alle involverte i nettverket er med fordi de ønsker å få til noe sammen. I dette tilfellet må man anta at både sykehus og kommuner vil det beste for befolkningen når det kommer til helse og omsorg.

Hva slags partnerskap er det mellom kommunene og helseforetaket?

Fra teoridelen var forutsetninger for partnerskap at partene kunne gjøre forpliktende beslutninger på vegne av andre. Videre at det måtte være av en viss varighet og stabilitet, at deltakerne måtte bidra med noe og at det var en viss grad av formalisering.

Når det kommer til forpliktende beslutninger i OSS, som er det overordnede samarbeidsutvalget mellom partene, så kan det ikke tas noen formelle beslutninger her. Det gjøres i kommunestyret i den enkelte kommune. Som en informant sa det:

«OSS er et rådgivende organ, de har ikke beslutningsmyndighet, men det er en arena for samhandling».

Partnerskapet har helt klart en viss varighet og stabilitet over seg, kommuner og sykehus har samarbeidet på helseområdet i flere år på helseområdet. Samarbeidet er formalisert gjennom felles avtale (OSA), og begge parter har bred deltakelse. I OSS sitter det folk både fra kommuner og sykehus, så man kan på mange si at man oppfyller kriteriene fremsatt i teoridelen for at man kan kalle relasjonen mellom sykehus og kommuner for et partnerskap.

Det finnes ulike former for partnerskap. I teoridelen nevnte jeg byttebaserte partnerskap som er mest sentrale innenfor markedet. Koopterende partnerskap finner man mellom det offentlige på den ene siden og markedet eller sivilsamfunnet på den andre siden.

Institusjonelle partnerskap ble vist til som en nettverksstyringslogikk hvor deltakerne måtte være gjensidig avhengige av hverandre. Hvis man skal definere partnerskapet mellom sykehus og kommuner ville det være mest naturlig å plassere relasjonen under «institusjonelle partnerskap». I og med at samarbeidet ikke består av frivillige aktører blir det likevel ikke helt riktig. Da staten er sterkt inne som tredjepart blir det mer naturlig å kalle partnerskapet for et pålagt eller «mandatorisk» samarbeid» (Rodriguez mfl. 2007).

Oppgaver og organisering

Helseforetaket har en egen samhandlingssjef som også er sekretær og saksleder i Overordnet strategisk samarbeidsutvalg, OSS. Lederen for OSS er for tiden administrerende direktør ved SSHF, men dette vervet har tradisjonelt gått på omgang mellom kommuner og helseforetak. Samhandlingssjefen deltar også på alle regionale samarbeidsutvalg (RS) rundt om i regionen, fra Listerregionen i vest til Østre Agder i øst.

OSS har ca. fire møter i året, mens RS-ene har mellom fire og seks møter. Det høres ikke mye ut, men arbeidsdagen for de som arbeider med samhandlingsreformen på Agder består stort sett av møtevirksomhet. Det er nærmest møter hele tiden. En av informantene sa:

«Jeg tror vi har hatt 48 møter i helsenettverket, av en dags varighet. Det er en del møter, og det er en del ressurser som går med. Man må hele tiden spørre seg; hva har merverdien vært for oss? Jeg er nok der nå, at vi må revurdere organiseringen, og jobbe mer målrettet på prosjekter. Det vil nok ikke falle i god jord hos de andre!»

Samhandlingssjefen er nøye med å påpeke forskjellen på papir og praksis:

«Det er jo når du setter fagfolk sammen i fagutvalg eller faggrupper, det er jo da dette blir noe mer enn papir!» Da blir det handling gjennom en tilrettelegging i fagutvalget».

OSS kan selv opprette fagutvalg og faggrupper, for å jobbe med problemstillinger som er felles for hele Agderregionen. RS-ene kan igjen opprette sine egne fagutvalg og faggrupper, men da blir det å fokusere på saker som er mer lokale innenfor den enkelte region.

Samhandlingsreformen er på mange måter også en oppgaveoverførings- og kompetanseoverføringsreform:

«Det kan fort bli en av flaskehalsene for effektiv reformimplementering, at vi ikke klarer å få til den kompetanseoverføringen fra helseforetaket til kommunene som er nødvendig. Klarer man ikke det, hjelper det ikke at pengene er der».

Jeg var interessert i å vite hvordan prosjektene omkring samhandlingsreformen var organisert. En av informantene ga følgende svar:

«Det er et svært spørsmål, du vil finne mange varianter. Det som skjer på OSS-nivå er ikke vertskommunebasert. Ute i regionene finner man prosjekter med styringsgruppe og gjerne en prosjektgruppe».

OSS kan på mange måter sees på som et styringsnettverk, jf. teorien til Klijn (2008). Typisk for et slikt nettverk er at det ikke relaterer seg direkte til produksjon av en vare eller tjeneste, men at det går mer på overordnet styring og koordinering. De regionale samarbeidsutvalgene som er underlagt regionrådene er også på mange samme type nettverk. Disse kan samhandle både vertikalt (med andre utvalg) og horisontalt (kommuner og helseforetak).

Avtaleverket i samhandlingsreformen

Arbeidet omkring delavtalene har vært viktig i innføringen av reformen lokalt i kommunene. For effektivitetens skyld kommuniserer helseforetaket til kommunene gjennom de fem helsenettverkene (RS-ene). Samtlige kommuner har blitt enige om alle delavtalene per dags dato, men det betyr ikke at forhandlingsprosessen gikk knirkefritt. Ulike erfaringer kom frem gjennom intervjuene:

«Delavtale 1 går på overføring av oppgaver, gråsoneproblematikk. Sykehuset står overfor store utfordringer i forhold til å bygge ned, og ha færre senger, og så sier de; dette skal kommunene overta! Følger pengene med? Det er slettes ikke sikkert, og så er det ikke sikkert at vi skal overta alle oppgavene».

Delavtale 5 som handler om retningslinjer for samarbeid for utskrivningsklare pasienter har vært problematisk for flere av regionene å få gjennom. Mye av årsaken til dette har vært mangel på epikriser og medisinaliste når en pasient har blitt definert som utskrivningsklar.

En annen informant svarte dette:

«Ingen var vanskelig å få gjennom politisk, fordi det ble «overload. Hva hadde skjedd om vi ikke skrev under avtalene? Det kom samtidig med innføringen av reformen, dokument på dokument. Det ble altfor mye for politikerne å sette seg inn i, så de måtte bare stole på at administrasjonen hadde gjort jobben sin».

En tredje informant svarte dette om arbeidet med delavtalene:

Det var store utfordringer med delavtale 5, men den har vi nå landet. Det var to ting vi var spesielt uenige om og det var blant annet utskrivningstidspunktet eller meldingstidspunktet, altså når du melder en pasient som utskrivningsklar.

Alt i alt viser funn fra intervjuene at det har vært mest problemer og uenigheter knyttet til delavtale 1 om oppgave- og ansvarsfordelingen og delavtale 5 om betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter.

Formalisering

Partnerskapet mellom kommuner og sykehus er formalisert gjennom samarbeidsavtaler. I tillegg til en et stort lovverk på helseområdet, først og fremst gjennom helse- og omsorgstjenesteloven, hvor både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten har klare

ansvarsområder, er det spesielt delavtale 1 som tar for seg oppgave- og ansvarsfordelingen mellom kommuner og helseforetak.

OSS som riktig tilnærming til samhandlingsreformen

Jeg diskuterte ovenfor organiseringen av OSS. Jeg var interessert i få svar på om dette var riktig tilnærming til møtet med samhandlingsreformen. En av informantene sa:

«Det er klart det er krevende hvilke saker som skal tas opp, og hvilke som ikke skal tas opp og om oppgaveoverføringen fra sykehuset til kommunene faktisk skjer i tråd med avtaleverket. Man skal ikke underbygge betydningen av å ha bygd opp relasjoner – på ledernivå – så om du ikke kan si at vi oppnådde det, og vi oppnådde det – så får du bygd opp en tillit og en relasjon som er forutsetningen for å få ting til. Sånn er det, og da er OSS, ikke bare opp mot sykehuset, men kunnskapen om hverandre i regionene, gull verdt!»

En annen av informantene var litt mer skeptisk til ordningen med OSS:

«Det kommer an på hva forventningene er. Det fungerer godt som et kommunikasjonsorgan på ledernivå. Det er tross alt fire ganger i året topplederne i regionene treffes. Det er et bra organ å ta konsensusbeslutninger på viktige satsinger. Brukerrepresentasjon, LO, og folk fra sykehuset er til stede. Skal det bli driv i dette arbeidet er det ikke nok å treffes fire ganger i året og ha det hyggelig og diskutere. Det er viktig å ha folk som jobber i linja, som kan ta beslutninger i de møtene, og det har tatt litt tid å få i stand slike strukturer. Jeg synes ikke det fungerer tilfredsstillende. Men reformen er fortsatt som fersk å betegne, så det vil kanskje bli bedre etter hvert».

OSS som propp i systemet

Jeg var interessert i å finne ut om OSS kunne bli sett på som en propp i systemet, at det kunne bli for tungrodd i forhold til effektivitet. En av informantene mente dette:

«Nei, vi har ikke følt det sånn. OSS fatter ikke noen vedtak. Men det er en ok arena for å komme og avstemme ting i fra, men det skjer vel så mye i Arbeidsutvalget som forbereder sakene til OSS, det er jo der de setter dagsorden og lager forslag til vedtak. Det er jo sjeldent at det ikke blir slik som det blir fremsatt i AU».

Arbeidsutvalget eller AU er et forberedende møte til OSS bestående av samhandlingskoordinatorer i regionene og representanter fra klinikkene ved helseforetaket.

OSS som demokratisk utfordring

En annen informant peker på den demokratiske utfordringen med OSS, at det blir et ekstra nivå:

«Det blir et ekstra nivå, som krever ressurser, det er en utfordring politisk. Det er også en utfordring at ledelsen på sykehuset sitter og sier ja eller nei, mens regionrepresentantene bare kan svare for egen kommune. Så var det kanskje ting som burde vært sjekket ut politisk i alle kommunene, og der er vi for dårlige, rett og slett».

Utfordringer med interkommunalt samarbeid og styring gjennom nettverk

En av de største utfordringene med styring av interkommunalt samarbeid er den demokratiske utfordringen. Problemer som fragmentering, ansvarsforvitring og uthuling ble nevnt i teoridelen. Dette kommer tydelig til syne også i forhold til OSS. En uthuling av oppgaver relatert til helsesektoren forsvinner fra de tradisjonelle kommunestyrene til diskusjon og konsensusbeslutninger på regionalt nivå, og altså til OSS-nivå. Mange vil mene at dette svekker demokratiet, i og med at en vanlig kommunepolitiker kanskje holdes unna mange av prosessene som gjøres rundt helsepolitikken og heller må ta til takke med å stemme for eller mot et forslag som kommer opp i kommunestyret.

Med ansvarsforvitring tenker man først og fremst at det er vanskelig å vite hvem som er ansvarlig for et politisk vedtak som blir gjort. For den vanlige borger kan det være vanskelig å vite hvem man skal holde «ansvarlig» hvis det er noe man ikke er fornøyd med når det kommer til politiske beslutninger. Også for kommunepolitikere kan det med interkommunalt samarbeid være vanskelig å vite hvor «makten» egentlig sitter.

Et godt eksempel er utlendingsfeltet. De siste årene har det blitt foretatt mange endringer på feltet, både Utlendingsdirektoratet (UDI) og Utlendingsnemnda (UNE) fremstår som sterke aktører med mye autonomi, som er blitt vanskeligere og vanskeligere å styre gjennom instruks fra en statsråd. Det kan ta flere år å få gjennomslag for endringer, selv de mest prekære, det er bare å ta en titt i avisene når det skrives om et tema som asylpolitikk. Det er mye byråkrati, og med et så omfattende lovverk at selv ikke justisministeren selv har den fulle oversikt, viser det at det er et noe tungrodd system for raske endringer. Dette er et bare ett av mange eksempler i dagens byråkrati-Norge. NAV-reformen har fått kritikk for å føre til mer byråkrati enn mindre som var et av målene med reformen. Mange vil påstå at denne reformen bare er en skrivebordsreform. I dette ligger det at kun har blitt foretatt endringer strukturelt og at gevinsteffekter av samordningen av tre etater har uteblitt og heller ledet med seg nye

problemer og utfordringer. Håpet er at samhandlingsreformen ikke følger i samme spor. Dersom reformen skal bli vellykket, må først og fremst «midlene hellige målet», insentivene må være i takt med utfordringsbildet som er blitt fremlagt av regjeringen. Dersom det ikke er samsvar mellom disse kan man likegodt lage en ny politikk på helse og omsorg som er bærekraftig og ikke minst levedyktig på sikt.

En av tankene bak opprettelse av styrer og utvalg på tvers av kommunene, og dertil økende fristilling, er at politiske og administrative beslutningsorganer skal unngå en informasjonsoverbelastning. Dette gjøres gjennom å opprette samarbeidsarenaer med et lokalt handlingsrom. Ifølge Aars og Fimreite (2005) er det problematiske med dette at politikerne opplever en svekket styrings- og påvirkningsmulighet, nettopp fordi informasjonen aldri kommer til dem. Når det er snakk om ansvar, vil det også være lettere å sno seg unna med en slik organisering.

Det kan også være problematiske sider knyttet til forholdet velger og representant. En politiker som sitter som representant i et utvalg i et nettverkssamarbeid vil ikke være direkte ansvarlig for velgerne. Det vil egentlig være flere «eiere» i et interkommunalt samarbeid, og slik sett være vanskelig å ansvarliggjøre den enkelte representant.

Elitedannelser blir også nevnt når man snakker om interkommunalt samarbeid (Jacobsen 2010). I dette så ligger det at visse politikere får flere arenaer å spille på, og blir dermed sett på som udemokratisk og til en viss grad også urettferdig. I tillegg til å representere egen kommune er noen også med i utvalg og råd som hører til under det regionale nivået, i denne sammenheng regionråd og regionale samarbeidsutvalg.

6.1.1 Fordeler med nettverk

I teoridelen nevnte jeg en rekke fordeler med nettverksformen som effektivitet, kvalitet, robusthet og styring. Jeg vil nedenfor drøfte disse opp mot regionene jeg har studert og interkommunalt samarbeid generelt.

Effektivitet

Det første man tenker på under effektivitet er stordriftsfordeler. Christiansen-utvalget (NOU 1992:15) anbefalte i sin tid en kommunestørrelse på minst 5 000 innbyggere. I 2008 var omtrent halvparten av norske kommuner under 5 000 innbyggere. Det sier seg selv at det er vanskelig å oppnå stordriftsfordeler i små kommuner. Befolkningsgrunnlaget er altfor lavt, og i mange av disse kommunene bor også innbyggerne spredt. Dersom man skal snakke om

stordriftsfordeler må det dreie seg om tjenester med skalafordeler, det vil si at kostnaden per enhet reduseres med økt produksjonsvolum. Man må også ta hensyn til geografien. Dersom det er store avstander i kommunen og dårlig infrastruktur og kommunikasjonsmønstre, er det ikke sikkert stordriftsfordeler lar seg realisere.

Sammenslåinger av tjenester og tilbud kan gi økt kostnadseffektivitet i form av lavere personalkostnader. Man vil da oppnå mer robuste fagmiljøer og mindre bruk av vikarer eksempelvis. Det vil også være en større nytteverdi knyttet til at man reduserer ulikheter i helsetilbud på tvers av kommuner. De kommunene med et dårlig tilbud vil få bedre tilbud, mens kommuner med et allerede godt tilbud ikke vil bli påvirket, men samlet sett vil man kunne snakke om en økt nytteverdi.

Samhandlingsreformen sier det er hensiktsmessig med en befolkningsmasse mellom 20 000 – 30 000 innbyggere for å sikre effektiv og god drift av døgnplasser som inkluderer observasjon, utredning, etterbehandling og lindrende behandling med såkalte lokalmedisinske tjenester og sentre (St.meld.nr.47 (2008-2009): s. 64). Dette er bare en av årsakene til at kommuner har valgt å samarbeide på helseområdet.

Agder består av mange små kommuner, hele 15 av 30 kommuner på Agder har en befolkning på under 5 000 innbyggere. Ser man på kommuneregionene er Setesdal Regionråd og Lindesnesregionen regionene med færrest innbyggere med henholdsvis 7 000 innbyggere og 25 000 innbyggere. Hvis man har i bakhodet at det ideelle innbyggertallet for å drive lokalmedisinske tjenester er mellom 20 000 og 30 000 innbyggere, så sier det at Setesdalsregionen ikke har nok innbyggere for å utnytte et slikt tilbud fullt ut. Her har man da også valgt å organisere det litt annerledes enn de andre i et vertskommunesamarbeid fra Evje og Hornnes omkring Lokalmedisinske tjenester Setesdal.

Små kommuner har høyere utgifter til eksempelvis eldreomsorg enn store kommuner. En kommune som har mellom 2 000-5 000 innbyggere bruker i gjennomsnitt 76 000 kroner per eldre innbygger, mens en kommune som har mellom 10 000 og 20 000 innbyggere bruker i underkant av 60 000 kroner per eldre innbygger (Huseby & Paulsen 2009).

Kommunestørrelse og bosettingsmønster er med på å påvirke dette. Små kommuner klarer ikke å utnytte stordriftsfordelene like godt i institusjonsomsorgen enn de store kommunene, og de små kommunene har også en større andel eldre som bor på institusjon, og dermed øker utgiftene til denne gruppen.

Kvalitet

Med interkommunalt samarbeid tenker man også at kvaliteten vil økes. Både med tanke på tjenester og kompetansepersonell vil en liten kommune dra nytte av å være med i et større fellesskap. I forbindelse med samhandlingsreformen er det flere av kommunene som sammen deler på en felles kreftkoordinator. Å få en slik ressurs til å jobbe i en liten kommune hadde nok ikke vært mulig dersom det ikke var for interkommunale løsninger. Også for innbyggerne er det positivt med bedre tjenester og et mer kompetent helsepersonell. Hvis man mangler kompetanse et sted, kan det være at denne kompetansen er på plass andre steder i nettverket.

Robusthet

Med robusthet tenker man at store regioner er mer stabile og forutsigbare. De største regionene på Agder er Knutepunkt Sørlandet (130 000 innbyggere) og Østre Agder (89 000 innbyggere). De to største byene Kristiansand og Arendal har ikke bare hvert sitt sykehus, men de drar også en rekke fordeler ressursmessig fordi de er såpass store. Tilbudene i disse kommunene er større enn i f.eks. Sirdal og Åseral på nærmest alle områder. Samtidig som det er viktig å påpeke at det er ikke alltid det er best å være flest. Ventetiden hos legevakten er nok større i Kristiansand kommune enn i en litt mindre kommune med tilsvarende tilbud.

Styring

Styring kan sees på som både et problem og en mulighet i interkommunale samarbeid. Mange problemer som kommunene stadig må hankses med er på mange måter grenseoverskridende, og disse løses best gjennom nettverkløsninger. Med flere deltakere vil også styringskapasiteten øke. Når det kommer til samhandlingsreformen, styrer regionene gjennom egne nettverk som for Knutepunkt Sørlandet betyr HSO-nettverket, og skal man gå videre et nivå, vil man komme til OSS, der man møter folk fra andre regioner i tillegg til helseforetaket.

Dette med nettverk sees av de fleste på som noe positivt. Da kan man ha folk som kun fokuserer på et avgrenset område hvor det kreves god kunnskap på et spesifikt område. Det er ingen tvil om at diskusjonen omkring samhandlingsreformen fungerer best i et møte i det regionale samarbeidsutvalget fremfor at hver kommune skal sitte og snakke om de samme tingene hver for seg. Alle ønsker nok å være seg selv nærmest, men i det store og hele lønner det seg nok, spesielt for småkommunene, å se til de litt større aktørene.

Et annet poeng er at nettverk som OSS ikke har innslag av politikere. Helsenettverkene (RS-ene) forholder til regionrådene, og der sitter politikernes. Mye ekspertise på helse og omsorg er samlet i helsenettverkene, og man kan jo tenke seg i ytterste konsekvens at mye nærmest blir

meislet ut i nettverkene slik at de bare kan hamres gjennom i kommunestyrene. Slik sett kan denne ordningen kritiseres for å være udemokratisk siden det ikke er innslag av folkevalgte politikere i helsennettverkene.

6.1.2 Hva mener informantene om interkommunalt samarbeid?

I løpet av intervjuene kom vi inn på temaet interkommunalt samarbeid. Det er helt klart både fordeler og ulemper med en slik samarbeidsform. Jeg ba informantene om de kunne si noe om hvilke fordeler og ulemper de så med denne samarbeidsformen. Nedenfor gis et sammendrag av funnene:

Fordeler med interkommunalt samarbeid:

- Mer robuste fagmiljøer
- Kommunene hadde ikke klart oppgavene alene (innenfor helse)
- Større gjennomslagskraft
- Kan dele på byrdene (f.eks. dele på «informasjonsoverloaden»)
- Flere hoder tenker bedre enn ett.
- Mer effektivt å samordne prosjekter på tvers av kommunene
- Bedre samarbeidsklima og relasjoner mellom kommunene

Ulemper med interkommunalt samarbeid:

- Tungrodd når det meste skal opp i flere kommunestyrer – manglende beslutningseffektivitet
- Manglende finansiering av felles prosjekter dersom noen trekker seg ut
- Demokratisk underskudd
- Krever at man samarbeider – ikke alltid like lett
- Tilliten til politikerne svekkes
- Kan bli fordelingskonflikter omkring lokalisering
- utfordringer mellom kommuner med store forskjeller (storebror-småsøsken)
- Har man egentlig noe valg?

Som man kan se av fordelene som ble påpekt av informantene, så ser man at typiske fordeler som robusthet, effektivitet, kvalitet og styringskompetanse går igjen. I tillegg nevnes det bedre samarbeidsklima og relasjoner mellom kommunene. Dette er et viktig poeng. Ved kommunesamarbeid vil man kanskje unngå «nabofeider» fordi man ikke kommuniserer med

hverandre. Samarbeider man om noe får man også følelsen av å stå på samme lag, og dermed vil det også blir mer gemyttlig stemning mellom kommunene i de aller fleste tilfeller.

Av ulemper nevnes flere interessante, blant annet at det kan bli: ineffektivt og tungrodd, usikkerhet med tanke på finansiering, demokratiunderskudd, manglende tillit til politikere, fordelingskonflikter og vanskeligheter dersom forskjellene blir for store mellom deltakerne.

«Jo flere kokker, jo mer søl». Med tanke på at de fleste interkommunale organer mangler beslutningsmyndighet kan det selvsagt tenkes at mye diskuteres litt for mye til at man kalle det et effektivt organ i praksis. Flere av informantene påpekte mye byråkrati og møtevirksomhet i hverdagen. Spørsmålet er om det finnes bedre og mer effektive løsninger for å løse de interkommunale utfordringene. En av informantene sa følgende på spørsmål om samhandlingsreformen ville føre til mindre byråkrati:

«Mindre byråkrati? For å si det slik, det kan bli mye god sysselsetting rundt dette!»

En annen informant hadde følgende å si om byråkratiseringen rundt samhandlingsreformen:

«Tungrodd i større kommuner, flere mailer som skal sendes ut... Det blir mer byråkratisk, det blir mer krav til å følge de prosedyrer som er for overføring på riktig måte, for ellers mister vi helt kontrollen».

I teoridelen ble det nevnt at transaksjonskostnader kan være et problem ved nettverk. Også i nettverk som OSS og andre utvalg og grupper på nettverksnivå kan man drøfte hvorvidt de samarbeidsløsningene man har er de beste når det kommer til stykket.

I forhold til OSS kan det bli et «omdømmeproblem» hvis befolkningen føler at det tas for mange beslutninger i et slikt fora fremfor å fremmes i kommunestyrene. Selv om OSS ikke er et direkte beslutningsorgan kan man kanskje se for seg at det som bestemmes her, ukritisk hamres lettere gjennom i kommunestyresalen etterpå.

Denne fragmenteringen vil ha konsekvenser for innbyggerne i den grad at det øker uklarheten og minsker innsikten på hva kommunene egentlig har ansvaret for og hvem som har ansvar når det kommer til stykket. Innbyggerne vil gjerne vite hvem som er ansvarlige for et vedtak eller hvem som har ansvaret for en tjenesteproduksjon i kommunen, og med mye fragmentering, kan dette vise å være et problematisk område.

6.1.3 Kommuner og sykehus – to ulike kulturer

Det er nok ikke helt uproblematisk et partnerskap mellom kommuner og sykehus. Først og fremst er det to ulike kulturer som møtes. Helseforetakene er gjerne opptatt av å unngå å gjøre feil», stille riktig diagnose og gi riktig behandling. Fokus på rehabilitering og hvordan det går med pasienten etterpå står kanskje ikke høyest på prioriteringslisten. Det er her kommunene forventes å komme inn. Nå må kommunene med på et mye tidligere tidspunkt enn før.

Samtidig er det nok en antakelse om at kommunen er mer opptatt av å se på innbyggerne i et helhetsperspektiv enn helseforetakene. Som kjent er det ikke bare rehabilitering og andre omsorgsformer som er et kommunalt anliggende, de skal også sørge for at innbyggerne har et godt tilbud med for eksempel barnehager og skoler. Områdene spenner over mange felt, ikke bare helsetjenester som sykehuset forventes å ta seg av.

Etter intervjurunden var inntrykket at kommunene samarbeider godt både med hverandre og opp mot sykehuset. Uenigheter løser man på veien, selv om man kanskje må gå noen omveier iblant. Partene virker også å ha tillit til hverandre. I et samarbeid om helse og omsorg står dette sentralt. Selv om samarbeidet er bra pekes det likevel på kulturforskjeller partene i mellom:

«I kommunene er det politikere - demokratiet som styrer. Sykehuset har ikke det. De har et sykehusstyre, har de valgt det selv? Det er jo ikke noen politisk valgte der. Så det er en kulturforskjell bare i styringssettet. Når sykehuset mener sånn og sånn, dette kan jo bare kommunene gjøre, så har ikke de skjönt at før vi kan gjøre det så må det en politisk behandling til, blant demokratisk valgte. Der er kulturforskjellen».

En annen sier om det samme:

«Det er et annet fokus og en annen finansieringsmodell. De har stort sett sin virksomhet på tre områder, Kristiansand, Arendal og Flekkefjord, og er mye mer homogene, mens 30 kommuner, med 30 kommunestyre og 30 formannskap - det er klart det er annerledes, vanskeligere å få et felles trøkk mot sykehuset. Kommunen har et mye videre spekter. Hele befolkningen ønsker så lenge som mulig å slippe å få behandling på sykehuset, men de ønsker jo å bo i en kommune som er attraktiv. Det er ikke noe mål å komme på sykehuset, men når du først kommer dit skal du være sikker på at du får en trygg og god behandling».

En tredje informant peker på forskjeller i måter å jobbe på:

«Så er det kulturforskjeller i måter å jobbe på. Kommunene i helse og omsorg tenker i forhold til våre brukere på funksjonsnivå. Hva fungerer? Hva fungerer ikke? Hva kan vi gjøre for at du fungerer best mulig? Sykehuset er mer sykdomsrettet og skal reparere, så glemmer de å se på hva som faktisk fungerer hos pasienten. Og det har ikke vært like lett, spesielt i delavtale 5. Hvordan er funksjonsnivået? Når man snakker med sykehuset på telefon, de er ikke på nett! Kommunene kan selvfølgelig bli flinkere til å forstå sykehusets ståsted også. Dette går begge veier. Sykehuset har en annen kultur. Kommunene har et holistisk syn. Sykehuset har positivismen, hva funker og hva funker ikke? Hele grunnlaget deres er medisinen. Sånn tenker de nok på sykehuset, de er mer farget av legevitenenskapen, enn sykepleiere ute i kommunehelsetjenesten».

Tillit

Jo sterkere kultur, desto større tillit vil det være mellom ledelse og ansatte. I tilfelle med samhandlingsreformen på Agder er det helt nødvendig at helseforetaket og kommunene har tillit til hverandre. Tillit kan på mange måter fungere som et substitutt for informasjon og administrativ kontroll (Jacobsen & Thorsvik 2013: 127). Tillit henger gjerne sammen med samhandling over tid, og da flere av regionrådene på Agder har samarbeidet om helse i en årrekke kan man anta at de har høy tillit til hverandre. Som Andersen (2010, s.13) sier i en artikkel: «Jo mer man har hatt å gjøre med hverandre, jo bredere beholdning av erfaringer med vellykkete samarbeidsprosjekter som er høstet over tid; desto mer tillitsfulle relasjoner partene imellom». Både fra kommune til kommune og fra kommune til helseforetak. En av informantene sa det slik:

«Jeg opplever høy grad av tillit. Det med dialog, det å treffe hverandre ofte, det er kjempeviktig».

Informanten oppfatter alle kommunene som aktive når det kommer til samhandling, men at de gjerne har ulike fokusområder. De er forskjellige både når det kommer til geografi og bosetningsmønster, så det er egentlig ganske naturlig. Det er et engasjement ute i kommunene om å få til noe sammen.

Stiavhengighet

Det har i lang tid vært en samhandlingskultur på Sørlandet. Knutepunkt Sørlandet var tidlig ute med interkommunalt samarbeid, og samarbeidet på helseområdet startet lenge før implementeringen av samhandlingsreformen. Man kan snakke om at de har «a history of cooperation» (Andersen 2010). Mye av det tidlige arbeidet på samhandling har på mange

måter beredt grunnen for et fruktbart samarbeidsklima. Fra teorien bruker man begrepet «stivhengighet». Med dette så tenker man at beslutninger som fattes på grunnlag i beslutninger som er gjort tidligere. Et godt samarbeidsklima gjennom flere år har også gjort det lettere å samarbeide om reformen. Å bli enige om mål og strategi kan tenkes å være en mer smidig prosess når man kjenner de andre partene godt fra før. Som en av informantene sa det:

«Veldig mye av samarbeidet skjer ut i fra en relativt lik virkelighetsforståelse, og da er det også mye lettere å bli enige om målene».

En annen informant fortalte om det tidlige samarbeidet med OSS i forhold til samhandlingsreformen:

«OSS startet lenge før samhandlingsreformen, så det var jo en kultur for samhandling mellom kommuner og sykehus på Agder fra før»

Konfliktnivå og felles mål

En ting jeg la merke til når jeg var rundt og snakket med informantene var at de snakket lite om konfliktbegrepet. Jeg tenker at kommunesamarbeid og da spesielt interkommunalt samarbeid er velegnet når det er enighet om hvordan man løser problemene og hvem som eksempelvis har ansvar som vertskommune. Når det derimot oppstår konflikter, hvordan forholder partene seg da? Er det slik at partene bare kan trekke seg ut fra eventuelle forhandlinger? At det ble snakket lite om konfliktnivå kan skyldes flere årsaker. At det er tvunget samarbeid mellom kommuner og helseforetak rundt arbeidet med reformen er en ting. Da må man nesten bare bli enige om det grunnleggende og det som er mest prekært å få i boks til reformen skal være ferdig implementert til 2016. Så hvis det oppstår problemer underveis så bør alle parter gjøre det de kan for å få til en best mulig løsning.

En annen ting er at informantene kanskje ikke ville si dette under et åpent intervju. Kanskje hadde det kommet fram mer om det eksempelvis var en spørreundersøkelse. Det kan også være at siden kommuner og helseforetak på et overordnet nivå har de samme målene, nemlig å gi et bedre helsetilbud for innbyggerne, også gjør det lettere å samarbeide, samt løse problemer underveis.

Felles mål er viktig når man skal arbeide sammen. Jeg spurte informantene hvordan de så på dette og en av dem svarte følgende:

«Vi prøver å pense ut de områdene vi må jobbe sammen med. I den handlingsplanen vi lager så er vi enige om hva man ønsker å oppnå, så lager vi arbeidsgrupper og nettverk knyttet til det».

En annen informant snakket om en felles holdning i sin region:

«Alle skulle med» var tidlig en holdning, og det ble en tung prosess etter hvert. Så hadde vi en diskusjon: Sånn trenger det ikke være. Er det to eller tre som vil gå sammen om noe, så trenger ikke de andre være med fra prosjekt til prosjekt. Dere trenger ikke være med, det er lov å si at man ikke vil være med».

6.1.4 utfordringer

Alle regionene er forskjellige både med tanke på geografi og bosetting. De har også sine særpreg som gjør at utfordringsbildet for regionene som helhet spenner ganske vidt. Jeg spurte regionene om hvor de største utfordringene innenfor helse og omsorg lå fremover. En av informantene ga følgende svar:

«Det er vanskelig å få til tjenesteyting på tvers av kommunegrensene, innen helse- og sosialsektoren. Hvor skal tilbudet ligge? Det blir ofte en litt håpløs diskusjon. Du er nødt til å samarbeide, særlig nå på sikt. Kommunene har ikke noe valg, men det har ikke politikerne riktig innsett ennå».

Et av problemene med interkommunalt samarbeid er strid om lokalisering av et tilbud. Hvordan skal man komme frem til en best mulig løsning? Flere av regionene har valgt å spre sine tilbud utover i kommunene slik at «alle kan bli fornøyde». En annen utfordring er å få fastlegene med på laget:

«Det er helt klart ulike mål mellom kommuner og fastlege. Vi har masse arbeidsplasser lokalt for å legge til rette for folk som kan jobbe litt. Men det krever at det er en rask dialog, mellom kommune og fastlege. Da må de gidde å ta de minuttene det tar for å høre hvordan det ligger an. Jeg sier ikke at de ikke gjør det, men vi må jobbe mye mer for at det blir en tradisjon at de gjør det».

En annen informant sier det slik:

«Det er vanskelig å pålegge fastlegene oppgaver. Det koster veldig mye penger å frikjøpe fastlegene. Dette er noe av det som vanskeliggjør arbeidet med samhandlingsreformen».

En av informantene er opptatt med at kommunene må finne en annen løsning for å få til et samarbeid med fastlegene.

«Kommunene er nødt til å finne en annen struktur på samarbeid med fastleger. Vi har noen konkrete tiltak som vi vurderer å gå i dialog med fastlegene om, som har mye å si for samhandlingen, og som har noe å si for øyeblikkelig hjelp tilbudet: solopraksis må bort, gruppepraksis med 5-6 leger skaper robusthet. Utvidete åpningstider vil igjen redusere trykket på legevakta. Når folk ikke får time hos fastlegen sin på dagtid går de til legevakta om kvelden». Og da blir legevakta fylt opp med alt av febersyke barn, kutt i panna osv., og da forsvinner mye av intensjonen med øyeblikkelig hjelp. Og hva skjer da? Jo, de som da trenger hjelp ringer til 113, og hva er det, jo det er sykehusene. Dermed øker du innleggelsene på sykehusene. Vi kan snakke om en kjedereaksjon».

En fjerde informant peker på det faktum at legene driver sin egen business:

«Fastlegene er en utfordring i og med at de er private næringsdrivende. De har en begrenset instruksjonsmyndighet i forhold til det private næringsliv. Så det er en utfordring å få de til å jobbe sammen mot felles mål for de har sin egen agenda. De blir viktige, men dette er i støpeskjeen. Leger ønsker gjerne å snakke med leger».

Også til legevakt knytter det seg store problemer fremover, kanskje spesielt for små kommuner. Et eksempel er Evje og Hornnes som har et samarbeid med legevakten i Kristiansand kommune. Det kan være flere årsaker til at små kommuner ikke har eget tilbud når det kommer til legevakt. En ting kan være manglende pasientgrunnlag, at det rett og slett ikke er regningssvarende å ha et oppegående tilbud for befolkningen. En annen ting er at kommunen ikke har leger nok til å dekke vaktlistene.

Rekruttering og kompetanse

Å få nok personell til helsesektoren i årene fremover sees på som en av de største utfordringene fremover. Det viser seg at det er vanskeligere for små kommuner å rekruttere leger enn for litt større kommuner. Dette kan ha sin årsak i at mange leger ønsker å være tilknyttet et større fagmiljø, og at de ønsker å bo nært et tettsted eller en større by. De små kommunene er gjerne flinkere til å følge opp utskrivningsklare pasienter. De som er ansatt i mindre kommuner kjenner gjerne innbyggerne godt, og har følgelig bedre oversikt enn sine kollegaer som jobber i større kommuner. Fastlegene har også bedre oversikt i en liten kommune, og «kjenner» sin pasient sannsynligvis bedre enn en som jobber i storbyen.

Oversiktlige forhold fører til en bedre planlegging i de små kommunene. De som følger opp en pasient har sannsynligvis bedre oversikt over hvilke tilbud som til enhver tid er tilgjengelige. Jeg ba informantene dele av sine tanker utfordringer knyttet til kompetanse og rekruttering. En av dem meddelte:

«Utfordringen for kommunene, når det gjelder samhandlingsreformen, det er tre ting: kompetanse, kompetanse, kompetanse. Og da snakker jeg høyskolekompetanse. Kommunene vil få mye mer ansvar, og et annerledes ansvar. Og de med høyskolekompetanse bør kanskje ha en spesialisering i tillegg».

En annen informant pekte på viktigheten av å synes som en attraktiv arbeidsgiver:

«Vi må skape et image for kommunene. Det er vanskelig å få ut at det skjer mye spennende i kommunene. Media hjelper ikke akkurat med sine saker med fokus på enkeltpasienten som ikke er fornøyd med helsesektoren».

6.1.5 Andre utfordringer

Pleie- og omsorgstjenester

Pleie- og omsorgssektoren står overfor store utfordringer i fremtiden. Det er først og fremst et rekrutteringsbehov det pekes på når man snakker om denne sektoren, mye på grunn av eldrebølgen som vil komme fra år 2020. Antall med demens vil være fordoblet om 30 år. Man ser også en vekst i antall yngre brukere med nedsatt funksjonsevne og et større spekter av helsemessige og sosiale problemer. I dette så ligger det et (fremtidig) behov for økt, og kanskje en ny kompetanse til å ta seg av disse.

Forebygging og folkehelse

Dette er et område hvor det fortsatt er et stort potensiale til forbedring. Det er ikke bare kommunenes skyld at dette ikke tas godt nok tak i, men også fra statlig side bør insentivene og signalene være bedre og tydeligere. Kommunene klager på manglende insentiver fra staten på dette området, knyttet til folkehelse og forebygging, og midlene som gis sees på med en nærmest oppgitt tone. Det er ikke noen symmetri mellom pengene som gis, og det man egentlig ønsker seg. Samtidig er det ikke vanskelig å skjønne at dersom kommunene har noe de må få på plass innen 2016, og noe de samtidig kan jobbe med på frivillig basis, velger å fokusere på det som senere blir en plikt. Det er som en student som forholder seg til to typer oppgaver; en obligatorisk innleveringsoppgave som gir eksamensrett og en frivillig innleveringsoppgave. Ikke helt det samme, men helt klart den samme logikken.

Arbeidsinnsatsen vil ligge på det som oppfattes som obligatorisk. Folkehelsen kommer fort i bakleksen med en slik tenkning. I og med at det legges mye vekt på økt folkehelse i samhandlingsreformen kan egentlig dette fremstå som et stort paradoks. Man sier at dette er noe som skal satses på i kommunene, men pengene til å gjøre en god satsing følger ikke med.

Jeg spurte under intervjuene hvordan arbeidet med folkehelse og forebygging har kommet i gang. Det kan virke som dette er et område som har blitt nedprioritert av kommunene, men dette henger nok også sammen med manglende insentiver fra regjeringen. En informant svarte:

«Vi har tilsvarende. Folkehelsekoordinator kaller vi det, men det er ofte bare på papiret».

En annen informant gir et rystende bilde av en til nå lite ambisiøs ambisjon:

«40 000 til frisklivssentral i vår minste kommune og 40 000 til den største kommunen i regionen, hvor er logikken? Provoserende! Kommunene har ikke hatt tid til å bygge opp».

Ubalanse mellom kommuner og sykehus

Mange små kommuner føler seg overkjørt av store helseforetak. Utfordringen med reformen blir å spille på samme lag. Målet om bedre helsetjenester for befolkningen bør være lik for begge parter. Hvordan det blir fremover når små kommuner plikter å ta i mot utskrivningsklare pasienter, hvor kommunene kanskje ikke har et tilfredsstillende tjenesteapparat som kan håndtere den helsemessige kompleksiteten som er hos en del pasienter, vil tiden vise. En ting som er helt sikkert er at dette er en utfordring som kommunene må ta på alvor, man kan ikke bruke pasientene som prøveprosjekt, her må det være fastlagte rutiner på plass når pasienten ankommer sin hjemkommune.

Et annet poeng som ble nevnt under intervjuene var fravær fra sykehusledelsen på viktige møter i regionen:

«Det er både positivt og negativt at vi får så mye frihet til å gjøre hva vi vil, men det er litt dumt hvis sykehusledelsen ikke prioriterer å være med på møtene».

At sykehusledelsen nedprioriterer å komme på viktige møter ute i regionene er et varsko, men det kan også ha ulike årsaker. Det kan være at de har viktigere ting å gjøre, men det kan også

være synliggjøringen av en skjev maktfordeling mellom partene. En annen informant har en motsatt oppfatning:

«Samarbeidet med sykehuset går kjempefint».

En tredje informant har ambivalente tanker omkring det hele:

«Samarbeidet med helseforetaket kommer til å bli bedre. Men vi må ta noen tak. Det at alle samhandlingskoordinatorene snakker med hverandre tror jeg samler kommuneregionene, og da står vi sterkere opp nasjonalt og mot helseforetaket. Det var et prosjekt om kompetanseoverføring, i tillegg til delavtalen. Sykehuset ville ha med i mandatet at de kunne ta betaling for kompetanse. Det holdt på å strande hele greia, så det har nok vært noen uenigheter. Men vi blir som regel enige til slutt».

IKT og elektronisk samhandling

IKT er også et område som stiller store krav til kommuner og helseforetak, både ressursmessig og teknologisk. Verden går fremover, også teknologien utvikler seg i raskt tempo. For sykehusene betyr bedre teknologi mindre feilmargin i forhold til behandlinger og operasjoner, mer effektivitet i forhold til pasientkommunikasjon, men også kommunikasjon mellom ulike avdelinger internt. Det er også flere utfordringer knyttet til IKT-løsninger. Hvordan skal man få med alle ansatte på den økte teknologiseringen? Man vet jo at sykehusene har ansatte i forskjellige aldersgrupper og med ulike bakgrunner. At det utarbeides et grensesnitt som alle kan ta i bruk på systemene som brukes blir viktig. En nyutdannet sykepleier er sannsynligvis «bedre på data» enn en ansatt som er førti år eldre. Dette er viktig å ta hensyn til i arbeidet med IKT. Når legen bruker 5 minutter på å stille en diagnose til pasienten, mens han bruker 25 minutter på å dokumentere dette i et IKT-system er det noen forhold som sannsynligvis kan forbedres et eller annet sted. Det kan også tenkes at de fleste som er hos fastlegen sin setter mer pris på den direkte kommunikasjonen enn å sitte og vente på at legen sitter med ryggen til og skriver inn sine data på en skjerm.

Når det kommer til kommunene er det på det rene at de store kravene som stilles til utvikling, innføring og drift av IKT-løsninger vil medføre store utfordringer. Det er ikke nok at de regionale helseforetakene ligger langt framme i utviklingen av IKT-løsninger, kommunene må også med. Samhandling mellom nivåene - helseforetak og kommuner - betyr elektronisk samhandling i vår tidsalder. Det er også viktig å ta hensyn til pasientsikkerheten og effektivitet ved bruk av IKT.

I tillegg til utfordringer er det også uante muligheter med IKT. Som en informant sa det:

«Det er en kjempemulighet som et verktøy for å redusere bruken av menneskelig arbeidskraft. Så presterer staten å bevilge 30 millioner på et satsningsområde, som i andre ender har milliarder i potten. Så det er ikke sammenheng mellom det utfordringsbildet vi ser, og den innsatsen som en nå må gjøre for å høste gevinst om noen år».

Mange kommuner har i dag et interkommunalt samarbeid når det kommer til IKT. Men disse løsningene er også forskjellige fra samarbeid til samarbeid. Etter hvert har det også blitt et stort antall systemer, og det er mye byråkrati tilknyttet disse. Dersom kommuner slår seg sammen vil man samkjøre dette området mye bedre, og man får noen utfordringer mindre å forholde seg til.

Om mer generelle utfordringer fremover svarte en av informantene:

«Å få til et partnerskap, å få til en partnerskapsmodell hvor man sitter sammen og løser problemer og utfordringer i fellesskap, og unngår skyvproblematikk. For vi er her faktisk for å betjene Agders befolkning, ikke for noe annet. Så det å få til det på en god måte er nok den største utfordringen. Så er det en utfordring at staten ikke følger opp med faktiske innsatsmidler for å oppnå det langsiktige målet. F.eks. lagde de en ny folkehelseslov. Med all respekt, men det er ikke sammenheng mellom det man ønsker å oppnå og de ressursene som settes inn. Da blir det de gode intensjoners taler. Hvis de pengene som ble overført til medfinansiering brukes til å medfinansiere økt aktivitet på sykehuset, så har ikke vi midlene til å sette inn på forebyggende tiltak. Det er satt av 30 millioner på landsbasis på en nasjonal satsing. Det er så du får gåsehud».

6.1.6 Virkemidlene i reformen

Virkemidlene i reformen kan deles inn i fire typer:

- 1) Rettslige
- 2) Økonomiske
- 3) Faglige
 - Veiledere, retningslinjer, prosedyrer
 - Nye kompetansekrav med tilpasset opplæring
 - Økt forskningsinnsats i kommunehelsetjenesten

4) Organisatoriske

- Lokalmedisinske sentre
- Samarbeidsmodeller med helseforetak og mellom kommuner
- Frisklivstilbud

Av rettslige virkemidler må det nevnes de nye lovene på helseområdet i *lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*- denne skal erstatte og harmonisere den tidligere «kommune-heslov og lov om sosiale tjenester». Den andre er *lov om folkehelsearbeid* – denne skal legge til rette for et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid.

Videre hører de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak jeg nevnte tidligere i oppgaven til reformens rettslige virkemidler.

6.1.7 Økonomiske virkemidler

Av økonomiske virkemidler er det verdt å nevne at det fra 1.1.2012 ble innført kommunal egenandel ved sykehusopphold og betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter. I den kommunale egenandelen ligger det at kommunen skal betale 20 prosent av utgiftene til medisinsk behandling på sykehus, maksimalt kr 30 000 per innleggelse. Med betalingsplikt for pasienter som er meldt utskrivningsklare menes det at kommunene skal ha finansieringsansvaret for pasientene fra første dag de er registrert som utskrivningsklare fra sykehus. Dersom kommunen ikke kan ta i mot denne pasienten må den betale kr 4 000 per sykehusdøgn inntil kommunen er klar for å ta i mot pasienten. Målet med en kommunal egenandel ved sykehusopphold er at kommunene skal bli mer bevisste på viktigheten av å fremme helse og forebygge sykdom. Slik det ser ut i dag vil det ikke være egenandel i forhold til operasjoner, fødsler, psykiatri, rus og rehabilitering. Ordningen er diskutabel i kommunene på Agder:

«Skeptisk til denne ordningen. Vi mener at ordningen med kommunal medfinansiering ikke er noe svar på hvordan kommunen skal ta hånd om nye oppgaver fra sykehuset».

En annen sier:

«Diskutabel ordning. Alle kommunene i vår region er på «plussiden». Det som er utfordringen med det i vår region er at flere kommuner sliter med økonomien. Administrasjonen må jobbe for å få overbevist politikerne at de ikke må røre den potten, at det ikke må bli en salderingspost».

Det vil fra 1.1.2016 bli en plikt for kommunene å opprette et døgntilbud til pasienter med behov for øyeblikkelig helse- og omsorgstjenester, såkalt kommunal øyeblikkelig hjelp (KØH). Dette tilbudet skal innføres gradvis i perioden 2012-2015. I dette så ligger det at kommunene skal kunne tilby gode alternativ til sykehusinnleggelse for pasienter som har behov for døgnopphold for observasjon, undersøkelse eller behandling.

Det store spørsmålet er hvorvidt samhandlingsreformens virkemidler er den rette veien å gå for at vi skal få bedre helsetjenester og mer koordinerende pasientforløp?

Jeg var interessert i å få svar på om virkemidlene virkelig fungerer etter hensikten. Jeg fikk noen interessante svar:

«Det som er det interessante her er om brukes disse sengene, denne kapasiteten, til de pasientene det var ment det skulle gjøre, og fører det til avlastningen med hensyn til pasienten på sykehuset, som var meningen. Det er det foreløpig for tidlig å konkludere med».

En ordentlig evaluering av samhandlingsreformen må nok vente et par år til. Vi befinner oss fortsatt i en implementeringsfase, men fra 2015 og 2016 er det nok lettere å konkludere med hvordan virkemidlene har fungert til nå. Først da plikter kommunene å ha et oppegående tilbud, jeg har inntrykk av at mye fortsatt er på prøvestadiet rundt omkring i kommunene på Agder når det kommer til virkemidler og bruken av disse.

Utskrivningsklare pasienter

Dette er et av de økonomiske virkemidlene i reformen. I korte trekk går det ut på at kommunen har et økonomisk ansvar når en pasient skrives ut fra sykehuset. Hvis kommunen ikke kan ta i mot pasienten må kommunen selv ta regningen frem til pasienten kan overflyttes.

Inntrykket jeg fikk når jeg snakket med informantene var at dette ikke var noe problem. En informant sa blant annet:

«Når det gjelder utskrivningsklare pasienter, her på Agder, så var vi i den situasjonen at vi hadde nesten ikke noen utskrivningsklare pasienter liggende på sykehuset. Allerede da reformen startet opp, i motsetning til en rekke andre store byer som Stavanger og Trondheim, som hadde veldig mange pasienter liggende i korridorer osv. fordi de ikke hadde nok kapasitet. Så vi var rett og slett i en annen divisjon. Det

har igjen sin årsak med at vi over flere år har hatt et godt samarbeid med sykehuset. Så vi hadde den relasjonen allerede da. Vi trengte ikke bruke energi på det».

Kommunal øyeblikkelig hjelp (KØH)

Det er flere utfordringer knyttet til kommunal øyeblikkelig hjelp. Det er også penger inne i bildet, så mange av de samme problemene som hele reformen har fått kritikk for er også tilstede her som skjev maktfordeling, opportunistisk atferd og potensielt høye transaksjonskostnader. Jeg spurte informantene i regionene hvordan dette arbeidet hadde kommet i gang. Informanten fra HSO-nettverket og Knutepunkt Sørlandet svarte slik:

«Det er etablert i Vennesla og Iveland, samt Søgne og Songdalen. Kristiansand, Birkenes og Lillesand skal samarbeide om dette til våren, altså i 2014».

Lindesnesregionen svarte:

«Alle de fem kommunene er enige, men tilbudet har ikke kommet i gang ennå».

Helsenettverk Lister svarte slik:

«Farsund har etablert. Både Farsund og Flekkefjord kom på minussiden i fjor. Legevaktsamarbeidet i Lister er delt, Farsund har egen legevakt, og Sirdal har egen legevakt, mens de andre kommunene har felles interkommunal legevakt plassert her i Flekkefjord».

6.1.8 Paradokser

I løpet av intervjuene ble det nevnt flere paradokser ved reformen, og ting som virket lite gjennomtenkt. I og med at reformen er tenkt som en retningsreform ligger det nok inne at departementet vil være nokså lydhøre overfor kommunene fremover. En av informantene sa følgende:

«Det er mange muligheter i dette, men det er viktig med blikket på fremtiden også. Sitter man bare med dagsaktuelle problemstillinger så møter man veggen på et eller annet tidspunkt. Man kan ikke fortsette som nå, det er ikke bærekraftig. Jeg så i avisen, bare med pensjonsutgiftene, oljefondet er jo spist opp i løpet av tre-fire uker».

Politikere sier gjerne noe den ene dagen som høres veldig viktig ut, før det på et litt senere tidspunkt plutselig ikke er så viktig lengre. Dette synspunktet er det også flere i regionene som er enige i:

«Hvis du så på valget nå nylig. For to år siden var punkt én at all vekst skulle skje i kommunene, og ikke noe på sykehuset. Det var Bjarne Håkon Hanssens mantra. Hvis du så på valget nå, hva ble diskutert? Samhandlingsreformen ble ikke nevnt en eneste gang i hele valgkampen. Sykehuset ble lovet 13-14 milliarder over bordet. Fokuset på det som var punkt 1 for to år siden er borte nå, og da når virkemidlene ikke følger med på det som man ønsker å oppnå, er det bare et spill for galleriet».

En annen informant fulgte opp:

«Det som er et paradoks i forhold til samhandlingsreformen, er at vi skal drive forebygging og tidlig intervensjon for å forebygge innleggelse, og en annen kommunal oppgave er også rehabilitering, men så er paradokset at de økonomiske insentivene ikke er til stede. Hvor blir fokuset da? Det blir nedprioritert. Fokuset er på øyeblikkelig hjelp. Det blir en plikt fra 2016. Da kan du tenke deg hvordan folkehelse og rehabilitering blir prioritert! Hadde det ligget penger i rehabilitering og forebygging, så hadde det vært der kommunene hadde satt inn støtet. Avtaleverket burde blitt styrt mer sentralt, det synes jeg, for vi snakker om behandlingslinjer, det skal ikke være forskjell på en pasient som har Kols f.eks. Hvis du blir lagt inn på sykehus og så kommer hjem igjen, så skal det være forutsigbarhet, om du bor i Bodø eller Kristiansand. Det er et paradoks at vi sitter på hver vår tue og lager avtaler hver for oss».

6.1.9 Avsluttende betraktninger og tiden fremover

Jeg avsluttet de ulike intervjuene med å se fremover. Hvordan blir det med ny regjering? Forsvinner de regionale helseforetakene? Får man en strukturreform slik som i Danmark? Hvordan kommer det til å gå med samhandlingsreformen, vil virkemidlene og insentivene bli bedre tilpasset etter hvert? Er reformen rett og slett liv laga?

En informant svarte:

«Det er i kommunene folk bor, ikke på sykehuset». Og det er hva vi gjør i kommunen som påvirker etterspørselen etter tjenester. At det er riktig grep med samhandlingsreformen er det ingen tvil om. Det man kan stille spørsmål om; er avtalevedt fremtidens løsning? Hvis du skal få dette til å funke, så må alle i helse- og sosialsektoren som jobber med dette kjenne avtalene. Gir de avtalene et bedre helsetjenestetilbud for befolkningen? Det er jeg i tvil om. Og vet alle som er i kontakt

med pasienter om disse avtalene, eller de områdene som de burde vite noe om? Det er jeg ganske sikker på at de ikke gjør, for det er stort, og skal vi sette inn et massivt trykk i hele organisasjonen for at alle skal vite om de avtalene og hva det innebærer, og stjele tid fra å utføre helsetjenester, i tillegg til alt annet man må bruke tid på, da tipper jeg at avtalene ikke blir prioritert høyest. Det skal jo være et innhold som sier «yes, dette var bra for min jobb!».

En annen informant avsluttet med følgende kommentarer om fokusområder og fremtidstro:

«At samhandlingsreformen har kommet for å bli, det tror jeg helt sikkert, men så er jeg litt usikker på de økonomiske insentivene og de gulrøttene som er lagt ut».

6.2 Samhandlingsreformen og kommune-Norge

6.2.1 Tre bølger som truer Norge

I en artikkel i DN (2011) identifiserte NHO-president Kristin Skogen Lund tre bølger som truer Norge i eldrebølgen, migrasjonsbølgen og trygdebølgen. Dersom man ikke tar tak i disse utfordringene som ligger i disse «bølgene» vil man gå i det mange har kalt for «velferdsfellen».

I artikkelen kommer det frem en rekke funn:

- Én av fem nordmenn i yrkesaktiv alder er på en eller annen form for trygdeordning. På 15 år har andelen trygdede i denne aldersgruppen økt fra 12,5 prosent til 20 prosent.
- I 2011 var det 27 000 nordmenn under 30 år som gikk på arbeidsavklaringspenger. Utfordringen med å få flere over i jobb og i aktivt arbeid er stor.
- Et paradoks at det er den høye produktiviteten som gjør at mange faller utenfor arbeidslivet.
- Sannsynligheten for å bli uføretrygdet er fire ganger større når man ikke fullfører videregående.
- Fra år 2020 vil veksten i offentlige utgifter være større enn veksten i offentlige inntekter.
- Frem mot 2060 vil andelen over 67 bli doblet.
- Om 20 år vil 100 kommuner ha flere pensjonister enn yrkesaktive.
- Innvandrerbefolkningen i Norge øker raskt, og vil dobles i løpet av de neste 15 årene til 1,1 millioner mennesker. Skogen Lund sier i artikkelen: «Det er positivt med

tilførsel av arbeidskraft, men det er også store utfordringer. Andelen sysselsatte ligger lavere for innvandrerbefolkningen enn for etnisk norske. Det er spesielt tilfelle for de ikke-vestlige innvandrerne»

(Kilde: Dagens Næringsliv 2011)

Mange av disse funnene som er gjort er skremmende for utviklingen. Norge må gjøre store grep både innen helse, velferd og økonomi. Sett i forhold til samhandlingsreformen er det eldrebølgen som er den mest iøynefallende.

6.2.2 Hvordan kan vi lykkes med eldrebølgen?

Kommune-Norge står foran enorme utfordringer knyttet til en stadig aldrende befolkning. Vi lever lengre, og har generelt bedre helse enn før. Men med mange flere eldre, vil også behovet for helsepersonell øke i omfang. Hvordan skal dette gjøres praktisk sett? Etter at samhandlingsreformen har satt seg litt, samt at de økonomiske insentivene justeres, vil nok fokuset på forebygging og folkehelse igjen komme til syne. Frem til nå har temaet folkehelse gjerne kommet litt i bakleksa i forhold til eksempelvis kommunal øyeblikkelig hjelp (KØH). Dette tilbudet skal kommunene ha på plass før vi skriver år 2016 på kalenderen.

Det er en kjensgjerning at hvis kommunene har to ting de må gjøre på en gang, den ene er det knyttet sterke økonomiske insentiver til, mens den andre ligger mer åpen, så vil kommunen konsentrere seg om den det hører penger til. Slik har det vært for kommunene til nå med samhandlingsreformen. Forebygging og folkehelse har mest vært en sak man kan ta hvis man har tid og ressurser, men det følger ikke med noen penger til dette. Da sier det seg selv at det blir nedprioritert. Skal kommunene virkelig satse på forebygging og folkehelse må også regjeringen vise dette med sine overføringer. Kanskje til og med øremerke midlene slik at det levner liten tvil hva det skal fokuseres på. Forebygging er vanskelig å måle med statistikk, men dersom det gjøres på en god måte kan det spare samfunnet for enorme beløp.

Når man er inne på folkehelse og forebygging kommer man ikke utenom de frivillige organisasjonene. Det er helt klart at disse må mer på banen enn det de har vært til nå. Også blant frivillighets-Norge er det store ressurser å hente. Noe sier meg at her ligger det mye upløyd mark, det er mange som sitter rundt omkring som kunne hjulpet mennesker som hadde trengt det. En styrking av samarbeidet med frivillige organisasjoner og frivillige enkeltpersoner er altså noe det bør satses på i kommunene fremover. Dette med familieomsorg er også noe som bør utredes.

Både i dagens situasjon og i tiden fremover foreligger det en sterk spenning mellom ideelle målsettinger og strategier på den ene siden og mangelen på kapasitet og kompetanse på den andre siden.

Det snakkes gjerne om tre bølger vi må være observante på i eldrebølgen, trygdebølgen og migrasjonsbølgen. Det er hevet over enhver tvil at f.eks. pensjonssystemet må gjennom store endringer i de kommende årene. Folk må enten være lengre i jobben sin før de går av med pensjon, eller så må de klare seg med mindre penger skal regnestykket gå opp. Det er fortsatt håp for fremtiden. Norge ligger faktisk godt an i forhold til de fleste andre land. Men vi kan ikke vente så veldig lenge med å legge om kursen og tankesettet. Den antatte krisen vil komme raskere enn ventet dersom vi fortsetter som før.

6.2.3 Kommune-Norge

Når kommunene nå får tildelt en rekke nye oppgaver de skal løse i forbindelse med samhandlingsreformen, kommer de på toppen av en rekke andre oppgaver kommunene skal løse. Innen undervisning-, teknisk-, kultur- og helse- og sosialsektoren utfører dagens kommuner allerede mange oppgaver. Bemanningen må følgelig økes skal innbyggerne få et forsvarlig tilbud med de nye oppgavene. I reformen så ligger det et mål om at tjenestene i hvert fall ikke skal bli noe dårligere enn de har vært, og dermed setter det store krav til kommune-Norge. En av utfordringene blir helt klart å rekruttere nok fagpersonell fremover. Spesielt er de små kommunene utsatt. Det er en kjent sak at det er vanskelig å få gode folk til bygdene. Hva skal man lokke med som ikke de større kommunene har mulighet til? Her gjelder det å tenke kreativt for alle dem som skal ansette folk til helsesektoren.

Når man snakker om kommunen – skal man da snakke om fornuft eller følelser? Eksempelet er kommunesammenslåing. Hvis man tenker fornuftig vil man kanskje tenke at sammenslåing er noe positivt, i den grad det fører til stordriftsfordeler, effektivitet osv. Skal man legge følelsesaspektet til grunn skyr man gjerne unna disse sammenslåingsdebattene med nabokommunen. Hvorfor det? Fordi man føler en identitet til sin egen kommune. Dette ser man spesielt med de som bor i en liten kommune. Folk er stort sett fornøyd der de bor. Kanskje er det også en rik kommune, og mange vil nok tenkes å ha en opportunistisk atferd i slike tilfeller. De vil ikke dele ressursene med altfor mange andre. Og det verste er usikkerheten som brer seg når temaet sammenslåing kommer på bordet. Hvordan blir livet fremover? Vil fortsatt brøytebilen komme til den gamle mannen som bor langt unna folk, og som har egen vei til huset sitt? Med sammenslåing må ressursene deles på flere. Kanskje vil

det blir mer på alle, men det er slettes ingen garantier i dette spillet. Kanskje må den gamle mannen betale for brøytingen selv, han som i alle år så på dette som en selvfølgelig oppgave fra kommunen. Det skulle da bare mangle!

Det er i det hele tatt mange ting å tenke på skal man diskutere kommunesammenslåing. Før eller senere vil det nok være den beste løsningen at kommuner slår seg sammen. Men det må falle seg naturlig. Man kan ikke bare sette seg ned ved tegnebrettet og tegne inn 100 eller 200 kommuner. Flere røster har vært ute med slike tall, som for meg virker noe tilfeldig. Den nye regjeringen ønsker færre kommuner. Det snakkes om at det skal være frivillige løsninger, men det ligger nok i kortene at det etter hvert vil bli en strukturreform i Norge, og da er det nok ingen kjære mor. Vi har i dag 428 kommuner, med ulik geografi og befolkning. Alt fra et par hundre innbyggere til kommuner med flere hundre tusen. Det sier seg selv at Utsira kommune med ca. 200 innbyggere og Oslo kommune med over 600 000 innbyggere ikke er direkte sammenlignbare når det kommer til løsning av komplekse oppgaver.

Med samhandlingsreformen vil det stilles større krav til kommunene enn før. Nye tjenester må tilbys til befolkningen, som nærmest har umettelige forventninger om et topp tilbud hvor som helst i landet. Skader man seg langt inne i fjellheimen regner de fleste med at man ved å ringe 113 skal få hjelp innen en time. Helst fortere. De fleste tenker ikke da at Norge er et langstrakt land med relativt få innbyggere, og hvor det enkelte steder kan ta veldig lang tid før hjelpen kommer. Vi har i det hele tatt fått et stadig større fokus på en «rettighetstenkning» i Norge. Og med økte forventninger fra befolkningen, må også kommunene ha dette i mente. De ønsker selvfølgelig å ha fornøyde innbyggere som alle andre. Men noen ganger kommer selv kommunene til kort, og da kommer klagene på løpende bånd. Det er ikke alle som tenker at kommunene også må styre etter budsjetter og ofte harde prioriteringer. Alle kan ikke få i pose og sekk.

Den kommunale arena er ikke bare for å betjene innbyggerne med tjenesteyting, også andre verdier som effektivitet, deltagelse og nasjonale hensyn står høyt.

Sentrale spørsmål for framtiden, som også kommunene må tenke på er:

- Bør vi satse på to eller tre forvaltningsnivåer?
- Bør vi ha store eller små kommuner?
- Bør kommunene styres gjennom formannskapsmodeller eller parlamentariske styringsmodeller?

- Bør tjenestene organiseres gjennom forvaltningen eller utsettes for konkurranse?

Som alternativ til større kommuner har man unngått den betente kommunesammenslåingsdebatten med opprettelse av interkommunale samarbeid og andre samarbeidsløsninger. Noen vil nok hevde at interkommunalt samarbeid er en skjult form for kommunesammenslåing, men da må man også stille seg spørsmålet; «hva er alternativet?».

Kommunene får et press på seg om å levere gode løsninger, og hvis de ikke har ressurser og kompetanse til å komme med et tilbud selv, har de i realiteten ikke noe annet valg enn å samarbeide med andre, eventuelt hente inn dyr kompetanse. Samarbeider man med andre kommuner kan man også dele på kostnadene.

Hvor går utviklingen videre? Man kan se en profesjonalisering av dagens politikere. Det er noen få som har tid til å være politikere på heltid. Avstanden mellom de som styrer og folk flest har aldri vært så stor som nå. Å samarbeide med nabokommunene hjelper heller ikke på den demokratiske utfordringen akkurat. Men hva er alternativet? Øke tallet på offentlige tillitsverv? Større kommunestyre? Få flere med kommunalpolitisk erfaring? Svaret sier seg ikke selv.

6.2.4 Om regionnivået og kommunestrukturen

I 2005 skrev Oddbjørn Bukve følgende i en artikkel i boken *Sterke regioner – tid for reform*, redigert av Jon P. Knudsen:

«Dersom vi skal halde oss til dei fleirtallssynspunkta som partia signaliserer i dag, blir det ikkje nye regionar om vi får ei regjering med Høgre som deltakar etter valet i 2005. Partia i det raud-grøne regjeringsalternativet, Arbeiderpartiet, SV og SP, er derimot langt mer positive til nye, sterke regionar. Altså kan den norske regiondebatten tilsynelatende bli avgjord som eit biprodukt av kampen mellom regjeringsalternativa».

Nå er vi kommet til 2013. Hva har skjedd? Vi har fortsatt fylkeskommuner og kommuner, henholdsvis 19 fylker og 428 kommuner. Kommunesammenslåing er et betent tema blant befolkningen i Norge. Vi i Norge føler en sterk identitet til vår hjemkommune. Undersøkelser har vist at folk flest er positive til kommunesammenslåinger, de ser de positive effektene ved det som stordriftsfordeler, økt tilgang til kompetanse og ressurser og så videre, men de vil

ikke at sin egen kommune skal slå seg sammen med andre (Baldersheim & Rose 2005). Dette er et paradoks i debatten om kommunene.

Bukve (2005) skriver videre om hva vi skal gjøre med kommunene og det regionale nivået vi har i Norge:

«Eg ser i dag berre eit breitt kompromiss som er tenkjeleg. Dette kompromisset handlar om å sjå sterke folkevalde regionar i samanheng med ei omfattende kommunereform. Det er eit alternativ som kan samle dei store partia. Dersom ein samstundes kan bli samd om å la dei små kommunane i Utkant-Noreg vere i fred, vil eit slikt kompromiss kunne samle enda breiare oppslutning. Ei kommunereform måtte då handle om å slå saman kommunar som alt utgjer ein integrert arbeidsmarknadsregion. Det finst mange slike her i landet, spesielt i dei sentrale byområda. Slike kommunar kan få tilført nye oppgåver, til dømes vidaregåande skular. I utkantane ville samarbeid mellom kommunar bli naudsynt for å overta slike oppgåver. Om eit slikt alternativ er realistisk, kan vi enno berre spekulere om».

Han snakker altså om en kommunereform. Men dette er ikke noe som gjøres over natta. Dette er prosesser som vil ta lang tid. Vi har nettopp fått ny regjering i Norge da dette skrives, og det er grunn til å tro at vi står foran en reform som skal ta for seg kommunestrukturen om ikke altfor lang tid. Det er også snakk om å fjerne de regionale helseforetakene. Sist det var en reform på dette området var i 2002. Da ble sykehusene flyttet fra fylkeskommunene til staten. At det nå, relativt kort tid etter denne sykehusreformen, allerede snakkes om en strukturendring på dette feltet tyder på at man fortsatt ikke har funnet den optimale måten å styre sykehusene på. Finnes det i det hele tatt en slik måte? Dersom man fjerner de regionale helseforetakene vil de ordinære helseforetakene få mer makt og innflytelse. Hvordan dette vil påvirke partnerskapet med kommunene i forhold til samhandlingsreformen er et interessant spørsmål som jeg ikke skal gå mer inn på i denne oppgaven.

Tilbake til regiondebatten; ser man noen år framover får man kanskje en tonivå-modell i Norge, hvor man eksempelvis har 100 robuste kommuner som forholder seg til staten. Fylkeskommunene vil være borte. Det er ikke helt utenkelig med et slikt bilde. Problemet er hvordan man kan få 428 kommuner til å bli til 100 kommuner. I et land som Norge kan ikke dette gjøres med og bare tegne opp nye linjer på kartet. Det må gjøres på en god og demokratisk måte. Først og fremst må den enkelte kommune se verdien av å slå seg sammen med en eller flere nabokommuner. Men hvilke aspekter skal man legge til grunn? Demografi

eller geografi vil naturligvis veie tungt. Skal man komme ned i 100 kommuner må man helt klart også bruke tvangsmakt. Det mangefasetterte spekteret av kommuner i Norge gjør at det blir vanskelig å gjøre alle til lags. Protester vil alltid komme. Håpet er at man ser verdien av kommunesammenslåing og hva det vil gjøre på sikt i form av gevinster, så vel økonomiske som levekårsmessige.

6.2.5 Hvorfor er det noen regionråd som lykkes bedre enn andre?

Funn fra et arbeid som NIVI gjorde for KS om interkommunalt samarbeid i 2010 (Vinsand, Nilsen & Langset) peker på årsaker til hvorfor noen regioner er mer suksessfulle enn andre.

Blant viktig forklaringsfaktorer som kom frem i analysen var følgende:

- «Vi skal klare oss selv»-holdning, gjerne med overdrevne forestillinger om lokal kompetanse og mestringssevne.
- Lange tradisjoner for lokal konkurranse, som ofte betyr at forsøk på samarbeid ender ut i fordelingskonflikter og lokaliseringsstrid. I noen kommuner kan det være slik at det er dårlig klima mellom ledere og ansatte i nabokommuner, mens innbyggerne og næringslivet kan være positive til samarbeid.
- Manglende infrastruktur for samarbeid, f.eks. innenfor IKT som gjerne er en avgjørende forutsetning for forpliktende samarbeid på de fleste sektorområder.
- Mangel på kunnskaper om gevinstrealisering, samt interkommunal organisering. I flere regionråd er det observert store forskjeller hva gjelder kunnskapsnivå og i noen tilfeller ganske lukkede kulturer med «her gjør vi det slik»-tenkning, holdninger til omstilling osv.
- Opplevelser av at interkommunalt samarbeid er komplisert og bidrar til fragmenteringen av forvaltningen og nedbygging av egen kommune.
- Manglende lokal og regional ledelse for å få til samarbeid.
- Lite samarbeidsorienterte senterkommuner over en viss størrelse, som ikke ser det som sin rolle å løse utfordringer for de mindre nabokommunene.
- Manglende eksternt omstillingstrykk på kommunene.
- Manglende fyrstårn og framheving av gode nasjonale eksempler på interkommunalt samarbeid.
- Ulik evne til å organisere gode lokale prosesser.

(Basert på NIVI-notat 2010:3)

6.2.6 Utfordringer for forvaltningen i årene fremover

Fimreite og Grindheim (2007) skisserer opp sju utfordringer som den offentlige forvaltning står overfor i årene fremover. Den første utfordringen går på hvordan man skal forholde seg til den økte betydningen internasjonale og overstatlige lovverk og avtaler har på utformingen av det rettslige grunnlaget for den norske forvaltningen. Hvordan dette kan innlemmes i forvaltningen på en måte som oppfattes som legitim for befolkningen er en stor utfordring.

Utfordring nummer to går på den økte bruken av fristilling, konkurranseutsetting og brukerstyring i produksjonen av offentlige tjenester. Dersom legitimiteten til systemet skal opprettholdes vil det bli krav om å tenke nytt.

Den tredje utfordringen forvaltningen står overfor er den stadige individualiseringen i samfunnet. De som anvender offentlige tjenester i dag vil ikke settes i bås eller være en del av en større gruppe som pasient, klient, elev eller student. De vil være individuelle brukere med individuelle krav, som behandles individuelt av forvaltningen.

Den fjerde utfordringen som skisseres for forvaltningen blir å tilpasse seg en ny oppgavefordeling mellom nivåene, men også mellom sektorer. Hvordan skal man f.eks. styre sykehusene i fremtiden, hvordan kan man gjøre NAV-systemet enda bedre og hva skal man gjøre med den grå fylkeskommunen?

En femte utfordring blir å ta i bruk, men også forholde seg til ny teknologi. IKT utvikler seg i rakettfart, og skal man bruke dette på en fornuftig måte må man henge med på karusellen. Begreper som e-forvaltning og e-demokrati vil nok bli mer og mer brukt i det norske vokabular fremover.

Den sjettede utfordringen Fimreite og Grindheim (2007) peker på er for forvaltningen å finne en hensiktsmessig måte å regulere sitt forhold til private aktører som vil delta i offentlige beslutningsprosesser og i offentlig tjenesteproduksjon. Det er under dette punktet vi kan snakke om governance – partnerskap og nettverk innrettet mot å løse kollektive oppgaver. Denne formen for samarbeid blir stadig mer aktuell, både på lokalt, regionalt, nasjonalt og overnasjonalt nivå. Å finne måter å styre disse samarbeide på slik at det oppfattes som legitimt av befolkningen, blir viktig dersom den offentlige forvaltning skal bevare sin legitimitet også i fremtiden.

Senter for omsorgsforskning – Sør har i rapporten «Framtidas omsorgsbilde» pekt på følgende utfordringer kommune-Norge vil møte i årene fremover:

1. Det kommunale plansystemet må endres og kapasitet og kompetanse for planlegging må styrkes.
2. En udogmatisk vurdering av omsorgsbehovet i forhold til balansen mellom institusjoner og åpen omsorg må gjennomføres og nedfelles i konkrete standarder.
3. Familieomsorgens og den frivillige innsatsens rolle må avklares og konkretiseres for å finne en bedre samhandling mellom det offentlige og sivilsamfunnet.
4. En nøktern debatt om flere private/ideelle løsninger som bidragsytere til det totale bildet, bør finne sted.
5. Kommunenes ressursgrunnlag må styrkes økonomisk og organisasjonsmessig. Konkret gjelder det statlige bevilgninger og endret kommunestruktur.
6. Omsorgsyrkene må gjøres mer attraktive slik at rekrutteringsoppgaven har utsikter til å lykkes. Konkret gjelder det lønn, arbeidsmiljø og faglig miljø.

(Hentet fra rapporten «Framtidas omsorgsbilde» (2009:79))

6.2.7 «Den andre samhandlingsreformen»

«Den andre samhandlingsreformen» er et begrep som fremkommer i NOU 2011:11 «Innovasjon i omsorg». Mens den «første» samhandlingsreformen spiller på samarbeidet mellom kommuner og helseforetak, er det i den andre reformen kommuner og det sivile samfunn som er viktigst. Den frivillige omsorgen må ikke undervurderes, i antall årsverk er familieomsorgen på størrelse med både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten (St meld nr. 25 (2005-2006)). I en slik reform vil dette være noen av hovedelementene:

- *En nasjonal overenskomst og lokale avtaler om partnerskap mellom offentlig og frivillig virksomhet på omsorgsfeltet*
- *Nye eier- og driftsformer som samvirkeforetak, brukerstyrte ordninger og sosialt entreprenørskap som skaper tjenestetilbud med merverdi*
- *Nye arbeidsmetoder og faglige tilnærminger med større vekt på aktiv omsorg, hverdagsrehabilitering, gruppearbeid, kultur og trivsel*
- *En ny og moderne pårørendepolitikk med synliggjøring, likestilling, fleksibilitet, veiledning, avlastning og verdsetting som kjennetegn*
- *En omsorgstjeneste som organiserer seg inn mot familie og nærmiljø og utløser verdier ingen av dem hver for seg kan skape gjennom satsing på hjemmetjenester, åpne sykehjem og nettverksarbeid*

(Kilde: NOU 2011:11 «Innovasjon i omsorg» - pkt. 5.1)

I frivillig sektor ligger det mye upløyd mark for helsesektoren. Med framtidens utfordringer knyttet til rekruttering og kompetanse kan den frivillige sektor være til god hjelp. Mange pensjonister lurer på hva de skal fordrive tiden til, og kan nok mer enn gjerne ofre litt av sin tid til folk som trenger en turkamerat, en å snakke med osv. Det er viktig at disse ordningene nettopp baserer seg på frivillighet, men noe sier meg at dette er et område hvor det ligger et uforløst potensiale, som på sikt kan hjelpe med utfordringene blant annet knyttet til eldrebølgen.

6.3 Oppsummerende oversikt over funn i regionene

Generelt er inntrykket jeg sitter igjen med at samhandlingsreformen er en velkommen reform. Holdningen til oppgavetilførsel til kommunene er positivt mottatt, men det er en stor bekymring for økonomien, spesielt i de minste kommunene. Flere mener det egentlig bare handler om pengeflytting – at den kommunale medfinansieringen handler om at sykehuset sender penger til kommunene, som i sin tur kommunene betaler tilbake til sykehuset. Det er videre en stor enighet om at reformen først og fremst handler om å gi folk et bedre helsetilbud. Videre har jeg registrert skuffelse fra kommunene over at det så langt har fulgt lite midler med samhandlingsreformen til å satse på folkehelse, selv om dette er et av målene med reformen.

Tidlig ute med samarbeid:

- Har vært godt samarbeid i regionene på Agder lenge før samhandlingsreformen ble iverksatt.

Samarbeid gjennom OSS:

- OSS fungerer godt som kommunikasjonsorgan på ledernivå. Gull verdt med tanke på relasjoner man skaffer seg der. Et godt utgangspunkt for samhandling, selv om den ikke løser reformen alene.
- Det blir sett på som en utfordring politisk i og med at det danner et ekstra nivå i forvaltningen.
- Likeverdige parter. Det at kommunene har organisert seg i regioner har bidratt til økt likeverdighet mellom kommuner og sykehus

Avtaleverket:

- Det ble til slutt enighet om alle delavtalene, men det var problemer på veien, spesielt med delavtale 1 (gråsoneproblematikk) og 5 (betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter) om meldetidspunkt.

- Fokus på de avtalene hvor det er regulert økonomi. I det så ligger det at eksempelvis delavtale 10 (fokus på forebygging) ikke blir prioritert mer enn den kanskje burde.
- At partene var tvunget til å samarbeide kan selvfølgelig også ha noe å si for at de kom til enighet på «alle punkter» såpass fort. Hva hadde skjedd om kommunene ikke skrev under på avtalene?

Lokale utfordringer i kommunene/regionene:

- Vanskelig å bli enige om lokalisering av helsetilbud – «Hvilken kommune skal få det?»
- Ingen kommunal medfinansiering til psykiatri og rus, kun somatiske pasienter. Opplevs som utfordrende. «Når sykehuset bygger ned døgnplassene må jo noen ta det»
- Samarbeid med fastlegene. Oppfattes som en av de største utfordringene med hele reformen å få fastlegene med på laget. Disse er selvstendig næringsdrivende og driver sin egen «butikk»
- Ledelsesutfordring: «å forankre tiltakene på mellomnivået»
- Byråkratiutfordringer – mye som må leses gjennom av nytt regelverk, stortingsmeldinger osv. Samtlige regioner mente reformen ville føre til mer byråkrati fremfor mindre.
- Tungvinte søknadsprosesser til Helsedirektoratet om prosjektmidler osv.
- Å styre gjennom nettverk synes noe tungvint når man må ta raske beslutningsprosesser
- Kompetanse – hvordan få flinke folk til kommunene?
- Noen regioner har også utfordringer knyttet til levekår og demografi
- Den demokratiske utfordringen blir ikke sett på som veldig alvorlig av informantene
- Store utfordringer knyttet til rekruttering – hvordan skal man få nok helsepersonell til å ta seg av eldrebølgen som vil komme om ikke lenge til?
- Småkommuner med dårlig økonomi ventes å få problemer med lokale tilbud. Også vanskelig for disse å rekruttere nok fagfolk
- Kapasiteten på institusjoner innen pleie og omsorg er under press
- «Å få til et partnerskap hvor man unngår skyvproblematikk»
- Hvordan ta i bruk ny teknologi?

Byråkrati og høye transaksjonskostnader:

- De fleste er enige om at arbeidsdagen stort sett består av møtevirksomhet. Dette er en viktig arena til å treffe folk, noe som er helt nødvendig for deres arbeid. Samtidig var

det noen informanter som åpnet for at enkelte saker kunne vært løst mer effektivt uten «alle disse møtene».

Samarbeidsklima, tillit og kulturforskjeller:

- Regionene samarbeider godt med sykehuset, selv om de peker på visse kulturforskjeller dem i mellom.
- De minste regionene føler seg av og til litt bortglemt av helseforetaket.
- Partene virker å ha tillit til hverandre.
- Kommune og helseforetak har gjerne forskjellig fokus i sitt daglige virke: Funksjonsrettet vs. sykdomsrettet.
- Kommunene er styrt av valgte politikere, sykehuset er ikke videre demokratisk organisert.

Konfliktnivå

- Ble snakket lite om konflikter, var heller noen uenigheter i ny og ne. Enten fordi det faktisk har vært et lavt konfliktnivå, eller at dette er et såpass følsomt tema at informantene ikke vil fortelle «den hele og fulle sannhet»

Felles mål:

- Ulike erfaringer med dette. Har vært utfordringer mellom sykehus og kommuner omkring oppgaveoverføring, og hvor mye som skal gis til kommunene.
- Kommunene er stort sett enige om målene.

De økonomiske virkemidlene i reformen:

- Utskrivningsklare pasienter: har aldri vært noe problem for kommunene. Pasienter ligger generelt kortere på sykehus etter at de er meldt som utskrivningsklare.
- Kommunal medfinansiering: mer diskusjon rundt denne ordningen. Noen ønsker seg bedre alternativer, og mener det er en gal løsning for hvordan kommunene skal ta hånd om nye oppgaver fra sykehuset. Det er generelt en økning i interessen rundt forbruk av spesialisthelsetjenester og hvordan man kan etablere alternative tilbud.
- KØH-tilbud: delte oppfatninger blant regionene om dette.

Folkehelse:

- Foreløpig et noe nedprioritert område fra kommunene pga. manglende økonomiske insentiver.

7.0 Konklusjoner og veien videre

I arbeidet med oppgaven har jeg studert en reform som fortsatt ikke er fullt implementert. Det er en retningsreform og i det så ligger det en antydning om at man ønsker å sette inn tiltak på enkelte områder, deretter gjøre evalueringer, og deretter igjen sette inn nye tiltak og grep. At det er en pågående reform fikk jeg også inntrykk av da jeg var rundt i regionene og intervjuet mine informanter. Hvordan insentiver og andre tiltak virker, er fortsatt tidlig å konkludere med. Det er heller ikke målet med oppgaven. En full kartlegging av reformen er ikke mulig før om en god stund til. Jeg har ønsket å gjøre en kartlegging av hvordan kommunene på Agder, gjennom regionsamarbeid, har kommet i gang med implementeringen av samhandlingsreformen. Sentrale spørsmål var hva som var blitt gjort og hva som gjenstår? Var det store variasjoner på tvers av regionene? Hva var i så fall årsakene til disse variasjonene? Var det noen problemer på veien? Disse spørsmålene i tillegg til en hel rekke andre spørsmål var noe jeg ønsket å fokusere på.

Tilbake til hovedproblemstillingen jeg hadde for oppgaven, som lød: «*Hvordan foregår interkommunalt samarbeid på helse og omsorg i regionene på Agder i forbindelse med implementeringen av samhandlingsreformen?*». Videre ønsket jeg svar på hvordan dette samarbeidet var blitt initiert og utviklet av kommunene på Agder, hva slags organisering som var blitt brukt, samt hvilke erfaringer dette samarbeidet hadde gitt.

Etter å ha intervjuet alle de fem regionene på Agder, i tillegg til Sørlandet sykehus HF, kjennes det ut som jeg har kommet et godt stykke på vei i forståelsen av hvordan kommuner og helseforetak samarbeider omkring samhandlingsreformen.

Et svar til min problemstilling må bli at kommunene på Agder har organisert seg i regionale samarbeidsløsninger på tvers av kommunegrensene i regionråd, totalt fem stykker som dekker samtlige kommuner i Aust- og Vest-Agder. I stedet for at hver kommune skal forholde seg til helseforetaket har partnerskapet mellom kommunene og helseforetak i praksis fungert mellom fem regionale samarbeidsutvalg (RS)⁵ og helseforetaket SSHF. Disse har møtt hverandre på en felles dialogarena i OSS (Overordnet strategisk samarbeidsutvalg). Både gjennom OSS og RS har partene kunne blitt enige om hvordan man skal løse utfordringene med samhandlingsreformen, men også til hvordan man skal forholde seg til fremtidige helseutfordringer.

⁵ RS Knutepunkt Sørlandet, RS Lindesnesregionen, RS Listerrådet, RS Setesdal Regionråd og RS Østre Agder.

Innledningsvis stilte jeg to hypoteser jeg håpte jeg kunne få svar på i løpet av arbeidet med oppgaven. Den første hypotesen hevdet at små kommuner er dårligere rustet til å møte samhandlingsreformen enn de litt større kommunene. Den andre hypotesen gikk på at en kommune med dårlig råd i liten grad ville være med på interkommunale prosjekter relatert til samhandlingsreformen.

Slik jeg ser det er det vanskelig å si verken ja eller nei til begge påstandene. En småkommune kan være vant til å finne ut av tingene selv, uten hjelp av andre, men de må samtidig innrømme at de komplekse oppgavene som samhandlingsreformen forventer at kommunene skal ta seg av i fremtiden ikke uten videre kan løses i hvilken som helst kommune. Man kan argumentere begge veier, men helhetlig kan det se ut som de minste kommunene i landet på enkelte områder vil være dårligere rustet til å møte reformen. Når det kommer til den andre påstanden kan man på den ene siden hevde at «fattigkommuner» vil nedprioritere samhandlingsprosjekter med nabokommunene. Det er naturlig at man ønsker å rydde opp i egne problemer, før man løser andres. På den annen side peker funn i oppgaven min på at selv om kommunene har lite å rutte med økonomisk ser de på dette som så viktig at man bare må finne en løsning slik at man kan delta på lik linje med de andre kommunene, i søken på å tilby stadig bedre helse- og omsorgstjenester.

Det man må spørre seg med en slik reform som samhandlingsreformen – man har tilsynelatende velfungerende strukturer, avtaler osv. – det kan se tilforlateg ut, men gir det oss bedre helsetjenester? Og utnytter vi ressursene godt nok? Det skrives mange stortingsmeldinger, forskningsrapporter og NOU-er om hvordan man kan få best mulig løsninger, men det er også viktig at de som skriver disse ikke mister av syne hvem som skal få det bedre med alle disse nye løsningene. Det er ikke først og fremst byråkrater, forskere og annet personell, men pasienten. Innbyggeren, deg og meg. De bør være prioritert i enhver helsereform! Selv i helsevesenet fungerer ofte de enkle løsningene, man må passe seg så ting ikke blir for byråkratisk og avansert. Da kan den manglende effektiviteten det så titt snakkes om i helsesektoren nå uante høyder.

7.1 Svar på spørsmålene stilt innledningsvis

I innledningen stilte jeg følgende spørsmål:

- Hvordan har samarbeidet blitt initiert og utviklet i kommunene på Agder?
- Hva slags former for interkommunalt samarbeid har blitt utviklet for å løse utfordringene med reformen?

- Hva har erfaringene med dette samarbeidet vært så langt og hva har hindret eller fremmet samarbeidet?
- Kan interkommunalt samarbeid kompensere for manglende størrelse eller mangel på ressurser?

Første spørsmål: Partnerskapet mellom kommuner og helseforetak rundt implementeringen av samhandlingsreformen finner først og fremst sted i OSS og RS. Samarbeid omkring helse har i flere regioner foregått allerede i flere år, og i enda lenger tid enn fra samhandlingsreformen ble igangsatt. Mange kommuner har vært i forkant av reformen hele veien, og har allerede innfridd flere av kravene som skal være klare til 2016.

Andre spørsmål: Regionrådene er § 27 – samarbeid etter kommuneloven, mens en av regionene har tatt i bruk vertskommunemodellen (Setesdal LMT) i arbeidet med å løse utfordringene til reformen. Alle kommuneregionene har egne utvalg som samarbeider opp mot helseforetaket i regionale samarbeidsutvalg (RS).

Tredje spørsmål: Erfaringene fra regionene er stort sett bra, kommunene samarbeider godt med hverandre, og dialogen med sykehuset er bra, men det merkes likevel at det er to kulturer som på mange måter er forskjellige, og dette medfører noen ekstra utfordringer i samhandlingen mellom partene.

Fjerde spørsmål: Det tror jeg helt klart. Tittelen til Andersen (2010) «*Sammen er vi sterke, men det kan også gå på tverke*» symboliserer interkommunalt samarbeid på mange måter. Samtidig som kommunene er med på et spleiselag og sammen gjør hverandre gode og faglig robuste, er det samtidig alltid en usikkerhet inne i bildet når man ikke bare må stole på seg selv, men også være avhengig av andre.

7.2 Hvordan kan man lykkes med samhandlingsreformen?

Samarbeid kommer ikke av seg selv. For at reformen skal bli en suksess må samhandling mellom partene ligge i bunn. Kritiske suksessfaktorer er gjerne kommunikasjon, IKT, finansiering, kompetanse, rekruttering, organisering, ledelse og innovasjon. Nøkler for og lykkes vil være god forankring, medvirkning fra brukerne, prioritering av ressurser og ha evne til stadig forbedring. Statistikk fra Helsedirektoratet (Samhandlingsstatistikk 2011-12) indikerer at man er på riktig vei. Vi lever lenge i Norge og helsetilstanden er generelt god, men i noen land lever man enda lengre, så det er alltid noe å strekke seg etter. Fokus fremover bør ligge på forebygging og på de unge. Det er her man virkelig kan få resultater på sikt.

Gjennom folkehelsearbeid, prioriteringer og innovasjon kan helseutfordringene i samhandlingsreformen kanskje ikke løses helt, men man kan kanskje forvente å bo i et av verdens beste land i hvert fall noen år til!

7.3 Forslag til videre forskning

Det er mye spennende man kan fordype seg i innenfor helsesektoren. I og med at samhandlingsreformen ikke er fullt ut implementert ennå kan det være interessant å se hvordan dette ser ut om noen år til. Er helseforetakene fornøyd med å være mer spesialister enn før? Er kommunene fornøyd med de nye oppgavene de har fått? Har oppgave- og kompetanseoverføringen vært vellykket eller er det rom for forbedringer?

Dersom det blir en strukturreform i Norge hvor vi får mange færre kommuner enn i dag, hvordan påvirkes dette arbeidet med samhandlingsreformen? Vil man gjøre noen strukturelle grep for at kommunikasjonen mellom helseforetak og kommuner blir mer smidig?

Folkehelsedelen har åpenbart blitt neglisjert i den første implementeringsfasen av samhandlingsreformen. Hva tenker man om dette området fremover? Hvis det er slik som alle hevder at forebygging er billigere enn reparasjon, hvorfor settes ikke støtet inn her?

Til sist kan det være verdt å nevne avtaleveldet mellom partene. Er dette den beste løsningen på samhandlingen mellom kommuner og helseforetak? Kanskje svaret ligger i nok en reform på helseområdet?

8.0 Litteraturliste

(2005). Sterke regioner - tid for reform: strategidokument fra kommunesektoren. Oslo, Kommuneforlaget.

Aarsæther, N. and S. I. Vabo (2002). Fristilt og velstyrt?: fokus på kommune-Norge. Oslo, Samlaget.

Agranoff, R. (2007). Managing within networks: adding value to public organizations. Washington, Georgetown University Press.

Andersen, O. J. and A. Røiseland (2008). Partnerskap: problemløsning og politikk. Bergen, Fagbokforlaget.

Andersen, Ole Johan (2010) Sammen er vi sterke, men det kan også gå på tverke: Regional samstyring som mulighet og problem Norsk Statsvitenskapelig Tidsskrift, Årgang 26 (nr 1): 5-29.

Andersen, S. S. (2013). Casestudier: forskningsstrategi, generalisering og forklaring. Bergen, Fagbokforlaget.

Bakken, R. (2009). Englevakt: rekruttering til en eldreomsorg i krise. Oslo, Manifest.

Baldersheim, H. and J. F. Bernt (1997). Kommunalt selvstyre i velferdsstaten. [Oslo], Tano Aschehoug.

Baldersheim, H. and L. Rose (2005). Det Kommunale laboratorium: teoretiske perspektiver på lokal politikk og organisering. Bergen, Fagbokforlaget.

Baldersheim, Harald, Pettersen Per. Arnt, Rose Lawrence og Morten, Øgård (2003): Er stort så flott? Er smått så godt? Analyse av kommunestrukturens betydning. Forskningsrapport 1/2003. Oslo: Institutt for statsvitenskap, Universitetet i Oslo

Bouckaert, G. Guy Peters & Koen Verhoest (2010) The Coordination of Public Sector Organizations Palgrave Macmillan

Brandtzæg, B. A. and K. G. Sanda (2003). Vellykkede interkommunale tjenestesamarbeid: resultater fra en kartlegging høsten 2002. Bø, Telemarksforskning.

Bukve, O. and A. Offerdal (2002). Den Nye kommunen: kommunal organisering i endring. Oslo, Samlaget.

Carlsen, B. o. H. L. S. (2013). ""Når pengene rår, forsvinner andre verdier i systemet": Helsearbeideres syn på den norske samhandlingsreformen." Nordiske Organisasjonsstudier 15(1): 29-54.

- Christensen, T., et al. (2007). Forvaltning og politikk. Oslo, Universitetsforl.
- Christensen, T., et al. (2009). Organisasjonsteori for offentlig sektor: instrument, kultur, myte. Oslo, Universitetsforlaget
- Dahl, A. F. and M. Fossum (2012). Bo trygt og godt hjemme: en forstudie av Agderkommunenes bruk av velferdsteknologi, Høgskolen i Gjøvik/ Senter for omsorgsforskning.
- Dickinson, H. J. G. (2010). "Why Partnership Working Doesn't Work." Public Management Review 12(6): 811-828.
- Disch, P. G. and E. Vetvik (2009). Framtidas omsorgsbilde: slik det ser ut på tegnebrettet : omsorgsplanlegging i norske kommuner : status i 2009 - utfordringer mot 2015. [Arendal], Senter for omsorgsforskning, Sør.
- Donaldson, Lex (2001). The Contingency Theory of Organizations. Thousand Oaks, Sage
- ECON (2006) Interkommunalt samarbeid i Norge – omfang og politisk styring, Oslo, Rapport 2006-057.
- Fimreite, A. L. and J. E. Grindheim (2007). Offentlig forvaltning. Oslo, Universitetsforl.
- Goldsmith, S. and W. D. Eggers (2004). Governing by network: the new shape of the public sector. Washington, D.C., Brookings Institution Press.
- Grønmo, Sigmund (2004): Samfunnsvitenskapelige metoder. Bergen: Fagbokforlaget.
- Hagen, T. P., et al. (2006). Kommunal organisering: effektivitet, styring og demokrati. Oslo, Universitetsforl.
- Helling, L. (2013) Kritisk søkelys på samhandlingsreformen, Tidsskrift for den norske legeforening, Hentet fra <http://tidsskriftet.no/article/1911452>
- Helsedirektoratet (2012) Samhandlingsstatistikk 2011-12 Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/samhandlingsstatistikk-2011-12/Publikasjoner/samhandlingsstatistikk-2011-12.pdf>
- Helsedirektoratet (2013) Nasjonal veileder fra Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Dokumenter%20SAM/Nasjonal-Veileder-samarbeidsavtaler-mellom-kommuner.pdf>
- Huseby, B. M og Bård Paulsen (2009) Eldreomsorgen i Norge: Helt utilstrekkelig – eller best i verden? Sintef Helsetjenesteforskning, Rapport
- Huxham, C. and S. E. Vangen (2005). Managing to collaborate: the theory and practice of collaborative advantage. London, Routledge.

IRIS- rapport (2013). Interkommunalt samarbeid - Konsekvenser, muligheter og utfordringer. Stavanger: Rapport IRIS-2013/008

Jacobsen, D.I. (2000). Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode. Høyskoleforlaget.

Jacobsen, D. I. (2004). Organisasjonsendringer og endringsledelse. Bergen, Fagbokforl.

Jacobsen, D. I. (2005). Hvordan gjennomføre undersøkelser?: innføring i samfunnsvitenskapelig metode. Kristiansand, Høyskoleforl.

Jacobsen, D.I. (2007): Fragmentering og integrasjon i norske kommuner – politisk retrett eller vitalisering? Kommunal Ekonomi og Politikk, vol 11:33-63

Jacobsen, D. I. (2009). Perspektiver på kommune-Norge: en innføring i kommunalkunnskap. Bergen, Fagbokforlaget

Jacobsen, Dag Ingvar (2010): Evaluerings av interkommunalt samarbeid etter kommunelovens § 27, - omfang, organisering og virkemåte. Universitetet i Agder.
<http://www.regjeringen.no/pages/16279954/rapport.pdf>

Jacobsen, D. I. and J. Thorsvik (2002). Hvordan organisasjoner fungerer: innføring i organisasjon og ledelse. Bergen, Fagbokforl.

Kahneman, D. (2011). Thinking, fast and slow. New York, Farrar, Straus and Giroux.

King, Gary, Keohane, Robert O. & Verba, Sidney (1994): Designing Social Inquiry. Princeton: Princeton University Press.

Klijn, Erik-Hans (2008): Governance and Governance Networks in Europe. Public Management Review, vol 10:505-525

Knudsen, J. P. (2005). Sterke regioner: forskning og reform. Bergen, Fagbokforl.

Kooiman, J. (2003). Governing as governance. London, Sage.

Koppenjan, J. F. M. & E-H. Klijn (2004): Managing Uncertainties in Networks. London, Routledge

Melby, L. and A. H. Tjora (2013). Samhandling for helse. Oslo, Gyldendal akademisk.

Meld. St. 16 (2010-2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) [Oslo]: Helse- og omsorgsdepartementet

Meld St. 34 (2012-2013) Folkehelsemeldingen: God helse – felles ansvar [Oslo]: Helse- og omsorgsdepartementet

- Mintzberg, H. (1979). The structuring of organizations: a synthesis of the research. Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall.
- Mintzberg, H. (1983). Structure in fives: designing effective organizations. Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall.
- Montfort, A. v. and R. Hulst (2010). Inter-municipal cooperation in Europe. Dordrecht, Springer.
- NIVI (2007). Landsomfattende kartlegging av regionråd - status, utfordringer og endringsplaner. Oslo, Rapport 2007:2
- NIVI (2008): Status for interkommunalt samarbeid og behov for videreutvikling. Oslo, Rapport 2008:1
- NIVI (2010): Status for interkommunalt samarbeid og aktuelle veivalg. Oslo, Rapport 2010: 3
- NOU 1992:15 (1992) Kommune- og fylkesinndelingen i et Norge i forandring. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.
- NOU 2005:3 (2005) Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.
- NOU 2011:11 (2011) Innovasjon i omsorg Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.
- Osborne, S. P. (2010). The New public governance?: emerging perspectives on the theory and practice of public governance. London, Routledge.
- Ouchi William G. (1980) Markets, Bureaucracies, and Clans, *Administrative Science Quarterly* Vol. 25, No. 1 (Mar., 1980), pp. 129-141 Published by: Sage Publications, Inc.
- O'Toole Jr., Laurence J. Treating Networks Seriously: Practical and Research-Based Agendas Public Administration Review , Vol. 57, No. 1 (Jan. - Feb., 1997), pp. 45-52
- Rhodes R. A. W. (1996) The New Governance: Governing without Government *Political Studies* Volume 44, Issue 4, pages 652–667, September 1996
- Rhodes, R. A. W. (1997). Understanding governance: policy networks, governance, reflexivity, and accountability. Buckingham, Open University Press.
- Romøren, T. I. (2011). Samhandlingsreformen – et kritisk blikk på en helsereform. Nordisk sygeplejerforskning, 1(1), 82-88.
- Romøren, T. I., Torjesen, D. O., & Landmark, B. (2011). Promoting coordination in Norwegian health care. International journal of Integrated Care, 11(7), 1-8.

Røiseland, A. and S. I. Vabo (2012). Styring og samstyring: governance på norsk. Bergen, Fagbokforl.

Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.[Oslo]

Scott, W. Richard (2008): Institutions and Organizations. Ideas and Interests. Los Angeles, Sage

Selstad, T. (2003). Det nye fylket og regionaliseringen. Bergen, Fagbokforl.

Similä, J. O. and E. Bergh (2012). Samhandlingsreformen: utfordringer knyttet til reformens forutsetninger om interkommunalt samarbeid og avtaleregulering. Steinkjer, Høgskolen i Nord-Trøndelag.

SSB.no – befolkningsstatistikk 2013 . Tilgjengelig fra www.ssb.no/befolkning

Strand, T. (2007). Ledelse, organisasjon og kultur. Bergen, Fagbokforl.

Sørensen, E. and J. Torfing (2005). Netværksstyring: fra government til governance. Frederiksberg, Roskilde Universitetsforl.

Sørlandet sykehus HF (2013) Årsrapport OSS 2012 Tilgjengelig fra:
http://sshf.no/fagfolk/samhandling/oss/Documents/%C3%85rsrapport_2012.pdf

Vinsand, Geir og Nilsen, Jørund K. (2007): Landsomfattende kartlegging av regionråd – status, utfordringer og endringsplaner. NIVI Rapport 2007:2. Utarbeidet på oppdrag av KS

Volgnes, F. og T. Folgerø (2011, 01.02) Et svekket helsetilbud, Klassekampen, s. 16

Weigård, Jarle (1991): Interkommunalt samarbeid: et alternativ til kommunesammenslåing? Oslo, Norsk institutt for by- og regionforskning.

Åkerstrøm Andersen, N. (2006). Partnerskabelse. København, Hans Reitzels Forlag.

Vedlegg

Vedlegg 1: Kart over de fem regionene i Aust- og Vest-Agder



Vedlegg 2: Informasjonsskriv til respondentene

Forespørsel om deltakelse i masteroppgave

«Samhandlingsreformen i regionene på Agder»

Hei.

Jeg er masterstudent ved Universitetet i Agder, der jeg for tiden holder på å fullføre graden min i offentlig politikk og ledelse. Tema for oppgaven er samhandlingsreformen. I oppgaven ønsker jeg å gjøre en kartlegging av det interkommunale samarbeidet på Agder i forbindelse med implementeringen av samhandlingsreformen.

For å finne ut av dette, ønsker jeg å intervju sentrale personer i de fem regionene på Agder i tillegg til helseforetaket, eksempelvis samhandlingskoordinatorer og andre nøkkelpersoner som kan ha god og oversiktlig informasjon omkring samhandlingen mellom kommune og helseforetak og mellom kommunene i regionen.

Sentrale spørsmål vil være rundt disse temaene: interkommunalt samarbeid; initiering av samhandlingsreformen; samarbeidsløsninger; oppgavefordeling mellom kommune og sykehus og virkemidler.

Jeg vil bruke båndopptaker og ta notater mens vi snakker sammen. Intervjuet vil ta omtrent en time, og vi blir sammen enige om tid og sted.

Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data om deg bli anonymisert. Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når oppgaven er ferdig, innen 15. desember 2013.

Dersom du har lyst å være med på intervjuet, er det fint om du skriver tilbake per e-post og bekrefter deltakelse. Samtykkeerklæring vil signeres før intervjuet starter.

Hvis du har spørsmål til denne studien kan du ta kontakt med meg på 97 52 02 95, eller sende en e-post til eivind07@gmail.com.

Min veileder er førsteamanuensis Dag Olaf Torjesen ved institutt for statsvitenskap og ledelsesfag. Han kan kontaktes på 38 14 15 53 eller e-post dag.o.torjesen@uia.no.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Med vennlig hilsen

Eivind Klungland
Svalekollen 10 B
4626 Kristiansand

Vedlegg 3: Intervjuguide

Intervjuguide – stikkord

Innledning

- Nåværende stilling?
- Yrkeserfaring?
- Utdannelse?

- Har det vært **samarbeid** mellom kommunene i din region før s-reformen ble implementert?

- **Retningsreform**, hva legger du i det?
- Tanker om hvordan utfordringene i reformen skal løses? **Hvilke utfordringer er størst** i din region etter din mening? Ser du andre problemer?

Virkemidler:

- Bedre **pasientforløp** – hva gjøres?
- **Rettslige**. Reformen er egentlig delt i to deler (Helse- og omsorgstjenesteloven og Folkehelseeloven)
- **KØH** – hva er status?
- **Økonomiske**. Betalingsplikt utskrivningsklare pasienter – er det gjort strukturelle endringer i forhold til disse i din region? **Kommunal medfinansiering**? Mange oppgaver flyttes over fra spesialisthelsetjeneste til kommunene, har du inntrykk av at pengene følger med?
- **Faglige**. Hvordan skal man sikre kompetanse og opplæring i forhold til kravene i reformen (behov for flere omsorgsarbeidere i fremtiden pga. eldrebølgen)
- **Organisatoriske**. Delavtaler. OSS. RS. Prosedyrer.

Din region:

- Hvordan er **organiseringen** av pleie- og omsorgstjenestene i kommunene?
- Kan du si litt om **økonomien** til kommunene? Er det store forskjeller?
- Legedekning?
- Har man nok institusjonsplasser? Er **LMS** og **frisklivssentraler** etablert?
- **Kommunikasjon** mellom kommuner og helseforetak; er det utfordrende?
 - o Oppfatter du det som **likeverdige parter**?
- Er det noen av kommunene som utmerker seg spesielt i forhold til å ta **initiativ** til kommunesamarbeid? Er det generelt et godt **samarbeidsklima** mellom kommunene?
- Hvilke konkrete **samarbeidsprosjekter** pågår nå for tiden?
- Hvilke **organisasjonsformer** velger kommunene å samarbeide etter på helse og omsorg? **Vertskommune**? **Aksjeselskap**? Andre former for samarbeid?
- **Handlingsrom** for regionen? Er mye styrt fra helseforetaket? Opplever man **tillit** til den andre part?

- Hvordan **finansieres** regionsamarbeidet?
- Viktigheten av felles **mål**. Er det enighet om dette synes du?
- **Ledelsesutfordringer**? Største utfordringer?
- Ser du store **kulturforskjeller** mellom kommuner og helseforetak?

Interkommunalt samarbeid:

- Hvorfor tror du **IKS** kan være vanskelig å få til?
- Noen **spesielle områder** det er vanskelig å samarbeide med?
- Hvilke **fordeler** ser du med IKS?
- Det lovpålagte samarbeidet mellom kommuner og helseforetak må sees på som et **tvungent samarbeid**, hva er dine tanker om dette?

Avrunding:

- **Regjeringsskifte**, hvordan tror du dette påvirker arbeidet med reformen?
- Hva er på **dagsorden**?
- Helt til slutt; noe du vil **tilføye**?

Tusen takk for at du ville delta på intervjuet!