

# Utgjør det noen forskjell for brukeren om legevakten er kommunal eller interkommunal?

- en komparativ studie av brukertilfredshet med kvalitet i legevakt

ØYVIND BERDAL

VEILEDER

Dag Ingvar Jacobsen

**Universitetet i Agder, 2016**

Fakultet for Samfunnsvitenskap

Institutt for statsvitenskap og ledelsesfag



## **Forord**

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært en utfordrende, men veldig lærerik prosess. Jeg har måttet være disiplinert og nøye på å prioritere tiden godt. Oppgaven har gitt meg mer innsikt og kunnskap, selvsagt om oppgavens tema, men også om meg selv.

Det er mange som fortjener en takk for at jeg (endelig) har fått skrevet denne oppgaven. Først og fremst, tusen takk til min forlovede, Henriette. Måten du har stilt opp og lagt til rette for meg slik at jeg har fått brukt mine ledige stunder på å skrive denne masteroppgaven er jeg veldig glad og takknemlig for.

Jeg vil også takke veilederen min, Dag Ingvar Jacobsen som har vært tilgjengelig når jeg har trengt ham, og kommet med gode tilbakemeldinger, kommentarer og rettleiding.

Arbeidsgiveren min, Akademikerne, har lagt til rette for at jeg kunnet skrive denne oppgaven ved siden av arbeidet. Jeg vil spesielt takke organisasjonssjef Anne Folkvord for forståelse og tilrettelegging.

Til sist, men ikke minst vil jeg takke familie og venner. Dere har hele tiden vært oppmuntrende og interesserte, samt kommet med gode innspill. Det setter jeg stor pris på. En spesiell takk til Kenneth for innholdsfortegnelsen.

Aller sist, tusen takk til min lille Liam. Det blir mye mer pappa i helgene nå.

Oslo, 1. desember 2016

Øyvind Berdal

## **Innhold**

<b>1. Innledning.....</b>	<b>5</b>
<b>2. Kommunestruktur og interkommunalt samarbeid.....</b>	<b>7</b>
<b>2.1 Interkommunalt samarbeid i Norge .....</b>	<b>9</b>
<b>2.2 Hvilke former for interkommunalt produksjonssamarbeid finnes og hva innebærer disse? .....</b>	<b>10</b>
<b>3. Interkommunalt samarbeid i et organisasjonsteoretisk perspektiv .....</b>	<b>17</b>
<b>3.1 Sammenligning av en kommunal og en interkommunal legevakt .....</b>	<b>19</b>
<b>3.2 Eierskap og vertikal struktur .....</b>	<b>21</b>
<b>3.3 Hypoteser .....</b>	<b>23</b>
<b>3.4 Kontrollvariabler .....</b>	<b>24</b>
<b>4. Metode .....</b>	<b>26</b>
<b>4.1 Legevakt som case.....</b>	<b>26</b>
<b>4.2 Datamateriale – brukertilfredshet med legevakt.....</b>	<b>27</b>
<b>4.3 Datamateriale – legevaktens organisering.....</b>	<b>28</b>
<b>4.4 Svakheter og styrker ved datamaterialet .....</b>	<b>31</b>
<b>5. Analyse.....</b>	<b>33</b>
<b>5.1 Drøfting.....</b>	<b>48</b>
<b>6. Litteraturliste .....</b>	<b>53</b>

## Tabell-liste

Tabell 1	Frekvensfordeling av uavhengige individvariabler	s.28
Tabell 2	Frekvensfordeling av legevaktens organisering	s.29
Tabell 3	Deskriptiv statistikk - Antall innbyggere, areal og frie inntekter per capita ved legevaktene	s.29
Tabell 4	Deskriptiv statistikk - Antall innbyggere i legevakten	s.29
Tabell 5	Deskriptiv statistikk - Samlet areal for legevaktene	s.30
Tabell 6	Deskriptiv statistikk - Type samarbeid og legevaktens totale frie inntekter per capita	s.30
Tabell 7	Deskriptiv statistikk - Type samarbeid og antall kommuner i legevakten	s.30
Tabell 8	Deskriptiv statistikk – brukernes svar på utvalgte spørsmål i brukerundersøkelsen	s.34
Tabell 9	Faktoranalyse	s.35-36
Tabell 10	Frekvensanalyse – avhengig variabel	s.37
Tabell 11	Korrelasjonsmatrise: uavhengige variabler	s.38
Tabell 12	Korrelasjonsmatrise – avhengig variabel	s.39
Tabell 13	Tabell 13: Regresjonsanalyse (OLS). Avhengig variabel: Indeks ”Oppfatning av kvalitet ved helsepersonell” 1	s.40
Tabell 14	Regresjonsanalyse (OLS) – Avhengig variabel: Indeks ”Oppfatning av kvalitet ved helsepersonell” 2	s.41
Tabell 15	Regresjonsanalyse (OLS). Avhengig variabel: Indeks ”Informasjon”. 1	s.42
Tabell 16	Regresjonsanalyse (OLS). Avhengig variabel: Indeks ”Informasjon”. 2	s.43
Tabell 17	Regresjonsanalyse (OLS). Avhengig variabel: Indeks ”Internett”. 1	s.44
Tabell 18	Regresjonsanalyse (OLS). Avhengig variabel: Indeks ”Internett”. 2	s.45
Tabell 19	Regresjonsanalyse (OLS). Avhengig variabel: Indeks ”Ventetid”. 1	s.46
Tabell 20	Regresjonsanalyse (OLS). Avhengig variabel: Indeks ”Ventetid”. 2	s.47

## 1. Innledning

Kommunen er som tjenesteproducent en viktig del av den norske velferdsstaten, og diskusjonen om kommunestruktur er en av Norges heteste politiske debatter. Den norske diskusjonen er sterkt konsentrert om kommunesammenslåing, og kommunene opplever et økt press fra nasjonalt politisk hold om å slå seg sammen. Samtidig samarbeider mange norske kommuner om ulike tjenester i interkommunale samarbeid. På regionalt og lokalt nivå ser omfanget av interkommunalt samarbeid ut til å øke (Jacobsen 2011) og samarbeid betraktes som et alternativ til sammenslåing. (Fimreite, Aars, Homme, 2004)

Begrepet interkommunalt sikter til noe som finner sted mellom kommuner, til forskjell fra noe som skjer innenfor de formelle rammene til en enkelt kommune (Jacobsen 2014). Ved oppretting av nye, relativt autonome enheter følger det også vanligvis med nye beslutningsnivåer. Ofte vil for eksempel et styre «legge seg mellom» ledere i det tradisjonelle hierarkiet. Dette endrer, og svekker muligens, direkte styringsmuligheter, både administrativt og politisk. Styring må skje indirekte, gjennom utforming av avtaler og representasjon i styrer og råd, ikke gjennom instruks. (Jacobsen, 2007)

Spørsmålet jeg stiller i denne oppgaven er: betyr det noe for brukerens tilfredshet med legevakten om tjenesten er organisert kommunalt eller interkommunalt? Vil forskjeller i organisasjonsstruktur ha betydning for tjenestens kvalitet på en slik måte at det påvirker brukernes oppfatning av tjenesten? Et viktig kjennetegn ved det rasjonelle perspektivet er at den normative formelle strukturen anses å styre atferden i organisasjonen (Egeberg, 1984). Forskningsspørsmålet baserer seg på en grunnleggende antakelse om at utformingen av en organisasjons struktur og sammensetning har implikasjoner for effektene og utfallet av de beslutninger som tas og de handlinger som utføres i den. Jeg vil med dette bakteppet undersøke om de formelle strukturforskjellene mellom interkommunale og kommunale legevakter har implikasjoner for brukernes tilfredshet.

Interkommunalt samarbeid er et uttrykk for et mer allment fenomen både nasjonalt og internasjonalt, nemlig framveksten av governance og nettverksstyring i offentlig politikk og forvaltning. Governance kan defineres som den ikke-hierarkiske prosessen hvor offentlige og private aktører og ressurser koordineres og gis felles retning og mening. (Røiseland og Vabo 2012: 21). I dag handler imidlertid governance om at styring foregår på flere arenaer enn den

tradisjonelle politiske scenen, gjennom samarbeid innenfor både uformelle og mer formaliserte strukturer med gjensidig avhengige, men autonome aktører som gjennom forhandling innenfor relativt institusjonaliserte rammeverk bidrar til produksjonen av felles mål og mening. (Sørensen og Torfing 2005:197)

Konsekvensene av interkommunalt samarbeid kan deles opp i to nivå: de operative og de styringsmessige/demokratiske. I diskusjonen rundt kommunestruktur har interkommunalt samarbeid i stor grad vært trukket fram som et demokratisk problem. Et eksempel er Rhodes og hans uthulingsteori. Her betraktes all flytting av myndighet fra kommunestyre og formannskap til andre organer der politisk styring til en viss grad er begrenset, som en svekkelse av demokratiet. (Rhodes, 1996) Fimreite mfl. hevder at mulighetene for folkelig ansvarsutkrivelse blir redusert når beslutninger som har betydning for innbyggerne flyttes ut av de folkevalgte organene. (Fimreite, Aars, Homme, 2004)

På operativt nivå har det vært mest forsket på interkommunalt samarbeid på produksjonsnivå. Forskingen indikerer at interkommunalt samarbeid gir stordriftsfordeler. Det er bedre kvalitet på tjenestene som oppleves som det viktigste bidraget fra interkommunalt samarbeid (ECON 2006:50; Gjertsen 2013; Jacobsen & Kiland 2012; Lie et al. 2013; Nesheim 2008; Nilsen 2011; Opdal & Streitlien 2008; Tjerbo 2010:23) Studiene ser derimot kun på det en kan kalle tekniske kommunale tjenester, ikke tjenester som skole, velferd og helsetjenester. (Jacobsen, 2016.)

Jeg ønsker å se nærmere på effekter av interkommunalt samarbeid på det operative nivået, det vil si om samarbeidet klarer å nå sine oppsatte mål og ambisjoner. (Jacobsen, 2014) Studiet vil på operativt nivå sammenligne interkommunal organisering med kommunal organisering av samme tjeneste. Jeg vil ikke studere demokratiske effekter. Som nevnt er det som regel de tekniske kommunale tjenestene i interkommunale samarbeid man har forskning på. I studiene som finnes av de tekniske tjenestene, har man sett på ”objektive” kriterier som aspekter knyttet til økonomi og antall produserte enheter. Jeg vil studere en subjektiv kvalitetsindikator, nemlig brukeroppfatninger på individnivå.

At det ikke på operativt nivå er forsket mer på komplekse tjenester, som skole, velferd og helsetjenester slår meg som en mangel i den interkommunale forskningen. Dette særlig når en tar i betraktning hvor utbredt interkommunalt samarbeid er om slike tjenester. Derfor er

ambisjonen ved denne oppgaven å utvide det empiriske området ved å studere om strukturforskjeller mellom interkommunale samarbeid om legevakt og kommunal legevakt påvirker brukertilfredsheten.

## **2. Kommunestruktur og interkommunalt samarbeid**

Den norske debatten om kommunestruktur er i all hovedsak sentrert om behovet for en kommunereform med mål om færre og større kommuner. Debattens underliggende premisser er at kommunen må ha en viss størrelse for å tilby brukerne gode tjenester. At mange kommuner allerede har slått sammen enkelttjenester gjennom interkommunale samarbeid, uten å sammenslå kommunene, er det få som diskuterer de operative effektene av og man har heller ikke et stort kunnskapsgrunnlag ettersom det er få som har forsket på interkommunale tjenester på operativt nivå

Faktum er at det er forskjell på organiseringen om tjenesten produseres kommunalt eller interkommunalt. Dessuten, er det en forskjell på hvilken form for interkommunal samarbeidsløsning en velger. Spørsmålet er om disse strukturforskjellene kan påvirke hvilket tilbud brukerne av tjenesten møter og hvilken kvalitet tjenesten holder. Dette er output som brukeren bryr seg om, som påvirker dens hverdag, og derfor bør det også være et bedre kunnskapsgrunnlag om operative effekter av interkommunale samarbeid.

I dagens norske er debatt er det slik at når interkommunalt samarbeid først diskuteres, er det svært ofte med fokus på styringsproblematikk og demokratiske effekter, mens tjenestekvalitet kommer i andre rekke. For å illustrere dette med et eksempel vil jeg vise til da kommunal- og moderniseringsminister Jan Tore Sanner tok i mot første delrapport fra ekspertutvalget for kommunereformen, ledet av professor Signy Vabo. Sanner ble sitert på at ”Rapporten viser hvordan den kraftige økningen i antall interkommunale samarbeid svekker lokaldemokratiet og økt statlig styring reduserer det lokale selvstyre” (KMD,14). Også utvalget selv skriver i samme rapport: ”En betydelig fordel med større kommuner er dessuten at behovet for interkommunalt samarbeid om viktige kommunale oppgaver vil bli redusert. Det ligger en demokratisk gevinst i at kommunestyret har oversikt og kontroll over sin oppgaveportefølje og at innbyggerne vet hvem som tar ulike beslutninger” (Ekspertutvalget 14)

Spørsmålet er om man kan danne seg et fullstendig bilde av interkommunale samarbeid og kommunens legitimitet som tjenesteleverandør blant sine innbyggere, ved å fokusere nærmest ensidig på styringsproblematikk og demokratiske effekter ved interkommunale samarbeid, eller det kommunal- og moderniseringsministeren kaller demokratisk underskudd. Er det styringsproblematikk og demokratiske effekter folk flest legger vekt på når de skal bedømme kommunen som tjenesteleverandør? Vet vi nok om hvordan brukerne opplever de kommunale tjenestene, og kjenner vi godt nok til hvilken organisering som gir best resultat?

Baldersheim mfl. ser i sin artikkel ”Den krevende borger” på kommunenes prestasjonsevne ved å kartlegge innbyggernes tilfredshet med kommunale tjenester. (Baldersheim mfl.2011) Her ser forskerne på kommunen som demokratisk arena, og poengterer at kommunenes legitimitet i stigende grad er knyttet til deres evner som tjenesteleverandør og problemløser (Pettersen og Rose, 2000). Med andre ord: hvordan innbyggerne vurderer kommunale tjenester har stor betydning for legitimitet. Gode tjenester kan gi gjenvalg og dårlige tjenester kan straffe seg ved stemmeurnene. Baldersheim mfl. finner at kommunens legitimitet i stigende grad er knyttet til dens evne som tjenesteleverandør.

Tatt i betraktning utfordringene kommunereformen har møtt, er dette et argument for å dreie kommunediskusjonen fra et ensidig fokus på sammenslåing, til å diskutere de operative effektene av interkommunale samarbeid. Særlig fordi vi vet at norske kommuner gjennomsnittlig deltar i elleve interkommunale samarbeid hver. (KS, 2013).

Rose og Baldersheim ser også på læringsverdien for kommunene ved å få tilbakemeldinger og dermed kunnskap om innbyggernes opplevelse av tjenestene, noe som gir grunnlag for forbedringer og justeringer. Difis innbygger- og brukerundersøkelse, som også benyttes i denne oppgaven, er et eksempel på slike tilbakemeldinger. Undersøkelsen hadde hatt desto større verdi om den inneholdt informasjon om tjenesten er organisert kommunalt eller interkommunalt, og hvilken interkommunal løsning som er valgt. Slik ville man fått en oversikt over om organiseringen av tjenesten virkelig har effekt på brukernes opplevelsen av kvaliteten ved den. Som nevnt, situasjonen er slik at vi vet lite om forskjell på tjenestekvalitet på operativt nivå mellom kommunal og interkommunal produksjon. Dette til tross for at interkommunalt samarbeid er meget utbredt i Norge. Ettersom det er lite informasjon å finne, er det også vanskelig å diskutere på et godt grunnlag. Derfor grunn mener jeg det er et åpenbart behov for å kartlegge effekter av interkommunale samarbeid på operativt nivå.



## 2.1 Interkommunalt samarbeid i Norge

Som beskrevet i innledningen sikter begrepet interkommunalt til noe som finner sted mellom kommuner, til forskjell fra noe som skjer innenfor de formelle rammene til en enkelt kommune (Jacobsen 2014). Interkommunale produksjonssamarbeid kan defineres som et tjenesteytende nettverk i Klijn's nettverksteori. (Klijn, 2008). Tjenesteytende nettverk kjennetegnes av at flere autonome parter samarbeider om å utføre en oppgave knyttet til produksjon av tjenester eller produkter. I interkommunal kontekst vil et tjenesteytende nettverk bety at flere kommuner (autonome aktører) samler sine ressurser i et mer eller mindre stabilt samarbeid. Slike samarbeid kan være av svært ulik formaliseringsgrad, fra å være en arena der man møtes for å utveksle erfaringer, kunnskap og informasjon til å være en relativt fasttømret organisasjon med egne ressurser, formell struktur og ledelse). (Jacobsen, 2010)

### *Hvorfor inngås interkommunale samarbeid?*

Om en legger til grunn at kommunene er instrumentelt rasjonelle er bakgrunnen for at kommunene velger å samarbeide om tjenesteproduksjonen begrunnet i å skape mer effektive og robuste tjenester av høyere kvalitet (Nooteboom 2004; Oliver 1990) Studier som har sett på hva kommunene anser som det viktigste bidraget fra interkommunalt samarbeid viser at det er bedre kvalitet på tjenestene som oppleves som det viktigste bidraget (ECON 2006:50, Gjertsen 2013; Lie et al 2013; Nesheim 2008; Nilsen 2011; Opdal og Streitlien 2008; Tjerbo 2010:23). Det legges da en bred forståelse av kvalitet til grunn, og begrepet innebærer bedre muligheter for å rekruttere, holde på fagpersonell, større faggrupper og mindre sårbarhet. Kommunene ønsker å tilby en tjeneste av høy kvalitet, og for en kompleks tjeneste som legevakt, som er avhengig av spesielle innsatsfaktorer som ulike ansatte, bygg og utstyr, kan et samarbeid være eneste måte oppnå dette på som følge av økonomiske begrensninger. Gjennom samarbeid kan flere parter "spleise" på produksjonsfaktoren, og dermed oppnå den ønskede (og i mange tilfeller lovfestede) kvalitet. (Jacobsen, 2010).

Økt effektivitet er en annen viktig årsak til at kommuner inngår interkommunale samarbeid. Kommunen ønsker å produsere en tjeneste mer effektivt ved å senke produksjonskostnadene. Forskning indikerer at interkommunalt samarbeid gir stordriftsfordeler. (Hefetz and Warner 2012, Bel, Fageda et al. 2014, Bel and Warner 2015). Stordriftsfordelene skapes ved at kapasiteten på produksjonsfaktorene kan utnyttes bedre, som arbeidskraft, bygg og maskiner.

(Jacobsen, 2010) På tjenestenivå har Sørensen (2007) sett på renovasjonstjenester og konkluderer med at effektiviteten synker med antall kommuner i samarbeidet. Han finner at jo flere kommuner som deltar i samarbeidet, jo mindre effektivitet og mindre utbytte. Dette fordi transaksjonskostnadene overstiger gevinstene av stordriftsfordeler. (Jacobsen, 2014) Dahlberg (2008:69) viser til tydelige stordriftsfordeler i kommunal renovasjon, men påviser ikke signifikante forskjeller mellom interkommunale samarbeid og produksjon innenfor en kommune. Funnene hans tyder tvert i mot på at effektiviteten øker med antall eiere, altså antall kommuner. (Jacobsen, 2014) Leknes et.al (2013:100, 110-111) finner heller ikke at transaksjonskostnader øker merkbart med antall kommuner. Men, studiene ser kun på det en kan kalle tekniske kommunale tjenester, ikke tjenester som skole, velferd og helsetjenester. Dermed vet man lite om hvilken gevinst man har av interkommunalt samarbeid (for denne typen tjenester) (Jacobsen, 2016.)

## **2.2 Hvilke former for interkommunalt produksjonssamarbeid finnes og hva innebærer disse?**

Her vil jeg trekke frem §27 samarbeid, vertskommunesamarbeid og interkommunale selskaper. Dette er interkommunale samarbeidsmodeller som er relevante for legevaktjenesten. De er regulert i kommuneloven og egen lov om interkommunale selskaper. Det er samarbeidenes strukturelle forskjeller som er interessante for denne oppgaven. Derfor vil jeg i denne delen vise hvordan de ulike formene for interkommunale samarbeid er strukturert vertikalt og horisontalt. Alle disse formene for interkommunalt samarbeid kjennetegnes av ulik grad av formalisering, og dermed også ulike formelle strukturer (Jacobsen 2014). Organene blir både styringsinstrumenter for samarbeidet, og samarbeidets forbindelse til “moderorganisasjonen” nemlig kommunene. Hvordan organene er designet er derfor helt avgjørende.(Jacobsen, 2016).

### **§27-samarbeid**

§27-samarbeid har fått navnet sitt fra paragrafen i kommuneloven som for første gang ga kommunene mulighet til å samarbeide om oppgaver på juridisk grunnlag. §27 er den opprinnelige og alminnelige lovparagrafen som regulerer interkommunalt samarbeid, og røttene kan trekkes tilbake til kommuneloven av 1921 (Jacobsen, 2014) Paragrafen åpnet for en mulighet til å delegerer myndighet fra to eller flere kommuner til et eget styre til løsning av felles oppgaver. Den gir dermed en ganske bred åpning for kommunene til å opprette

interkommunalt samarbeid for et bredt spekter av oppgaver, så sant det ikke strider mot særlover på området (Sletnes 2003). Paragrafen gir føringer på hvordan organisering og styring skal utformes, men disse er lite detaljerte og gir dermed et betydelig rom for lokal variasjon. (Jacobsen, 2014).

Paragraf §27 er tydelig på at samarbeidet skal ha et styre hvor alle deltakende kommuner skal være representert, og at statlige aktører ikke kan delta. Hvor stort styret skal være, hvilke deltakere fra hver enkelt kommune og hvor ofte styret skal møte sier paragrafen derimot ingenting om. Paragrafen er klar på at samarbeidet skal være basert på vedtekter (avtale) og definerer et sett absolutte minimumskrav (formål, økonomi etc.). At disse kravene er minimumskrav gir stor mulighet for variasjon. (Jacobsen, 2014). Paragrafen åpner også for at samarbeidet kan ha en daglig leder og en administrasjon. Dette er ingen nødvendighet, men i praksis betyr det at samarbeid etter §27 kan være egne organisatoriske enheter med tilhørende administrativ kapasitet (ledelse, ansatte, egne budsjetter etc) (Jacobsen, 2014).

Kommunene i et §27-samarbeid delegerer oppgaver til styret i samarbeidet, men kun oppgaver knyttet til drift og organisering av virksomheten. Oppgaver som er typiske kommunale kjerneoppgaver og innebærer myndighetsutøvelse er ikke tillatt delegert til §27-styrer. Vedtektene for samarbeidet skal i utgangspunktet regulere hvilke oppgaver som er delegert til styret. Men ettersom paragrafen er lite detaljert varierer det også hvordan organiseringen er gjennomført, hvordan styringsorganene er utformet og hvilke oppgaver som er delegert. (Jacobsen 2014).

§27 samarbeid er i utgangspunktet samarbeid hvor kommunene styrer samarbeidet. Gjennom fastsettelse av vedtekter, representasjon i styre, utforming av kravspesifikasjoner i bestillinger mv. er det i utgangspunktet grunn til å anta at deltakerkommunene generelt har gode muligheter for å styre samarbeidet. (Leknes et.al 2013)

Om samarbeidet har status som et selvstendig rettssubjekt vil saken forholde seg annerledes. Det kan være vanskelig å definere hvorvidt samarbeidet er et selvstendig rettssubjekt eller ikke, altså hvorvidt samarbeidet har rettigheter og plikter. Om samarbeidet er et selvstendig rettssubjekt vil kommunens styringsmulighet overfor samarbeidet begrenses. Dette vil bero på en konkret helhetsvurdering der selvstendigheten i forhold til de deltakende kommuner er det sentrale. (KS,2014). Hvorvidt samarbeidet er et selvstendig rettssubjekt eller ikke, vil blant

annet ha betydning for om folkevalgte og ansatte i kommunen er inhabile til å behandle saker hvor §27-virksomheten er part, og for spørsmålet om arbeidsgiveransvar. (KS,2014) Et selvstendig rettssubjekt vil ha betydelige organisatoriske og juridiske fullmakter avgitt fra de kommunale eierne (Leknes et.al,2013). Om samarbeidet er et selvstendig rettssubjekt vil ikke kommunene kunne benytte sin instruksjonsmyndighet. Instruksjonsmyndighet er et av de kompetansegrunnlag forvaltningen kan hjemle sin avgjørelse i for å treffe rettslig bindende beslutninger overfor andre forvaltningsorganer. (Jusinfo, 2013)

Oppsummert er grunnstrukturen i et §27-samarbeid bestående av et styre som er oppnevnt av de samarbeidende kommunene. Dette styret får delegert myndighet fra kommunene, men det er begrenset hvilke områder styret kan få myndighet over. Myndighet i politisk kontroversielle spørsmål og prinsipielle beslutninger vedrørende virksomheten er ikke tillatt å overlate et styre i et §27-samarbeid (Leknes et al. 2013).

Samarbeidet er regulert i vedtekter, men disse overlater stort rom for variasjon. Derfor er §27 samarbeid vanskelig å sette i en klar ramme, særlig om samarbeidet får status som selvstendig rettssubjekt. Åpenheten kan medføre så stor variasjon at det blir vanskelig å få samlede oversikter over samarbeidene. Manglende oversikt kan igjen virke negativt med hensyn til både politisk og administrativ styring og kontroll. (Jacobsen 2014)

### **Vertskommunesamarbeid – politisk og administrativt**

Vertskommunesamarbeid er regulert i kommunelovens paragraf 28A og utviklet for samarbeid om lovpålagte oppgaver og utøvelse av offentlig myndighet. (KS, 2013). At et vertskommunesamarbeid kan være om oppgaver som innebærer myndighetsutøvelse eller lovpålagte oppgaver, gjerne sentrale velferdsoppgaver, er unikt sammenlignet med de andre modellene for interkommunalt samarbeid hvor dette ikke er lovlig. Et hovedskille mellom vertskommunesamarbeid og de andre interkommunale samarbeidsformene går altså på at det i et vertskommunesamarbeid kan samarbeides om klassiske myndighetsoppgaver innenfor for eksempel barnevern, helse- og omsorgstjenester, miljørettet helsevern (folkehelsearbeid) og landbruksforvaltning for å nevne noen. (Leknes et al. 2013) Vertskommunesamarbeid må ikke nødvendigvis være for samarbeid om lovpålagte oppgaver. Selv om bestemmelsene om vertskommune er utformet spesielt for å gi hjemmel for interkommunalt samarbeid som omfatter offentlig myndighetsutøvelse, er dette ikke til hinder for at bestemmelsen også kan benyttes for andre tjenester rettet mot innbyggerne og interne administrative oppgaver.

Vertskommunesamarbeid kan inngås mellom kommuner eller mellom fylkeskommuner – ikke kommuner og fylkeskommuner sammen. (KS, 2013)

Vertskommunesamarbeid kan være av både administrativ og politisk art. Fellesnevneren for dem begge er at samarbeidet ikke har noen selvstendig organisatorisk overbygning, men er en del av forvaltnings- og tjenesteapparatet i vertskommunen og en del av dennes styringsstruktur. Det opprettes altså ikke noe styre eller annet organ på siden av kommunenes styringsstruktur i et vertskommunesamarbeid. Dette skiller vertskommunesamarbeid fra de andre modellene som er beskrevet.

Administrativt vertskommunesamarbeid skal kun dreie seg om oppgaver som ikke er av prinsipiell betydning. (KS, 2013) Hvorvidt saken er av prinsipiell betydning overlater kommunelovens §23 til kommunestyret å avgjøre. Dette gir kommunestyret stor innflytelse over hvordan samarbeidet skal defineres. Kommunestyret bør av den grunn gjennomføre en grundig debatt om området som er aktuelt for vertskommunesamarbeid er av prinsipiell karakter. (KS, 2013) Hvorvidt saken er av prinsipiell karakter avhenger av sakens betydning, men også utfra om viktige skjønsmessige sider er klarlagt gjennom politiske vedtak, instruks eller praksis. Den enkelte kommune kan komme fram til fastsatte retningslinjer for hva som er av prinsipiell karakter, og gi instruks om hvordan myndigheten skal utøves i saker som kun berører denne kommunen eller dens innbyggere. (Leknes et.al 2013)

Administrativt vertskommunesamarbeid er strukturert slik at den øverste administrative leder i kommunen, rådmannen, delegerer myndighet til rådmannen i en annen kommune. (Jacobsen, 2014) Delegeringen skjer altså på administrativt nivå. Delegeringen skjer etter at kommunestyrene i hver enkelt kommune har vedtatt samarbeidet og sendt instruks til sin rådmann om hvilken kompetanse som skal delegeres og settes til verks. Kompetanse i denne sammenheng er å kunne treffe vedtak i enkeltsaker innen det bestemte samarbeidsområde. (KS, 2013) Vertskommunen vil dermed fungere som vert for oppgaven samarbeidet dreier seg om. De andre kommunene i samarbeidet i et vertskommunesamarbeid defineres juridisk (kommuneloven) som samarbeidskommuner. (Jacobsen, 2014)

At en av kommunene er vert betyr at oppgaven løses i vertskommunen, og at samarbeidskommunene ikke produserer tjenesten. Det betyr derimot ikke at samarbeidskommunene gir fra seg noe myndighet permanent. Samarbeidskommunene har

hele tiden mulighet til å trekke seg og/eller gjøre oppgaven selv. De folkevalgte organene i vertskommunen kan heller ikke gi instruks eller omgjøre vedtak som treffes i vertskommunen på vegne av en samarbeidskommune, dette gjelder både for administrativt og politisk vertskommunesamarbeid. En slik exitmulighet gir samarbeidskommunene makt til å kunne påvirke vertskommunenes tjenesteløsning.

Delegeringen til vertskommunen baserer seg på en formell avtale mellom kommunene. Ved administrativt vertskommunesamarbeid er avtalen bilateral. Det er en avtale mellom to parter, vertskommunen og den enkelte samarbeidskommune. Dermed kan avtalene vertskommunen har med de andre samarbeidskommunene være ulike. (KS, 2013) I avtalen regulerer kommunene hvem som skal være vertskommune, hvilke kompetanser/områder vertskommunen skal delegeres, beslutningsmyndighet, tidspunkt for overføring av oppgaver og avgjørelsesmyndighet, underretning til deltakerne om vedtak som fattes i vertskommunen, økonomiske problemstillinger som hvordan det økonomiske oppgjøret skal være (hvordan samarbeidskommunene skal kompensere vertskommunen for de tjenestene som produseres som gagnar samarbeidskommunenes innbyggere), regler for uttreden og avvikling av samarbeidet og annet som etter lov krever avtale. Avtalen regulerer også hvordan samarbeidskommunene skal være informert om resultater og erfaringer med tjenesteproduksjonen. I tillegg kan kommunene bestemme selv hvilke andre forhold de ønsker at avtalen skal inneholde. (KS 2014)

Avtalen regulerer altså rollene til de ulike kommunene i et vertskommunesamarbeid og samarbeidets rammer. Om det skulle komme klager på vedtak gjort i vertskommunen, vil klageinstansen være kommunen som har delegert myndighet til vertskommunen. Dermed opprettholdes den ordinære saksgangen ved klage.(Jacobsen, 2014)

#### *Politisk vertskommunesamarbeid*

Politisk vertskommunesamarbeid eller vertskommunesamarbeid med politisk nemnd er knyttet til samarbeid om prinsipielle oppgaver som skal behandles politisk. Denne type prinsipielle oppgaver er strengt regulert i kommuneloven. Disse kan ikke delegeres til rådmann, og heller ikke til et administrativt vertskommunesamarbeid. (Jacobsen, 2014) Slike oppgaver må gjøres innenfor rammene av en politisk, folkevalgt struktur.

Kommunene som kommer frem til et samarbeid om prinsipielle oppgaver oppretter en nemnd

med representasjon fra alle kommunene. Akkurat som kommunestyrene delegerer myndighet ned til ulike utvalg, kan kommunestyrene delegerer myndighet på det aktuelle samarbeidsområdet til nemnda for vertskommunesamarbeidet. Poenget med et vertskommunesamarbeid er (som tidligere nevnt) at en av kommune får status som vert, og for at dette skal kunne skje delegerer den politiske nemnda myndigheten videre til administrasjonen ved rådmann i vertskommunen. Nemnda skal utøve lik myndighet for alle deltakerkommunene. Det betyr at om en kommune ønsker å trekke tilbake myndighet må alle de andre deltakerkommunene også gjøre det, alternativt at den ene kommunen trekker seg helt ut. Om vertskommunen er den som trekker seg ut oppløses hele samarbeidet.

Det er ikke slik at vertskommunen får absolutt myndighet i saker det er avtale om vertskommunesamarbeid. Den enkelte deltakerkommunen har mulighet til å gi vertskommunen instruks om utøvelse av delegerede myndigheten i saker som alene gjelder deltakerkommunen eller dennes innbyggere. (Leknes et.al 2013)

For å illustrere vertskommunesamarbeid med nemnd trekker Jacobsen frem eksempelet Værnesregionen. (Jacobsen, 2014) Værnesregionen er også det eneste eksempelet av politisk vertskommunesamarbeid om legevakt. I Værnesregionen har fire deltakerkommuner delegert ansvar til en politisk nemnd opprettet av kommunene i samarbeid. Nemnda fungerer som et filter for søknader og bestemmer hvilke tjenester som skal innvilges på grunnlag av lov om sosiale tjenester og kommunehelseloven. Nemnda er sammensatt av representanter fra de fire kommunene med flertall fra den største og også vertskommunen, Stjørdal. Tjenesten er basert i Stjørdal, det er Stjørdal som vertskommune som innehar beslutningsmyndigheten og gjennomføringen av oppgavene, men samarbeidskommunene har distriktskontorer. Samarbeidet er regulert i en avtale mellom de involverte kommunene som overordnet inneholder det samme som de nevnte elementene i en administrativ vertskommuneavtale, rammer og roller. Også her er det opprettet en egen klageinstans for samarbeidet, slik loven pålegger.

Kort oppsummert er grunnstrukturen i et vertskommunesamarbeid i hierarkisk forstand: Kommunestyret er øverst i hierarkiet, og gir myndighet til formannskap/utvalg/styre for vertskommunesamarbeidet. Disse gir myndighet til rådmannen i vertskommunen. Det interkommunale samarbeidet er en integrert del av kommunen(e). Eierne av vertskommunesamarbeidet er innbyggerne i de involverte kommuner. Eierne har ubegrenset

ansvar hvor ordfører regnes som en juridisk person.

### **Interkommunale selskaper (IKS)**

Interkommunale selskaper (IKS) er en samarbeidsform først og fremst rettet mot samarbeid av forretningsmessig karakter. Private eller statlige organer kan ikke delta, og eierne står ubegrenset ansvarlig for selskapets forpliktelser, ikke kun aksjekapitalen i selskapet. Dette skiller IKS fra aksjeselskaper. (KS, 2014)

Kommunene i samarbeidet er eierne av selskapet. Eierne utøver sin myndighet gjennom å opprette et representantskap hvor det enkelte kommunestyret har instruksjonsrett overfor sine egne oppnevnte medlemmer. Også IKS er regulert av en formell avtale. Avtalen må vedtas av kommunestyrene og fylkestingene. Innholdet i avtalen er strengt regulert i lov. Den må inneholde et stiftelsesdokument med vedtekter, krav til vedtektenes innhold om f.eks. styremedlemmer, antall aksjer og aksjebeløp og eventuelle særskilte rettigheter, krav til egenkapital, generalforsamling hvor alle aksjeeiere kan delta, styre som velges av generalforsamling. Representantskapet behandler bl.a. budsjett, regnskap og økonomiplan. (Leknes et.al 2013)

Representantskapet velger et styre med minst tre medlemmer. Etter loven har de ansatte rett til representasjon. Representantskapet kan instruere sitt styre og omgjøre beslutninger. Avtalen kan også åpne for at visse saker må godkjennes av representantskapet. Det er styret som har ansvar for forvaltningen av selskapet, at virksomheten drives i samsvar med selskapets formål og det representantskapet har bedt dem om. Styret ansetter daglig leder. (Leknes et.al 2013)

Grunnstrukturen i et IKS er i hierarkisk forstand slik at kommunestyrene delegerer myndighet til representantskapet på toppen av hierarkiet, som oppretter et styre. Styret ansetter en daglig leder for selskapet. Eierstrukturen er begrenset til kun kommuner og eiers ansvar er ubegrenset. Styrerepresentantene har ubegrenset økonomisk og strafferettslig ansvar. Dette reguleres av aksje,- IKS, og stiftelsesloven. Interkommunale selskaper kan som regel defineres som selvstendige rettssubjekter med de følgende det innebærer (se §27 samarbeid) (KS, 2014)



### **3. Interkommunalt samarbeid i et organisasjonsteoretisk perspektiv**

Hensikten med dette studie er å undersøke om forskjeller ved formell struktur påvirker brukernes oppfatning av tjenestekvalitet. For å se interkommunale samarbeid i et organisasjonsteoretisk perspektiv vil jeg benytte meg av et instrumentelt/rasjonelt perspektiv på organisasjonen. En forutsetning for denne tilnærmingen er at innholdet i politikken ikke kan forstås uten å analysere styringsverkets organisering og virkemåte (Christensen m.fl 2004:11). Etersom fokuset mitt i oppgaven er på formell struktur velger jeg å konsentrere meg om den instrumentelle/rasjonelle tilnærmingen.

Den instrumentelle tradisjonen kan deles opp i to perspektiver, det hierarkiske perspektivet og forhandlingsperspektivet. (Christensen et al., 2015) Jeg vil her trekke frem begge disse perspektivene. Det hierarkiske perspektivet trekker jeg frem hovedsakelig for å gjøre rede organisasjonsteoretisk for formell struktur som er avhengig variabel for studiet. Forhandlingsperspektivet er relevant for interkommunale samarbeid fordi det beskriver en mer mangefasettert organisasjonssituasjon preget av interessemotsetninger som er relevant også for interkommunale samarbeid, som er kjennetegnet av flere eiere.

#### *Hierarkisk perspektiv – med vekt på formell struktur*

Organisasjonens struktur vil etter den instrumentelle/rasjonelle organisasjonstradisjonens syn, påvirke både aktørenes handlingsmuligheter og utfall av oppgaven som skal gjennomføres (Christensen et al., 2015) Egeberg (1989) betegner formell normativ struktur som kjennetegnet av at et sett stabile, upersonlige og offisielle normer legger føringer for både aktiviseringen og defineringen i beslutningsprosesser (Egeberg, 1989). Med aktivisering og definering mener Egeberg aktivisering av aktører og definering av problemer og løsninger. Aktørenes tilhørighet til sine organisasjoner, og den organisasjonssammenhengen aktørene handler innenfor vil påvirke tenke- og handlingsmåten til aktøren og gjennom dette også innholdet i politikken (Olsen 1978: 16, Christensen m.fl 2004: 11).

Bakgrunnen for den instrumentelle/rasjonelle teorien, hevder Egeberg, er at menneskets kognitive kapasitet gjør det bare mulig å ha oversikt over et begrenset antall handlingsalternativer og mulige konsekvenser av disse. (Egeberg 1989). Det hierarkiske perspektivet kjennetegnes av at det eksisterer en organisatorisk rasjonalitet som veier opp for organisasjonsmedlemmenes begrensede rasjonalitet (Roness 1992:13; Simon 1997). Det må

foretas en utvelgelse i forhold til problemopptatthet, løsningsforslag og konsekvensfokusering (Egeberg, 1989)

For å sette dette inn i en interkommunal norsk kontekst er som nevnt i del 2.1 målet for interkommunale samarbeid økt effektivitet gjennom stordriftsfordeler og økt kvalitet på tjenestene. Om en legger til grunn at kommunene er instrumentelt rasjonelle er bakgrunnen for at kommunene velger å samarbeide om tjenesteproduksjonen begrunnet i å skape mer effektive og robuste tjenester av høyere kvalitet (Nooteboom 2004; Oliver 1990)

Normene Egeberg referer til kan utformes ut fra formålsrasjonelle mål-middel-vurderinger, der organisasjonsstrukturen vil legge føringer for, og være avgjørende for hvordan medlemmer av organisasjoner utfører sine oppgaver (Christensen mfl. 2004.:30). Normene er upersonlige fordi de eksisterer uavhengig av personene som til enhver tid innehar posisjonene, og stabile da de ofte kommer til uttrykk gjennom organisasjonskart, lover og regler (Christensen et al., 2015: 38). Arbeidsoppgavene skal standardiseres og effektiviseres, og personlige preferanser skal holdes utenfor (Bolman & Deal, 2010:72). Organisasjoner er spesielt et instrument for ledelsen innen det hierarkiske perspektivet (Roness 1992:12).

Disse formelle organisasjonsstrukturene varierer imidlertid med grad av spesialisering og samordning, som er ulike prinsipper for utforming av organisasjoner ledes ut fra (Christensen et al., 2015: 38; Egeberg, 1989: 18). Man skiller mellom vertikal og horisontal samordning og spesialisering. Organisasjonen kan være spesialisert både vertikalt, noe som uttrykker oppdeling i ulike hierarkiske nivå, og horisontalt, som uttrykker hvordan ulike saksområder tenkes delt opp ved hjelp av organisasjonsstrukturen (Christensen m.fl. 2002)

Innenfor organisasjonslitteraturen regnes gjerne spesialisering som motsatsen til samordning (Mintzberg 1979). I stedet for at enheter eller funksjoner blir integrert blir de skilt fra hverandre. Mens samordning i utgangspunktet vil medføre en strukturell forenkling av organisasjonen, vil spesialisering lede til flere enheter. Disse enhetene vil ha større autonomi. Horisontal spesialisering av organisasjoner handler om hvordan organisasjonen tenkes strukturert på ett og samme nivå. Gulick skiller mellom fire hovedprinsipper for horisontal spesialisering, formål, prosess, klient eller objekt og geografisk spesialisering (Gulick 1937). Vertikal spesialisering handler om ansvarsfordeling mellom styringsnivåene (Christensen et al., 2015; Egeberg, 2012)

### *Forhandlingsperspektivet*

Å anta at man kan forstå en organisasjons aktivitet og resultater kun ved å undersøke dens struktur ville være urealistisk. Organisasjoner er gjerne mer heterogene enn de fremstår ut fra det hierarkiske perspektivet (Christensen, 1994). Interkommunale samarbeid er ikke noe unntak. Ved oppretting av nye, relativt autonome enheter følger det også vanligvis med nye beslutningsnivåer. Ofte vil for eksempel et styre «legge seg mellom» ledere i det tradisjonelle hierarkiet. Dette endrer, og svekker muligens, direkte styringsmuligheter, både administrativt og politisk. Styring må skje indirekte, gjennom utforming av avtaler og representasjon i styrer og råd, ikke gjennom instruks. (Jacobsen, 2007)

Forhandlingsperspektivet kjennetegnes av at uenigheter og spenninger vil føre til forhandlinger, og at beslutninger vil være preget av dragkamper og kompromisser (Olsen, 1988) Det kan være koalisjoner som streber etter makt for å realisere egne mål eller egne synspunkter på hvordan organisasjonen bør være (Simon 1997). Som det hierarkiske perspektivet er forhandlingsperspektivets utgangspunkt at organisasjonen handler formålsrasjonelt, men en viktig forskjell er at det i forhandlingsperspektivet er på bakgrunn av deltakernes egne interesser og ikke organisasjonens felles mål.

Forhandlingsperspektivet er også et strukturelt-instrumentelt perspektiv. Dette er fordi et vedtak besluttet gjennom forhandling er kontrollert og formålsrasjonelt ved at organisasjonen eller organisasjonene innehar prosedyrer for forhandlingene og hvordan ulike preferanser skal avveies (Egeberg 1984)

### **3.1 Sammenligning av en kommunal og en interkommunal legevakt**

Før jeg går videre med å gjøre rede for effekter av formell struktur i form av blant annet forhandlinger knyttet til transaksjonskostnader vil jeg trekke frem to legevakter. En kommunal legevakt, og et interkommunalt selskap. Ved gjennomgang av de ulike interkommunale samarbeidene har jeg illustrert hvilke vertikale struktureffekter de ulike samarbeidsmodellene har. Nå ønsker jeg å illustrere de vertikale strukturforskjellene også på konkret tjenestenivå . Etersom størrelse kan spille en rolle vil jeg sammenligne to forholdsvis store (i innbyggertall og areal) legevakter ved å omtale Tromsø kommunale legevakt, og Follo IKS. De utvalgte legevaktene representerer to typiske norske legevakter med kommunal og interkommunal organisering. Bakgrunnen for at jeg trekker frem et interkommunalt selskap,

er at de vertikale strukturforskjellene sammenlignet med den kommunale legevakten, er størst ved denne interkommunale modellen.

### **Tromsø kommunale legevakt**

Legevakta i Tromsø er kommunal og dekker 73 480 innbyggere og et areal på 2 566 kvadratkilometer (5 288 kvadratkilometer inkludert territorialfarvann).

*Horisontal struktur:* Legevakten er konsentrert rundt en vaktbase, hvor det er sykepleiere og leger til stedet hele døgnet. Ved legevakten er det ansatt en overlege i 1/3 stilling, samt 20 sykepleiere. Legevakten og Allmennlegetjenesten deler på en økonomirådgiver som er ansatt på 70%. Legevakta er også legevakttelefonsentral for innbyggerne i kommunene Balsfjord, Karlsøy, Kvæningen, Kåfjord, Lyngen og Storfjord. Legevakta er lokalisert i samband med Universitetssykehuset i Nord Norge (UNN). (Hunskår m.fl, Vakttårnprosjektet, 2015)

*Vertikal struktur:* Legevakten i Tromsøs har kun en eier (kommunen), og forholder seg til kommunestyret i Tromsø.

### **Follo legevakt IKS:**

Follo interkommunale legevakt er et interkommunalt selskap og dekker 121 233 innbyggere fordelt på 779 km<sup>2</sup>.

*Horisontal struktur:* Legevakten er konsentrert rundt en vaktbase som er bemannet hele døgnet alle dager i året, med sykepleier som gir råd og veiledning til befolkningen samt henviser videre til vakthavende lege i de respektive kommuner på dagtid. Legevakten har også en daglig leder/overlege i 40 % stilling og en merkantil stilling i 20 %.

*Vertikal struktur:* Øverste organ i det interkommunale selskapet er representantskapet som består av ordførerne i samarbeidskommunene (Ski kommune, Oppegård kommune, Ås kommune, Enebakk kommune unntatt Flateby, Frogn kommune og Nesodden kommune). Under representantskapet er det opprettet et styre bestående av politikere og tjenestemenn og tjenestemenn fra samarbeidskommunene. Tillitsvalgt for legene har møterett for styret, sekretær for styret er den merkantile stillingen. (Årsberetning, Follo IKS, 2014)

Sammenligningen av Tromsø legevakt og Follo legevakt IKS viser at forskjellene mellom

dem er små horisontalt, og store vertikalt. Begge legevaktene består av leger og sykepleiere en vaktbase, og begge har en mellomledelse ved daglig leder. Begge legevaktene har en støttestilling (Tromsø legevakt har en økonomirådgiver, Follo IKS har en merkantil stilling). Sammenligningen viser ingen tegn til at man ved interkommunal organisering utformer den horisontale organisasjonsstrukturen noe annerledes.

Legevaktens vertikale struktur skiller i større grad seg fra hverandre. I den kommunale legevaktstrukturen er det kun tre vertikale beslutningsledd: legevaktens vaktbase, daglig leder og kommunestyret v/rådmann. I det interkommunale selskapet finner det i tillegg både et styre og et representantskap over seg. Dette er formelle overbygninger i organisasjonens vertikale struktur og arenaer for styring av samarbeidet. Bakgrunnen for denne forskjellen mellom legevaktene er at den interkommunale legevakten har flere eiere (samarbeidskommuner), og må dekke flere kommunegrenser, mens kommunen kun har en eier, og skal dekke en kommunegrense. Ved oppretting av nye, relativt autonome enheter følger det også vanligvis med nye beslutningsnivåer. (Jacobsen, 2007). Dermed er det også større risiko for økte transaksjonskostnader.

### **3.2 Eierskap og vertikal struktur**

#### *Transaksjonskostnader*

Som påvist har interkommunale samarbeid, (med unntak av vertskommunesamarbeid) flere vertikale ledd og har en mer kompleks beslutningsstruktur enn kommunale. En utilsiktet effekt på nettverksnivå (interkommunalt samarbeid er som nevnt et tjenestenettverk i Klijn's teori) er faren for økte transaksjonskostnader. Transaksjonskostnader er knyttet til styring og ledelse av virksomhet, og kan inkludere økte kostnader knyttet til kommunikasjon- og informasjonsarbeid, nye lederstillinger, flere møter, økt konflikt og dermed behov for konflikthåndtering. (Jacobsen, 2014) Slike transaksjonskostnader kan sildre ned i organisasjonen og påvirke kvaliteten på tjenesten. Jeg vil derfor gå gjennom ulike transaksjonskostnader som er relevante for interkommunale samarbeid.

Transaksjonskostnadene ved en nettverksstruktur kan deles inn i hovedtypene: etablering, styring, rapportering/overvåking og vedlikehold/utvikling:

1. Etablering. Mye kan tyde på at etablering av nettverkssamarbeid krever lange prosesser med forhandlinger og diskusjoner, møter og seminarer, prøving og feiling (Brandtzæg & Sanda 2003; Grandori 1995). Å etablere interkommunale samarbeid krever også bruk av ressurser til å organisere, bemanne og finansiere samarbeidet. I tillegg vil et interkommunalt samarbeid bety store endringer i eksisterende organisasjon. Slike endringer kan være stressende for de ansatte, og blir ofte møtt med motstand. (Jacobsen, 2016)
2. Styring. Når samarbeidet er etablert må det opprettes formelle overbygninger i organisasjonens vertikale struktur, arenaer for styring av samarbeidet i form av styrer og representantskap. Slike strukturer opprettes for å koordinere samarbeidet. En formell styringsstruktur vil være en økt transaksjonskostnad for kommunene, forutsatt at ikke samarbeidets styringsstruktur kommer i stedet for en større og mer kostbar styringsstruktur i de enkelte kommunene. (Jacobsen 2014) De interkommunale samarbeidene som har formell overbygning og som er relevant for legevakt er IKS og §27-samarbeid.
3. Kontroll. For å kontrollere at samarbeidet følger inngåtte avtaler må samarbeidet rapporteres og overvåkes. Behovet for å lage nye rapporteringsrutiner utenfor kommunens etablerte system innebærer transaksjonskostnader. (Jacobsen, mfl 2010)
4. Vedlikehold. Når samarbeidet er etablert må det også vedlikeholdes og utvikles ved at det skapes en gjensidig forståelse mellom partene om hvordan samarbeidet skal organiseres og finansieres. Tilliten mellom partene må hele tiden forsterkes, og det må argumenteres for at samarbeidet når sine oppsatte mål (Skaaland, 2009)

#### *Kontrakten – samarbeidets formelle grunnlag*

Det formelle grunnlaget for det interkommunale samarbeidet er avtalen/kontrakten mellom samarbeidskommunene. Williamson argumenterer for at kontraktens utforming medfører transaksjonskostnader. (Williamson, 1991) Han definerer kontrakten mellom partene i en nettverksstruktur som en nyklassisk kontrakt. En nyklassisk kontrakt kan tilpasses etter signering og tar ikke direkte opp interne arbeidsforhold. Hensikten ved dette er å gjøre den mest mulig tilpasningsdyktig og derfor beskriver den kun overordnet hva partene er enig om. Kontrakten er skrevet for at aktørene skal kunne vise til den i tvilstilfeller, men selv da er den åpen for tolkning.

At kontrakten er tilpasningsdyktig og åpen kan være et tveegget sverd, og fordelene ved den ny-klassiske kontrakten kan også skape problemer. Samarbeidskommunene er autonome og det betyr det at de når som helst kan trekke seg ut av samarbeidet. Samtidig er de gjensidig avhengig av hverandre, dersom samarbeidet skal fungere må alle kommunene akseptere avtalen. Dermed kan muligheten til å forlate samarbeidet være en maktfaktor kommunene kan benytte for å få gjennomslag for, eller hindre forslag om endring. I ytterste konsekvens kan dette være en trussel mot samarbeidet. En kommune kan oppfatte fordelene ved å stå på sitt og ta konflikten som større enn ulempen ved å trekke seg ut av samarbeidet. Ved et slikt tilfelle setter en av kommunene samarbeidet på spill for å få sin vilje i en tenkt sak. (Williamson, 1991). Problemer knyttet til kontrakten er et eksempel på transaksjonskostnader som kan skape en ustabilitet og gå på bekostning av tjenestene som leveres. Dette kan påvirke brukernes tilfredshet.

### 3.3 Hypoteser

I gjennomgangen av de interkommunale samarbeidsmodellene har jeg gjort rede for de interkommunale samarbeidenes komplekse styringsstruktur gjennom flere vertikale ledd (med unntak av vertskommunesamarbeid). Ved sammenligningen av en kommunal legevakt og en legevakt drevet som et interkommunalt selskap har jeg vist de strukturelle forskjellene mellom kommunal og interkommunal organisering.

Jeg har også beskrevet hvordan en mer kompleks vertikal styringsstruktur kan medføre økte transaksjonskostnader. Det er mulighet for at disse transaksjonskostnadene forplanter seg ned til tjenestenivået, og påvirker kvaliteten på tjenesten. Etablering, styring, kontroll og vedlikehold av samarbeidet kan ta ressurser fra selve tjenesteproduksjonen, i form av at man bruker mer tid på organisering, ta beslutninger og håndtere konflikter. Dette kan føre til at brukernes oppfatning av tjenesten påvirkes.

Derfor vil jeg anta, alt annet holdt konstant, *at brukere av legevakter i interkommunale samarbeid vil være mindre tilfreds enn brukere av kommunale legevakter*. Jeg antar dermed at transaksjonskostnadene knyttet til interkommunale samarbeid, vil være større enn gevinsten i form av stordriftsfordeler som kommunene håper å oppnå ved å samarbeide om tjenesten.

I gjennomgangen av de interkommunale samarbeidene har jeg også gjort rede for at det er vertikale strukturforskjeller mellom de ulike interkommunale samarbeidene, §27-samarbeid, vertskommunesamarbeid og IKS. Jeg har forklart hvordan vertskommunesamarbeid ikke har noen selvstendig organisatorisk overbygning, men benytter seg av forvaltnings- og tjenesteapparatet i vertskommunen og er en del av dennes styringsstruktur. Det opprettes altså ikke noe styre eller annet organ i tillegg til kommunenes styringsstruktur i et vertskommunesamarbeid. Fordi den vertikale strukturen er lik i vertskommunesamarbeid som i kommunal organisering av tjenesten, vil det heller ikke være rimelig å anta økte transaksjonskostnader som påvirker brukernes tilfredshet med tjenesten. Derfor vil jeg anta, alt annet holdt konstant, *at brukere av tjenester organisert som §27-samarbeid og IKS vil være mindre tilfreds med tjenesten enn brukere av tjenester organisert som vertskommunesamarbeid.*

### **3.4 Kontrollvariabler**

Kontrollvariablene i regresjonsanalysene er tatt med for å kontrollere for deres påvirkning på den avhengige variabelen. Ved å ta hensyn til disse variablene, kontrollerer jeg dem bort fra den sammenhengen jeg ønsker å undersøke, nemlig strukturforskjeller. Jeg kontrollerer for trekk ved legevaktene og trekk ved individene i brukerundersøkelsen.

#### **Kontrollvariabler - legevakten**

##### *Legevaktens innbyggertall*

Tidligere studier har påvist en negativ sammenheng mellom innbyggertall i kommunene og opplevd tilfredshet med pleie- og omsorgstjenester (Baldersheim m.fl. 2003; Monkerud og Sørensen, 2010). Dette kan forklares med at det i mer folkerike kommuner er større avstand mellom innbyggerne og folkevalgte. I små kommuner vil innbyggerne ha flere "voice" muligheter for påvirkning (jf. Hirschman), gjennom borgermøter og kontakt med lokalpolitikere. Dermed kan det tenkes at lokalpolitikere i større grad kan ta hensyn til innbyggernes ønsker, noe som igjen leder til mer tilfredse innbyggere.

##### *Legevaktens totale frie inntekter*

Monkerud og Sørensen (2010) og Hjelmbrekke m.fl. (2011) har vist at innbyggere i rike kommuner gjennomgående er mer tilfreds med kommunale pleie- og omsorgstjenester enn innbyggere i kommuner med lavere inntekter. Den mest nærliggende forklaringen på denne



sammenhengen er at rikere kommuner kan legge inn mer ressurser i tjenesteleveringen og dermed tilby flere og bedre tjenester.

### *Legevaktens areal*

Ifølge nærhetsprinsippet, gir nærhet til de politiske institusjonene innbyggerne følelse av en tilknytning og tilhørighet som jobber til institusjoners og tjenesters fordel. (NOU 2004:19)

Det er grunn til å tro at nærhet til tjenestene også vil kunne spille en rolle. Norske legevakters dekningsareal har stor variasjon, og det er rimelig å anta at avstand til tjenesten og tilgjengelighet vil kunne påvirke brukernes oppfatning av legevakten.

### *Antall kommuner i legevakten*

På bakgrunn av min første hypotese om at transaksjonskostnader ved interkommunale samarbeid vil medføre lavere tilfredshet kontrollerer jeg for antall kommuner i legevakten. En annen måte å formulere dette på er at jeg kontrollerer for antall eiere i det interkommunale samarbeidet, fordi antall eiere kan påvirke transaksjonskostnadene.

## **Kontrollvariabler – knyttet til individ**

### *Alder*

Aldersvariabelen inngår ofte i studier av tilfredshet, og generelt tyder forskningen på at det er en svak tendens til at tilfredsheten øker med økende alder. (Monkerud og Sørensen, 2010; D. A. Christensen, 2010 og 2011; D. A. Christensen og Midtbø, 2011). En forklaring på dette kan være at forventningsnivået endres i takt med endringer i livssituasjonen. Det kan også tenkes at eldre blir møtt med mer respekt og imøtekommenhet enn yngre personer, slik at tilfredsheten av den grunn øker. (Christensen mfl. 2011) Forøvrig kan det også tenkes at yngre stiller høyere krav til det kommunale tjenestetilbudet. I tillegg har også eldre innbyggere mulighet til å sammenligne tjenestekvaliteten over tid (Baldersheim m.fl. 2003, Monkerud og Sørensen, 2010).

### **Er brukeren pasient eller pårørende?**

Det er gode grunner til å kontrollere for om brukeren hvilken erfaring brukeren har med tjenesten. Tidligere studier, for eksempel Baldersheim m.fl. (2003), har funnet at brukere gjennomgående er mer tilfreds enn ikke-brukere. Datasettet inkluderer kun brukere, men det er likevel grunn til å anta at det vil være forskjell mellom det å ha direkte kontakt som pasient og det å være pårørende som kan forklare variasjon.

## **Antall ganger brukeren har hatt kontakt med legevakten?**

Det er naturlig at antall ganger en har besøkt legevakten kan påvirke brukerens oppfatning av legevakten. Argumentasjonen for å kontrollere for dette er den samme som for om brukeren er pasient eller pårørende.

## **4. Metode**

### **4.1 Legevakt som case**

Kommunal legevakt er en lovpålagt tjeneste og kan defineres som virksomhet som gjennom hele døgnet skal vurdere henvendelser om øyeblikkelig hjelp og foreta nødvendig oppfølging. Kommunen skal tilby legevaktordning som sikrer befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp, og må sørge for at minst en lege er tilgjengelig for legevakt hele døgnet. (Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. 15 (Akuttmedisinforskriften)). Legevakten kjennetegnes av å være sterkt spesialisert og profesjonalisert, noe som stiller store krav til tjenesteleverandøren og kan føre til at kommunen ser det nødvendig å inngå et interkommunalt samarbeid.

#### *Om legevakt som valgt case i oppgaven*

Studiet fokuserer kun på legevakt som kommunal og interkommunal tjeneste. Dermed er det slik at studiet ikke nødvendigvis har generaliseringsverdi til interkommunalt samarbeid generelt. Norske kommuner samarbeider om mange andre tjenester dette studiet ikke omtaler. Samtidig, kan studiet ha generaliseringsverdi til tjenester av lignende art, som et eksempel på en kompleks tjeneste med store krav til kompetanse hvor det er vanskelig å måle resultatene. Barnevern er et eksempel som karakteriseres på samme måte. Forskning på interkommunale tjenester har som regel dreiet seg om mer tekniske tjenester, som renovasjon hvor resultatene av samarbeidet er langt enklere å måle. (Jacobsen, 2016) Studiet ser altså på et forskningsspørsmål som ikke er sett mye på tidligere, noe som har verdi i seg selv.

Legevakt er også en interessant tjeneste å studere, fordi interkommunalt samarbeid er utbredt. 80 pst. av landets 428 kommuner er dekket av 111 interkommunale legevakter. Kun 80 av landets 428 kommuner hadde i 2014 en ren kommunal legevakt. Utviklingen har i mange år gått mot større legevaktsdistrikter for å redusere vaktbelastningen og skape større og mer kompetente enheter. (NOU 2015:17-Først og fremst)

Utviklingen er et resultat av en tydelig politikk fra sentrale helsemyndigheter. Forrige akuttutvalg foreslo i NOU 1998: 9 å vurdere en sammenslåing av flere vakt-distrikter, og dette ble fulgt opp i St.meld. nr. 43 (1999–2000) som konkluderte med at det bør gis tilskudd til interkommunalt samarbeid om legevakt. Kostnadsundersøkelser forelå i 2004 og 2006 (Hem, 2004; Holmøy, 2006) og viste blant annet høyere kostnader per innbygger i interkommunale legevakter med få innbyggere, store geografiske områder og høy andel spredtbygd bosetting. Et særskilt tilskudd til etablering av nye interkommunale legevakter ble gitt fra staten fra 2008 til 2014. (NOU 2015:17-Først og fremst).

#### **4.2 Datamateriale – brukertilfredshet med legevakt**

Individdataene om tilfredshet som benyttes i analysen er hentet fra brukerdelen av Difis spørreundersøkelse ”Innbyggerundersøkelsen 2015 – hva mener brukerne” 2015:6”.

Brukerdelen består av 23 forskjellige spørreskjemaer (ett for hver tjeneste) og blir kun sendt ut til brukerne av disse tjenestene, for enkelte av tjenestene kun til brukernes pårørende. I legevaktundersøkelsen som benyttes er både brukere og pårørende inkludert.

30 000 innbyggere fikk tilsendt innbyggerdelen. 28 212 av dem mottok undersøkelsen, og 11 567 besvarte skjemaene. Av disse hadde 10 885 erfaring med en eller flere av tjenestene i brukerdelen. Alle disse fikk tilsendt mellom ett og fem spørreskjema for tjenester som undersøkes i brukerdelen, avhengig av hvilke tjenester de hadde hatt erfaring med i løpet av de siste 12 månedene. 6 499 brukere besvarte ett eller flere av disse skjemaene, og til sammen ble om lag 25 000 spørreskjemaer i brukerdelen besvart. Svarprosentene varierte mellom rundt 40 og 60 prosent. (Difi)

Undersøkelsen gjennomføres blant et representativt utvalg av befolkningen fra 18 år og over. Utvalget blir trukket tilfeldig fra Folkeregisteret og omfatter 30 000 personer. Det blir trukket respondenter for hvert kjønn i fem aldersgrupper i hvert fylke. Datainnsamlingen er gjennomført med postalt spørreskjema med mulighet for å svare elektronisk på internett (innlogging med brukernavn og passord). Feltarbeidet er gjennomført i perioden september 2014 – februar 2015. Utvalget for undersøkelsen (adresselistene) er hentet fra folkeregisteret.

**Tabell 1: Frekvensfordeling av uavhengige individvariabler**

	N	Missing	Alternativ	Prosent
Hvordan besvarer du skjema?	1910	129	Ut fra min erfaring som pasient	68,1
			Ut fra min erfaring som pårørende	31,9
Hvor mange ganger har du vært i kontakt med legevakta de siste 12 månedene?	1902	137	1 gang	55
			2-5	40,7
			6-12	3,7
			13 ganger eller flere	,5
Alder	2039	0	18-24 år	7,3
			25-34 år	12,5
			35-49 år	20,3
			50-66 år	26,1
			67- år	33,8

Av tabellen kan en lese at den typiske respondent svarer på bakgrunn av sin erfaring som pasient, har vært 1 gang i kontakt med legevakta de siste 12 månedene og er eldre enn 35 år.

#### **4.3 Datamateriale – legevaktens organisering**

I studiet har jeg kartlagt om legevakten er kommunal eller interkommunal, hvilken modell for interkommunal organisering som er valgt og antall kommuner i samarbeidet, ved gjennomgang av kommunale nettsider, og nettsidene til de interkommunale samarbeidene. Jeg har også benyttet meg av ulike dokumenter som samarbeidsavtaler, og referater fra ulike kommunestyre. Fordi dataene fra Difis brukerundersøkelse er hentet inn fra september 2014-februar 2015, har jeg registrert kommunens status for organisering av legevakten per 31.08.14. Ettersom Oslos størrelse avviker fra de andre kommunene, har jeg valgt å se bort fra denne kommunen. Skulle Oslo vært med måtte jeg også studert kommunen på bydelsnivå. Jeg har valgt å ikke skille på når på døgnet kommunen har et interkommunalt tilbud ettersom mange kommuner varierer samarbeid om legevaktordning med andre kommuner gjennom døgnet og uken. Tilsvarende praksis benytter også Nasjonalt kompetansesenter for Legevaktmedisin. (Morken mfl., 2014).

Jeg har også samlet inn informasjon om kommunenes ogsamarbeidenes geografiske areal, frie inntekter og innbyggertall. Dette er gjort for å kontrollere for disse variablene. I datamaterialet mitt er det mottatt svar fra brukere i 317 kommuner. Legevakt organiseres

interkommunalt i de aller fleste kommuner. Av de 317 i brukerundersøkelsen har 264 av dem interkommunal legevakt. 209 av dem i vertskommunesamarbeid, 30 i interkommunale selskap og 25 i §27-samarbeid . Tabell 2 viser disse egenskapene ved samarbeidet fordelt på type samarbeid.

**Tabell 2: Frekvensfordeling av legevaktens organisering**

	N		Antall
Er legevakten kommunal eller interkommunal?	317	Interkommunalt	263
		Kommunalt	54
Type interkommunalt samarbeid	317	Vertskommunesamarbeid	209
		§27-samarbeid	24
		Interkommunale selskap (IKS)	30
		Kommunalt	54

Tabellen viser at datasettet mitt inneholder data om 317 norske kommuner. 263 av dem deltar i interkommunale samarbeid 54 av dem er kommunale. Av de interkommunale er 209 vertskommunesamarbeid (administrativ og politisk vertskommune), 30 er interkommunale selskaper (IKS) og 24 av dem er §27-samarbeid.

**Tabell 3: Deskriptiv statistikk - Antall innbyggere, areal og frie inntekter per capita ved legevaktene N:317**

	Gjennomsnitt	Median	Standardavvik
Legevaktens innbyggertall	89357,319	73480	74357,109
Legevaktens dekningsareal	2555,3086	1605,430	2670,660
Frie inntekter i kommunene for legevakta per capita	54441,873	50069,579	97120,728

Tabellen viser gjennomsnitt, median og standardavvik for antall innbyggere i legevaktsamarbeidet, areal for legevaktsamarbeidet og frie inntekter per capita for legevaktsamarbeidet. En gjennomsnittlig legevakt har ca 90 000 innbyggere, dekker ca 2500 km<sup>2</sup> og kommunen(e) i samarbeidet har ca 55 000 kroner per capita.

**Tabell 4: Deskriptiv statistikk - Antall innbyggere i legevakten N: 317**

	Gjennomsnitt	Standardavvik	Minimum	Maximum
Vertskommune	91552,102	64441,015	2187	235619
IKS	95654,680	42576,1379	24396	133958
§27	48426,224	27188,377	2457	83478
Kommunalt	96742,554	116096,194	562	277391

Tabellen viser en oversikt over antall innbyggere i de ulike legevaktene. Den viser gjennomsnitt, standardavvik og minste og største samarbeid fra datasettet.

Vertskommunesamarbeid, og interkommunale selskap har i gjennomsnitt ca like mange innbyggere som en kommunal legevakt. §27-samarbeidene dekker derimot omtrent halvparten så mange innbyggere som de tre andre.

**Tabell 5: Deskriptiv statistikk - Samlet areal for legevaktene (km2) N:317**

	Gjennomsnitt	Standardavvik	Minimum	Maximum
Vertskommune	2923,203	2502,698	347,67	13128,75
IKS	1657,491	1556,949	779,62	6374,94
§27	3166,4124	4879,661	535,51	18997,02
Kommunalt	1461,5208	1720,154	186,23	9707,33

Tabellen viser en deskriptiv statistikk over samlet areal i de ulike legevaktene. Den viser gjennomsnitt, standardavvik og minste og største legevakt. Tabellen viser at §27-samarbeidene dekker størst areal, og de kommunale legevaktene dekker minst areal. §27-kommunene dekker altså størst gjennomsnittlig areal, men som tabell 4 viser har de også gjennomsnittlig færrest innbyggere.

**Tabell 6: Deskriptiv statistikk - Type samarbeid og legevaktens totale frie inntekter per capita N: 317 (kr)**

	Gjennomsnitt	Standardavvik	Minimum	Maximum
Vertskommune	52374,983	13247,035	24072,31	246557,97
IKS	51548,609	7850,845	49258,11	106713,52
§27	51878,902	5583,269	47943,31	84872,61
Kommunalt	51938,925	8398,440	2732,48	101038,91

Tabellen viser en oversikt over totale frie inntekter per capita i legevaktene. Tabellen viser gjennomsnitt, standardavvik, og minste og største legevakt. Det er liten forskjell i gjennomsnitt mellom de kommunale legevaktene og de interkommunale, og det er liten forskjell mellom de ulike interkommunale strukturene.

**Tabell 7: Deskriptiv statistikk - Type samarbeid og antall kommuner i legevakten N:317**

	Gjennomsnitt	Standardavvik	Minimum	Maximum
Vertskommune	5,024	2,658	2	11
IKS	5,632	1,380	3	9
§27	2,877	2,902	2	13

Tabellen viser en oversikt over antall kommuner (eiere) i legevaktene i datasettet mitt. Tabellen viser gjennomsnitt, standardavvik og minste og største legevakt. Vertskommunesamarbeid og IKS har omtrent like mange eiere, mens §27-samarbeid har færrest eiere.

#### **4.4 Svakheter og styrker ved datamaterialet**

Datasettet om brukertilfredshet bygger på Brukerundersøkelsen fra Difi som er en omfattende undersøkelse. Det er en styrke for brukerundersøkelsens relevans. Spørsmålene individene (brukerne og de pårørende) er stilt er forståelig formulert og gir sammensatt et godt bilde av de aspektene ved legevakt en vil anta at bruker og pårørende er opptatt av. De er også utformet slik at respondentene kan relatere seg og sine referanser til dem. Samtidig danner ikke variablene i datasettet mitt et fullstendig bilde av alle trekk som kan påvirke brukertilfredsheten ved legevakt. Jeg har kartlagt trekk ved individene, og trekk ved samarbeidet. Datasettet mangler informasjon om trekk ved selve legevakten som kan påvirke brukertilfredsheten, som bemanning, ressursituasjon, sykefravær, turnover og de ansattes faglige og utdanningsmessige bakgrunn. (Christensen, Hansen og Aars, 2011)

Ettersom det er varierende hvor god informasjon som finnes på kommunale nettsider ettersom de er av varierende kvalitet og er ikke alltid oppdaterte, er det nødvendig å påpeke at dette kan være en svakhet ved datamateriale. For å illustrere dette viser jeg til denne kommentaren fra Helsetilsynets tilsynsrapport av legevaktsamarbeidet i Orkdal, hvor de kommenterer kommunens informasjon på nettsiden på følgende måte: ”Det er ikke samsvar mellom nettsiden for SiO, vertskommuneavtale, brukerhåndboka for legevakten (2.8.9), stillingsbeskrivelser og reelle funksjoner i tjenesten mht hvem som innehar lederroller/ansvar for SiO legevakt pr i dag”. Legevakten er et felt i bevegelse, hvor situasjonen stadig forandrer seg. Det er også en utfordring for datainnsamlingen.

*Er datamaterialet representativt?* Hvorvidt datamaterialet er representativt avgjør hvordan man kan generalisere funnene i studiet. Difi skriver selv i sin rapport om undersøkelsen: ”Ettersom rekrutteringen til undersøkelsens brukerdelen er gjort gjennom selvrapportering i innbyggerdelen og ikke ved trekning med en kjent sannsynlighetsfordeling fra de ulike tjenestenes brukerpopulasjoner, så kan innbyggerundersøkelsens brukerdelen ikke generaliseres til å gjelde for alle brukerne av de ulike tjenestene. Brukerdelen er dermed ikke representativ for de ulike tjenestenes brukere, men samtidig poengterer Difi i samme avsnitt: ”Et forhold

som taler for at brukerdelen gir et dels representativt inntrykk, er at respondentene til brukerdelen er trukket fra innbyggerdelen, som i sin tur er representativ.

Undersøkelsens innbyggerdel favner over det jevne lag av befolkningen, og gir et representativt bilde av erfaringen med de ulike tjenestene. Undersøkelsens brukerdel gir således et inntrykk av hva et til dels stort utvalg av brukerne mener om flere aspekter ved de ulike tjenestene.” (“Innbyggerundersøkelsen 2015 – hva mener innbyggerne” 2015:6)

*Er brukerundersøkelser et godt mål på tjenestekvalitet?* Ettersom jeg i dette studiet ser på den subjektive kvalitetsindikatoren brukertilfredshet er det naturlig å diskutere om subjektive indikatorer er et godt mål på tjenestekvalitet. Tilfredshet er en brukerbasert kvalitetsindikator og sier ikke noe om den objektive kvaliteten (Dahl, 2004). Skal man danne seg et fullstendig bilde av kvalitet ved legevaktstjenesten vil ikke brukertilfredshet være nok, da må man også se på andre indikatorer som f.eks ansattes tilfredshet, lønnsomhet og legevaktens oppnådde resultater. Det som er klart, er at verken subjektive eller objektive data alene vil danne et fullstendig bilde av kvalitet. Studier har vist at det ikke nødvendigvis er en klar sammenheng mellom objektive kvalitetsindikatorer (slik faglige eksperter ville vurdere) og tilfredshet. For å få en best mulig oversikt over tjenestens kvalitet er det derfor viktig å supplere objektive kvalitetsindikatorer med subjektive kvalitetsindikatorer (tilfredshet) (Bogen, 2002).

At brukertilfredshet er subjektivt innebærer noen særlige kjennetegn, som er viktige å kommentere fordi de kan påvirke brukernes respons. Hver enkelt respondent besvarer spørsmålene ut fra sin egen referanseramme for hva som er for eksempel et tilfredsstillende service-nivå. Disse referanserammene kan inneholde høyst forskjellige komponenter som preger svaret. Meningsinnholdet i svaret kan altså variere fra respondent til respondent. (Howard, 2010) Dette reiser blant annet to viktige problemer: I hvilken grad er den enkelte konsument i stand til å skaffe seg den nødvendige informasjon, og i hvilken grad er vedkommende i stand til å tolke informasjonen. Både tilgang på og tolkning av informasjon er nødvendig for å danne seg et bilde av en tjeneste før en avgjør hvordan den bidrar til nettonytten. (Ryntveit, A.K. & Karlsen, J, 2001)

Samtidig kan det argumenteres for at brukeroppfatninger alene er et godt mål for kvalitet. I sin bok om "Kvalitet som mål i offentlig virksomhet" skriver Ole Nørgaard Madsen: "Kvalitet er objektivt set alle positive og negative egenskaber ved en leverance, men subjektivt set de egenskaber, som betyder noget i borgerens eller modtagerens oplevelse af



leveransen. Det er denne modtageroplevelse, der er målet på kvalitet" (Madsen 1993:12-13). Målet er subjektivt, det er midlene til å realisere det som kan være objektivt målbare fysiske størrelser. (Rolland,2004).Og som Rose m.fl sier i " Den krevende borger" : Innvendingen som går på subjektiviteten i respondentenes besvarelser, er lite treffende. Subjektiviteten er faktisk i sentrum av den analytiske interessen. Det er en del av forskningsprosjektets formål å utforske nærmere hvilke faktorer det er som former respondentenes opplevelser av kommunenes prestasjoner. (Rose m.fl 2011) Innbyggertilfredshet er kun en av mange indikatorer på kvaliteten på offentlige tjenester, men for å danne et helhetlig bilde er den avgjørende.

## 5. Analyse

Datasettet fra Difi består av 74 spørsmål brukerne av legevakten svarte på. For å kunne teste hypotesene mine om forskjell i kvalitet i legevakten må jeg først definere hva kvalitet ved legevakten skal være. Datasettet dekker ulike dimensjoner av kvalitet. Jeg har benyttet disse i en faktoranalyse for å finne gode indikatorer.

Faktoranalysen resulterte i en løsning med fire faktorer, hvor faktorene har en eigenvalue over 1. Jeg har definert gode indikatorer som kjennetegnet av å ha høy faktorverdi og at de har en viss sammenheng tematisk. De variablene som slo ut på flere indekser eller fikk for lav verdi i faktoranalysen har jeg tatt ut. Jeg har også tatt ut variabler som kun angår særskilte grupper, som tilgang til tolk og tilrettelegging for funksjonshemmede. Jeg endte opp med fire indekser noe som betyr at min definisjon av kvalitet i denne analysen er fire-dimensjonal. Tabell 8 viser hvilke spørsmål indeksene inneholder og gjennomsnitt og standardavvik for hver av spørsmålene. For hvert spørsmål fikk respondentene 8 ulike svaralternativ, fra -3, som er kodet som 1 og som betyr "svært misfornøyd" til +3 som er kodet som 7 og betyr "svært fornøyd". Respondentene fikk også svaralternativet "vet ikke" som er kodet som 8, men dette alternativet har jeg omkodet til gjennomsnitt.

**Tabell 8: Deskriptiv statistikk – brukernes svar på utvalgte spørsmål i brukerundersøkelsen**

Spørsmålsformulering	Gjennomsnitt	Standardavvik
Tenk på den erfaringen du har med de ansatte ved legevakten. Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med de ansattes evne til: <i>Å behandle deg (pasienten) med respekt</i>	5,933	1,170
Tenk på den erfaringen du har med de ansatte ved legevakten. Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med de ansattes evne til: <i>Å lytte</i>	5,848	1,159
Tenk på den erfaringen du har med de ansatte ved legevakten. Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med de ansattes evne til: <i>Å forklare beslutninger</i>	5,754	1,171
Tenk på den erfaringen du har med de ansatte ved legevakten. Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med de ansattes evne til: <i>Å være imøtekommende</i>	5,864	1,206
Tenk på den erfaringen du har med de ansatte ved legevakten. Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med de ansattes evne til: <i>Å vise omsorg for pasientene</i>	5,815	1,245
Tenk på den erfaringen du har med de ansatte ved legevakten. Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med de ansattes evne til: <i>Å gi veiledning/råd</i>	5,746	1,216
Tenk på den erfaringen du har med helsepersonellet ved legevakten. Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med de følgende forholdene: <i>Helsepersonellens faglige kompetanse til å gi den riktige behandlingen</i>	5,696	1,224
Tenk på den erfaringen du har med helsepersonellet ved legevakten. Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med de følgende forholdene: <i>Helsepersonellens evne til å informere deg om dine (pasientens) muligheter</i>	5,376	1,260
Tenk på den erfaringen du har med helsepersonellet ved legevakten. Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med de følgende forholdene: <i>Helsepersonellens mulighet til å behandle deg (pasienten) raskt</i>	5,169	1,594
Tenk på den erfaringen du har med helsepersonellet ved legevakten. Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med de følgende forholdene: <i>Helsepersonellens evne til å henvise deg til andre relevante tjenester (fastlege, sykehus o.l.)</i>	5,594	1,159
Tenk på den erfaringen du har med helsepersonellet ved legevakten. Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med de følgende forholdene: <i>Helsepersonellens evne til å tilpasse tilbudet ut fra dine (pasientens) behov</i>	5,429	1,219
Tenk på den erfaringen du har med helsepersonellet ved legevakten. Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med de følgende forholdene: <i>Helsepersonellens evne til å møte dine (pasientens) behov når det oppstår en situasjon utenom det vanlige</i>	5,403	1,165
Hvor lett eller vanskelig mener du det er å gjøre følgende? <i>Å finne frem til informasjon om legevakten (kontaktinformasjon o.l.)</i>	5,476	1,020
Hvor lett eller vanskelig mener du det er å gjøre følgende? <i>Å finne informasjon om legevaktens ansvarsområde på legevaktens nettsider</i>	4,819	,735
Hvor lett eller vanskelig mener du det er å gjøre følgende? <i>Å forstå informasjonen på nettsiden til legevakten</i>	5,524	,569
Hvor lett eller vanskelig mener du det er å gjøre følgende? <i>Å forstå hvordan skjemaer fra legevakten skal fylles ut</i>	5,459	,698
Tenk på den legevakten du har erfaring med. Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med de følgende forholdene ved legevakten? <i>Legevaktens nettsider</i>	4,609	,493
Tenk på den legevakten du har erfaring med. Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med de følgende forholdene ved legevakten? <i>Muligheten til selv å utføre oppgaver over internett (selvbetjeningsløsninger, timebestilling, sende søknader, registrere informasjon o.l.)</i>	4,248	,438
Hvor lett eller vanskelig mener du det er å gjøre følgende? <i>Å utføre oppgaver over internett (selvbetjeningsløsninger, timebestilling, sende søknader, registrere informasjon o.l.)</i>	4,609	,511
Tenk på den legevakten du har erfaring med. Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med de følgende forholdene ved legevakten? <i>Ventetiden på telefonen</i>	5,019	1,381
Tenk på den legevakten du har erfaring med. Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med de følgende forholdene ved legevakten? <i>Ventetiden for svar på brev/e-post</i>	4,633	,626

Tabellen viser at respondentenes svar varierer fra 5,933 (behandle deg (pasienten) med respekt) til 4,248 (muligheten til selv å utføre oppgaver over internett). Tabellen viser at respondentene i gjennomsnitt er godt fornøyd med tjenestene ifølge spørsmålene i indikatorene mine. Tabell 9 viser faktoranalysen og faktorscoren de ulike spørsmålene fikk. Den viser også en oversikt over hvilke indekser jeg ender opp med etter faktoranalysen. Indeksene er standardisert. Jeg har ikke tatt med de spørsmålene som fikk lav faktorscore ( under 0,3) samt de spørsmålene som har høy faktorscore på flere indekser.

**Tabell 9: Faktoranalyse - N: 2039 Varimaxrotering med Kaisernormalisering.– Faktorscore lavere enn 0,30 er tatt ut.**

	1 Oppfatning av kvalitet ved helsepersonell	2 Informasjon	3 Internett	4 Vente- tid
Tenk på den legevakten du har erfaring med. Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med de følgende forholdene ved legevakten? <i>Ventetiden på telefonen</i>	,303			,672
Tenk på den legevakten du har erfaring med. Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med de følgende forholdene ved legevakten? <i>Ventetiden for svar på brev/e-post</i>				,815
Tenk på den legevakten du har erfaring med. Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med de følgende forholdene ved legevakten? <i>Legevaktens nettsider</i>			,759	
Tenk på den legevakten du har erfaring med. Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med de følgende forholdene ved legevakten? <i>Muligheten til selv å utføre oppgaver over internett (selvbetjeningsløsninger ,timebestilling, sende søknader, registrere informasjon o.l.)</i>			,852	
Hvor lett eller vanskelig mener du det er å gjøre følgende? <i>Å finne frem til informasjon om legevakten (kontaktinformasjon o.l)</i>		,773		
Hvor lett eller vanskelig mener du det er å gjøre følgende? <i>Å finne informasjon om legevaktens ansvarsområde på legevaktens nettsider</i>		,753	,303	
Hvor lett eller vanskelig mener du det er å gjøre følgende? <i>Å forstå informasjonen på nettsiden til legevakten</i>		,613	,440	
Hvor lett eller vanskelig mener du det er å gjøre følgende? <i>Å forstå hvordan skjemaer fra legevakten skal fylles ut</i>		,588		
Hvor lett eller vanskelig mener du det er å gjøre følgende? <i>Å utføre oppgaver over internett (selvbetjeningsløsninger, timebestilling, sende søknader,</i>			,711	

<i>registrere informasjon o.l.)</i>				
Tenk på den erfaringen du har med de ansatte ved legevakten. Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med de ansattes evne til: <i>Å behandle deg (pasienten) med respekt</i>	,871			
Tenk på den erfaringen du har med de ansatte ved legevakten. Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med de ansattes evne til: <i>Å lytte</i>	,884			
Tenk på den erfaringen du har med de ansatte ved legevakten. Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med de ansattes evne til: <i>Å forklare beslutninger</i>	,849			
Tenk på den erfaringen du har med de ansatte ved legevakten. Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med de ansattes evne til: <i>Å være imøtekommende</i>	,895			
Tenk på den erfaringen du har med de ansatte ved legevakten. Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med de ansattes evne til: <i>Å vise omsorg for pasientene</i>	,896			
Tenk på den erfaringen du har med de ansatte ved legevakten. Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med de ansattes evne til: <i>Å gi veiledning/råd</i>	,877			
Tenk på den erfaringen du har med helsepersonellet ved legevakten. Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med de følgende forholdene: <i>Helsepersonellens faglige kompetanse til å gi den riktige behandlingen</i>	,809			
Tenk på den erfaringen du har med helsepersonellet ved legevakten. Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med de følgende forholdene: <i>Helsepersonellens evne til å informere deg om dine (pasientens) muligheter</i>	,809			
Tenk på den erfaringen du har med helsepersonellet ved legevakten. Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med de følgende forholdene: <i>Helsepersonellens mulighet til å behandle deg (pasienten) raskt</i>	,734			
Tenk på den erfaringen du har med helsepersonellet ved legevakten. Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med de følgende forholdene: <i>Helsepersonellens evne til å henvise deg til andre relevante tjenester (fastlege, sykehus o.l.)</i>	,739			
Tenk på den erfaringen du har med helsepersonellet ved legevakten. Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med de følgende forholdene: <i>Helsepersonellens evne til å tilpasse tilbudet ut fra dine (pasientens) behov</i>	,805			
Tenk på den erfaringen du har med helsepersonellet ved legevakten. Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med de følgende forholdene: <i>Helsepersonellens evne til å møte dine (pasientens) behov når det oppstår en situasjon utenom det vanlige</i>	,746			

Faktoranalysen viser at jeg ender opp med fire indikatorer. Indikatorene er ulike dimensjoner av kvalitet. Faktorscoren på spørsmålene jeg benytter er høy, og varierer fra ,895- ,588.

**Tabell 10: Frekvensanalyse – avhengig variabel**

	N	Missing	Gjennomsnitt	Median	Standardavvik	Cronbachs alpha
Oppfatning av kvalitet ved helsepersonell	2039	0	5,636	5,749	1,043	,963
Informasjon	2039	0	5,320	5,301	,577	,735
Internett	2039	0	4,489	4,464	,390	,739
Ventetid	2039	0	4,826	4,843	,854	,425

Tabellen viser en frekvensanalyse av avhengig variabel, de fire ulike indeksdimensjonene for kvalitet. Som nevnt går skalaen for respondentenes svar fra 1= svært misfornøyd til 7= svært fornøyd.

Tabellen viser naturlig nok det samme som tabell 8, at respondentene er godt fornøyd med de dimensjonene av kvalitet ved legevakt jeg måler i studiet. Cronbachs alpha for indeksen ”Ventetid” er lav (,425) men jeg har likevel valgt å beholde den.

Neste skritt i analysen er å se på en korrelasjon mellom de uavhengige variablene.

**Tabell 11: Korrelasjonsmatrise: uavhengige variabler. N= 1793 (Pearsons R)**

**\*\*:** Korrelasjonen er signifikant på 0,01 nivå.

	Er legevakten kommunal eller interkommunal?  (Interkommunal =1 Kommunal=0)	(ln) Legevaktens innbyggertall	Antall kommuner i legevaktene	Legevaktens dekningsareal	Frie inntekter totalt for legevaktens samarbeidskommuner totalt per capita	Hvordan besvarer du spørreskjema?  (1=erfaring som pasient 2=erfaring som pårørende)	Hvor mange ganger har du vært i kontakt med legevaktene de siste 12 månedene?
(ln) Legevaktens innbyggertall	,232**	x					
Antall kommuner i legevaktene	,531**	,250**	x				
Legevaktens dekningsareal	,195**	-,208**	,500**	x			
Frie inntekter for legevaktens samarbeidskommuner totalt per capita	,010	-,334**	-,026	,229**	x		
Hvordan besvarer du spørreskjema? (1=erfaring som pasient 2=erfaring som pårørende)	,047	,089**	,032	-,020	-,024	x	
Hvor mange ganger har du vært i kontakt med legevaktene de siste 12 månedene?	-,037	-,086**	-,003	,045	,034	,038	x
Brukerens alder	,000	-,039	-,021	,003	,011	,108**	-,041

Tabellen viser at det ikke er noen svært høye korrelasjoner, ingen av dem er i nærheten av 0,8. Dette er positivt fordi det betyr at faren for multikollinearitet i den senere regresjonsanalysen er liten. Den høyeste signifikante korrelasjonen finner vi mellom legevaktens innbyggertall, antall kommuner og areal og om legevakten er kommunal eller interkommunal.

Korrelasjonene er positive og ettersom interkommunal legevakt er kodet som høy verdi (1) viser korrelasjonen at interkommunalt samarbeid korrelerer med høy verdi for legevaktens innbyggere, antall kommuner og areal. Dette er ventet, ettersom interkommunale samarbeid nettopp er kjennetegnet av at kommunene går flere sammen om en tjeneste, og at innbyggertallet og areal dermed øker. Frie inntekter har ikke signifikant effekt, og har en meget liten positiv effekt. Dette kan forklares med at mange av de kommunene som ikke samarbeider interkommunalt er ressurssterke. Vi ser også at legevaktens innbyggertall og antall kommuner har signifikant korrelasjon.

Neste steg er å gjennomføre en korrelasjonsanalyse av de avhengige variablene for å undersøke at de har samvariasjon med hverandre. Ettersom kvalitetsdimensjonenes fellesnevner er at de kan knyttes til sider av kvalitet ved legevakt, er det naturlig at de har en positiv samvariasjon.

**Tabell 12: Korrelasjonsmatrise – avhengig variabel.**

**N= 2039 (Pearsons R)**

**\*\*:** Korrelasjonen er signifikant på 0,01 nivå.

	Oppfatning av kvalitet ved helsepersonell	Informasjon	Internett	Ventetid
Helsepersonell	x			
Informasjon	,444**	x		
Internett	,204**	,496**	x	
Ventetid	,428**	,379**	,252**	x

Tabellen viser at alle variablene har positive korrelasjoner. Høye verdier på en av dimensjonene går systematisk sammen med høye verdier på en annen. Høyest korrelasjon har ”Informasjon” og ”Internett”. Tematisk henger disse nært sammen, og derfor er ikke dette overraskende. Det kan også nevnes at ”Oppfatning av kvalitet ved helsepersonell” korrelerer høyt med ”Informasjon” og ”Ventetid”.

### **Regresjonsanalyse**

Neste steg for å undersøke hypotesene mine (at respondentene er mer fornøyd med kommunal legevakt som følge av transaksjonskostnader knyttet til interkommunale samarbeid og at innbyggere i vertskommunesamarbeid er mer fornøyd enn innbyggere i §27-kommuner og IKS) er å kjøre en regresjonsanalyse (OLS).

For hver de avhengige variablene kjører jeg to analyser. Den første med den uavhengige variabel "Er legevakten kommunal eller interkommunal", den andre med de tre ulike typene interkommunale samarbeidsmodeller (§27, IKS, vertskommune). Jeg har foretatt en logaritmisk omforming av antall innbyggere. Dette gjør jeg fordi variabelen er skjevfordelt, det er mange små kommuner og få store. Da er det vanlig med en logaritmisk omfordeling for å gjøre variabelen mer normalfordelt.

**Tabell 13: Regresjonsanalyse (OLS). Avhengig variabel: Indeks "Oppfatning av kvalitet ved helsepersonell". N= 2039**  
**R<sup>2</sup>=,033 F=7,661 Sig=,000**

\*= Sig 0,05 \*\*=Sig 0,01

	Uavhengig variabel	Beta	t	sig
Trekke ved legevakten	Er legevakten kommunal eller interkommunal?  (Interkommunal=1 Kommunal=0)	,003	,111	,911
	Antall kommuner i legevakten	-,011	-,311	,756
	(ln) Legevaktens innbyggertall	-,108	-3,689	,000**
	Legevaktens deknings-areal	,041	1,289	,197
	Frie inntekter totalt for legevaktens samarbeids-kommuner totalt per capita	-,055	-2,034	,042*
Trekke ved individet	Hvordan besvarer du spørreskjema? (1=erfaring som pasient 2=erfaring som pårørende)	,014	,575	,565
	Hvor mange ganger har du vært i kontakt med legevakten de siste 12 månedene?	-,058	-2,334	,020*
	Brukerens alder	,143	5,742	,000**



Tabellens R2 viser at regresjonen forklarer 3,3 prosent av variansen av respondentenes oppfatning av kvalitet ved legevaktas helsepersonell. Vi ser at om legevakten er kommunal eller interkommunal ikke er signifikant, og variabelen har dermed liten forklaringsverdi for respondentenes tilfredshet med legevakten. Til tross for at effekten ikke er signifikant er det likevel verdt å merke seg at effekten er negativ fordi dette gjentar seg for alle indeksanalysene. Variabelen er (som tabellruten viser) kodet slik at negativ verdi betyr at respondentene er mer tilfreds med helsepersonell i kommunale legevakter. Variablene ” Frie inntekter totalt for legevaktens samarbeidskommuner totalt per capita”, ”Samarbeidets totale innbyggertall” og ” Hvor mange ganger har du vært i kontakt med legevakten de siste 12 månedene?” og ”Respondentens alder” er signifikante. Ettersom effekten av frie inntekter og innbyggertall er negativ, betyr det at respondentenes tilfredshet stiger med synkende innbyggertall, antall ganger kontakt og frie inntekter. Effekten for respondentens alder er signifikant positiv. Det betyr at respondentenes tilfredshet stiger med stigende alder på respondenten.

**Tabell 14: Regresjonsanalyse (OLS) – Avhengig variabel: Indeks ”Oppfatning av kvalitet ved helsepersonell”**  
**N=2039 R2=,032 F=6,173 Sig=,000 \*=-**  
**Sig 0,05 \*\*=Sig 0,01**

	Uavhengig variabel	Beta	t	sig
Trekk ved legevakten	Vertskommune	-,004	-,101	,920
	IKS	-,008	-,251	,802
	§27	,015	,538	,591
	Antall kommuner i legevakten	-,002	-,045	,964
	(ln) Legevaktens innbyggertall	-,106	-3,587	,000**
	Legevaktens deknings-areal	,038	1,162	,245
	Frie inntekter for legevaktens samarbeidskommuner totalt per capita	-,053	-1,954	,051
Trekk ved individet	Hvordan besvarer du spørreskjema? (1=erfaring som pasient 2=erfaring som pårørende)	,014	,564	,573
	Hvor mange ganger har du vært i kontakt med legevakten de siste 12 månedene?	-,058	-2,309	,021*
	Brukerens alder	,143	5,746	,000**

Tabellens R2 viser at regresjonen forklarer 3,2 prosent av variansen av respondentenes oppfatning av kvalitet ved legevaktas helsepersonell . Vi ser at hvilken interkommunal samarbeidsmodell kommunene velger ikke har signifikant effekt for respondentenes

oppfatning av kvalitet på helsepersonell i legevakt. Variablene ”Samarbeidets totale innbyggertall”, ”Frie inntekter for legevaktens samarbeids-kommuner totalt per capita”, ”Hvor mange ganger har du vært i kontakt med legevakten de siste 12 månedene?” og ”Respondentens alder” er signifikante. Ettersom effekten av innbyggertall, inntekter og antall ganger kontakt er negativ, betyr det at respondentenes tilfredshet stiger når de nevnte variablene synker. Effekten for respondentens alder er signifikant positiv. Det betyr at respondentenes tilfredshet stiger med stigende alder på respondenten.

**Tabell 15: Regresjonsanalyse (OLS). Avhengig variabel: Indeks ”Informasjon”.**

**N=2039 R<sup>2</sup>=,000 F=1,019 Sig=,419**

**\*= Sig 0,05 \*\*=Sig 0,01**

	Uavhengig variabel	Beta	t	sig
Trekke ved legevakten	Er legevakten kommunal eller interkommunal?  (Interkommunal=1 Kommunal=0)	-,024	-,810	,418
	Antall kommuner i legevakten	-,027	-,740	,459
	(ln) Legevaktens innbyggertall	,032	1,072	,284
	Legevaktens deknings-areal	-,020	-,637	,524
	Frie inntekter for samarbeidet totalt per capita	-,024	-,881	,379
	Trekke ved individet	Hvordan besvarer du spørreskjema?  (1=erfaring som pasient 2=erfaring som pårørende)	-,016	-,623
	Hvor mange ganger har du vært i kontakt med legevakten de siste 12 månedene?	,002	,081	,935
	Brukerens alder	-,007	-,293	,770

Tabellens R<sup>2</sup> viser at regresjonen ikke forklarer noe av variansen ved respondentenes oppfatning av kvalitetsdimensjonen ”Informasjon” ved legevakta. Om legevakta er interkommunal eller kommunal har ingen signifikans. Til tross for at effekten ikke er signifikant er det likevel verdt å merke seg at effekten er negativ fordi dette gjentar seg for alle indeksanalysene. Variablene er (som tabellen viser) kodet slik at negativ verdi betyr at respondentene er mer tilfreds med ”Informasjon” ved kommunale legevakter. Tabellen viser også at ingen av de andre variablene er signifikante. De forklarer dermed ikke noe om hvorfor respondentene har den oppfatningen de har av kvalitetsdimensjonen ”Informasjon”.

**Tabell 16: Regresjonsanalyse (OLS). Avhengig variabel: Indeks "Informasjon".**

N=2039 R2=-,001 F=,872 Sig=,559

\*= Sig 0,05 \*\*=Sig 0,01

	Uavhengig variabel	Beta	t	sig
Trekk ved legevakten	Vertskommune	- ,036	-,917	,359
	IKS	- ,035	-1,013	,311
	§27	- ,006	-,199	,843
	Antall kommuner i legevakten	- ,017	-,433	,665
	(ln) Legevaktens innbyggertall	,034	1,129	,259
	Legevaktens deknings-areal	- ,025	-,762	,446
	Frie inntekter for samarbeidet totalt per capita	- ,022	-,802	,423
Trekk ved individet	Hvordan besvarer du spørreskjema? (1=erfaring som pasient 2=erfaring som pårørende)	- ,017	-,649	,516
	Hvor mange ganger har du vært i kontakt med legevakten de siste 12 månedene?	,003	,107	,915
	Brukerens alder	- ,007	-,271	,787

Tabellens R2 viser at regresjonen totalt ikke forklarer noe av variansen ved respondentenes oppfatning av kvalitetsdimensjonen "Informasjon" ved legevakta. Vi ser at hvilken interkommunal samarbeidsmodell kommunene velger ikke har signifikant effekt for respondentenes tilfredshet med kvalitet på "Informasjon" i legevakt. De andre variablene er heller ikke signifikante. De forklarer dermed ikke noe om hvorfor respondentene har den oppfatningen de har av kvalitetsdimensjonen "Informasjon" ved legevakta.

**Tabell 17: Regresjonsanalyse (OLS). Avhengig variabel: Indeks ”Internett”.**

**N=2039 R2=,002 F=1,442 Sig=,174**

**\*= Sig 0,05 \*\*=Sig 0,01**

	Uavhengig variabel	Beta	t	sig
Trekke ved legevakten	Er legevakten kommunal eller interkommunal?  (Interkommunal=1 Kommunal=0)	-,010	-,332	,740
	Antall kommuner i legevakten	-,048	1,348	,178
	(ln) Legevaktens innbyggertall	,040	1,345	,179
	Legevaktens deknings-areal	,021	,656	,512
	Frie inntekter for legevaktens samarbeids-kommuner totalt per capita	-,041	-1,511	,131
Trekke ved individet	Hvordan besvarer du spørreskjema? (1=erfaring som pasient 2=erfaring som pårørende)	-,030	-1,198	,231
	Hvor mange ganger har du vært i kontakt med legevakten de siste 12 månedene?	-,028	-1,121	,262
	Brukerens alder	-,029	-1,153	,249

Tabellens R2 viser at regresjonen forklarer 2 promille av variansen ved respondentenes oppfatning av kvalitetsdimensjonen ”Informasjon” ved legevakta. Vi ser at om legevakten er kommunal eller interkommunal ikke er signifikant, og variabelen har dermed liten forklaringsverdi for respondentenes tilfredshet med kvalitetsdimensjonen ”Internett” ved legevakten. Til tross for at effekten ikke er signifikant er det likevel verdt å merke seg at effekten er negativ fordi dette gjentar seg for alle indeksanalysene. Variabelen er (som tabellruten viser) kodet slik at negativ verdi betyr at respondentene er mer tilfreds med ”Internett” i kommunale legevakter. Ingen av de andre variablene er signifikante. De har dermed ingen forklaringsverdi om hvorfor respondentene har den oppfatningen de har av kvalitetsdimensjonen ”Internett” ved legevakta.

**Tabell 18: Regresjonsanalyse (OLS). Avhengig variabel: Indeks internett.**  
**N=2039 R<sup>2</sup>=,003 F=1,525 Sig=,124**

\*= Sig 0,05 \*\*=Sig 0,01

	Uavhengig variabel	Beta	t	sig
Trekke ved legevakten	Vertskommune	-,009	-,219	,827
	IKS	-,056	-1,636	,102
	§27	-,004	-,145	,885
	Antall kommuner i legevakten	-,034	-,895	,371
	(ln) Legevaktens innbyggertall	,040	1,348	,178
	Legevaktens deknings-areal	,007	,223	,823
	Frie inntekter for legevaktens samarbeids-kommuner totalt per capita	-,038	-1,396	,163
Trekke ved individet	Hvordan besvarer du spørreskjema? (1=erfaring som pasient 2=erfaring som pårørende)	-,034	-1,334	,182
	Hvor mange ganger har du vært i kontakt med legevakten de siste 12 månedene?	-,027	-1,057	,291
	Brukerens alder	-,028	-1,105	,269

Tabellens R<sup>2</sup> viser at regresjonen forklarer 3 promille av variansen ved respondentenes oppfatning av kvalitetsdimensjonen ”Internett” ved legevakta. Regresjonen har altså minimal forklaringsverdi. I tabellen finner vi det eneste tilfelle hvor interkommunal samarbeidsmodell har signifikant effekt, nemlig IKS. Effekten er negativ, noe som betyr at brukerne er mindre tilfreds med ”Internett” ved legevakter i IKS. Ingen av de andre variablene er signifikante. De har dermed ingen forklaringsverdi om hvorfor respondentene har den oppfatningen de har av kvalitetsdimensjonen ”Internett” ved legevakta.

**Tabell 19: Regresjonsanalyse (OLS). Avhengig variabel: Indeks ventetid. N=2039 R2=,023 F=5,574 Sig=,000  
 \*= Sig 0,05 \*\*=Sig 0,01**

	Uavhengig variabel	Beta	t	sig
Trekking ved legevakten	Er legevakten kommunal eller interkommunal?  (Interkommunal=1 Kommunal=0)	-,003	-,101	,919
	Antall kommuner i legevakten	-,032	-,904	,366
	(ln) Legevaktens innbyggertall	-,130	-4,403	,000**
	Legevaktens deknings-areal	-,002	-,070	,944
	Frie inntekter for legevaktens samarbeids-kommuner totalt per capita	-,054	-1,988	,047
Trekking ved individet	Hvordan besvarer du spørreskjema?  (1=erfaring som pasient 2=erfaring som pårørende)	,058	2,293	,022*
	Hvor mange ganger har du vært i kontakt med legevakten de siste 12 månedene?	-,040	-1,614	,107
	Brukerens alder	,078	3,125	,002*

Tabellens R2 viser at regresjonen forklarer 2,3 prosent av variansen ved respondentenes oppfatning av kvalitetsdimensjonen "Ventetid" ved legevakta. Vi ser at om legevakten er kommunal eller interkommunal ikke er signifikant, og variabelen har dermed liten forklaringsverdi for respondentenes tilfredshet med kvalitetsdimensjonen "Ventetid" ved legevakten. Til tross for at effekten ikke er signifikant er det likevel verdt å merke seg at effekten er negativ fordi dette gjentar seg for alle indeksanalysene. Samarbeidets totale innbyggertall er signifikant og har negativ effekt, noe som betyr at tilfredsheten ved "Ventetid" stiger med synkende innbyggertall.

**Tabell 20: Regresjonsanalyse (OLS). Avhengig variabel: Indeks ventetid. N:2039. R2=,023. F= 4,646 Sig=,000.**

\*= Sig 0,05 \*\*=Sig 0,01

	Uavhengig variabel	Beta	t	sig
Trekke ved legevakten	Vertskommune	-,005	-,138	,890
	IKS	-,037	-1,103	,270
	§27	,006	,210	,834
	Antall kommuner i legevakten	-,019	-,499	,618
	(ln) Legevaktens innbyggertall	-,128	-4,329	,000**
	Legevaktens dekningsareal	-,012	-,373	,710
	Frie inntekter for legevaktens samarbeidskommuner totalt per capita	-,051	-1,877	,061
Trekke ved individet	Hvordan besvarer du spørreskjema? (1=erfaring som pasient 2=erfaring som pårørende)	,055	2,197	,028*
	Hvor mange ganger har du vært i kontakt med legevakten de siste 12 månedene?	-,039	-1,572	,116
	Brukerens alder	,080	3,176	,002*

Tabellens R2 viser at regresjonen forklarer 2,3 prosent av variansen ved respondentenes oppfatning av kvalitetsdimensjonen "Ventetid" ved legevakta. Hvilken interkommunal samarbeidsmodell kommunene velger har ikke signifikant effekt for respondentenes tilfredshet med kvalitetsdimensjonen "Ventetid" ved legevakt. Samarbeidets totale innbyggertall er signifikant og har negativ effekt, noe som betyr at tilfredsheten ved "Ventetid" stiger med synkende innbyggertall. Alder og antall ganger kontakt med legevakten har signifikant positiv effekt, som betyr at tilfredsheten stiger ved stigende alder og stigende antall ganger kontakt.

## 5.1 Drøfting

Analysens mest interessante funn er at hvorvidt tjenesten er kommunal eller interkommunal ikke er signifikant i regresjonsanalysen på noen av indikatorene for dimensjoner av kvalitet. Med andre ord: Studien finner at interkommunalt samarbeid om legevaktstjenesten gir like tilfredse brukere av legevakt som å løse tjenesten kommunalt. Hypotesen min bygger på at en mer kompleks vertikal struktur vil føre til økte transaksjonskostnader knyttet til etablering, styring, kontroll og vedlikehold. Analysens funn tyder på at de vertikale strukturforskjellene mellom interkommunale og kommunale legevakter ikke har effekt på brukernes oppfatning av tjenesten. Det betyr ikke nødvendigvis at en mer kompleks struktur ikke medfører økte transaksjonskostnader, men studien er en klar indikasjon på at det ikke påvirker brukernes oppfatning av legevaktstjenesten. Hypotesen min om at kommunal legevaktstjeneste vil gi mer tilfredse brukere viser seg ikke å stemme.

At antatte effekter av vertikal struktur ikke gjenspeiler seg i respondentenes (pasienter/pårørende) tilfredshet med tjenesten tyder på at betydningen av en kompleks vertikal organisering har lite å si på operativt plan, det forplanter seg i hvert fall ikke ut til brukeren. En mulig forklaring kan være at produksjonen av tjenester skjermes, og at transaksjonskostnadene først og fremst er et problem for det politiske/administrative nivået. Om tjenestene ikke påvirkes av transaksjonskostnader er det naturlig at heller ikke respondentenes oppfatning av tjenesten påvirkes av dem.

En annen årsak kan være at transaksjonskostnadene er mindre enn ventet i interkommunale samarbeid. Årsaken til at dette kan være at relasjonen mellom eierne er god, og at det minsker transaksjonskostnadene. Ouchi og Williamson påpeker at tillit er en avgjørende faktor for hvor store transaksjonskostnadene blir. Høy grad av tillit vil medføre liten grad av konflikt, det vil brukes lite ressurser på omfattende kontroll- og verifiseringssystemer, og det vil benyttes mindre ressurser på tidkrevende møter og samlinger.

I flere sammenhenger blir tillit trukket fram som et alternativ til kontroll (Ouchi 1980, Perrow 1986; Williamson 1991), og som noe som reduserer transaksjonskostnader (Dyer & Chu 2006). Ettersom studiet mitt er foretatt på norske legevakter, fungerende i en norsk kontekst og Norge er kjennetegnet av stor tillit til institusjoner og enkeltmennesker kan det være mulighet for at tillit er en forklarende faktor.



For å eksemplifisere min antakelse om at tillit er en forklarende faktor vil jeg trekke frem Jacobsens undersøkelse av 64 ulike ledere og styremedlemmer i interkommunale §27-samarbeid. På spørsmål om respondentene stoler på at de kommunene som deltar i samarbeidet; ”arbeider for felleskapet og ikke bare egen kommune”, ”lojalt følger opp de vedtak som fattes i det interkommunale samarbeidet”, ”ikke vil trekke seg ut av samarbeidet hvis det oppstår uenighet”, og ”vil bidra med de ressurser som trengs for å få til et godt samarbeid” svarer respondentene 4,1 på de to førstnevnte spørsmål og 4,0 på de siste, hvor 5= at de stoler fullt og helt, og 1= ikke i det hele tatt. (Jacobsen mfl. 2010) De spurte styremedlemmer og ledere i produksjonssamarbeidene har altså stor tillit til sine samarbeidspartnere. Funnene mine kan indikere at de involverte i de interkommunale samarbeidsstrukturene om legevakt har tilsvarende tillit til hverandre som Jacobsens studie, og at transaksjonskostnadene av den grunn synker. Fravær av konflikt og stor grad av gjensidig tillit er ikke et direkte mål på transaksjonskostnader, men kan i alle fall være en indikasjon på at disse ikke er urimelig høye. (Jacobsen mfl. 2010) Ettersom jeg ikke har undersøkt tillit mellom eierne av samarbeidene (kommunene) kan jeg ikke hevde dette med sikkerhet, men det er rimelig å anta at tillit har effekt på bakgrunn av nevnte teori.

En annen mulig forklaring på at det ikke er noen forskjell i studiet mitt på brukertilfredsheten mellom kommunale og interkommunal legevakt kan knyttes til deltakerne i interkommunale samarbeids følelse av nødvendighet, som en konsekvens av størrelse. Mer konkret, tabell 3 og 5 viser at kommuner som ikke deltar i interkommunale samarbeid om legevakt har omtrent samme gjennomsnittlig størrelse og frie inntekter som de interkommunale samarbeidene. Dette indikerer at de interkommunale samarbeidene består av små kommuner med færre innbyggere og mindre frie inntekter enn gjennomsnittet for kommunene som står alene. Fordi de er små er incentivet for å gjennomføre et samarbeid større. Dermed er det også mer sannsynlig at transaksjonskostnadene blir mindre, fordi relasjonene er bedre. Relasjonene er bedre i følge denne teorien fordi partene har en felles følelse av at samarbeid er nødvendig. Som Benson og Kotter sier: det er viktig at alle deltakerne har behov for et samarbeid og en felles følelse av at samarbeidet er en nødvendighet (Benson, 1975), og/eller at det haster (Kotter, 2008). En felles følelse av nødvendighet stammer vanligvis fra en registrert krise eller sjokk.(Gersick 1991, Pfeffer and Sutton 2006) Sjøkket eller krisen i denne konteksten vil være at kommunene innser at de alene ikke kan tilby en god nok legevaktstjeneste til sine innbyggere.

Hypotesen min om at brukere av legevakter i interkommunale vertskommunesamarbeid vil være mer tilfreds viser seg også ikke å stemme. Analysen gir ikke noe signifikant svar på hvilken effekt de ulike formene for interkommunalt samarbeid har på tilfredsheten og dermed får ikke hypotesene mine støtte. Hypotesen baserte seg på at vertskommunesamarbeid er kjennetegnet av en mindre kompleks vertikal organisasjonsstruktur enn interkommunale selskap og §27- samarbeid, og av den grunn var antakelsen at transaksjonskostnadene ville være mindre. Ettersom det ikke er en signifikant forskjell i studien min mellom interkommunale og kommunale legevakter er det naturlig å anta at det heller ikke er noen forskjell mellom interkommunale selskap og §27-samarbeid sammenlignet med vertskommunesamarbeid. Det beror på at sistnevnte benytter seg av den allerede etablerte strukturen i vertskommunen, og har da i teorien like store/like små transaksjonskostnader som kommunale legevaktjenester.

#### *Er smått godt?*

Studien min tyder på at underoverskriften jeg her har benyttet, inspirert av Monkerud og Sørensen (2010) stemmer. Både for kvalitetsdimensjonen ”Oppfatning av kvalitet på helsepersonell” og ”Ventetid” viser analysen at jo større legevakten er, jo flere innbyggere den dekker, jo mindre fornøyd blir brukerne. Dette er ikke et overraskende funn når en ser det i sammenheng med annen forskning på kommunestørrelse. De fleste undersøkelser finner at innbyggerne er mer tilfreds i de små kommunene enn det innbyggerne i større kommuner er (Christensen 2010, Monkerud & Sørensen, 2010) Funnet kan også knyttes teoretisk til nærhetsprinsippet. Ifølge nærhetsprinsippet, gir nærhet til de politiske institusjonene innbyggerne følelse av en tilknytning og tilhørighet som jobber til institusjoners og tjenesters fordel. Nærhetsprinsippet fremmer også prioriteringseffektivitet siden det fremmer lokal tilpasning ut i fra lokale preferanser og behov (NOU 2004:19).

Det interessante for studien min er at dette også gjentar seg også på tjenestenivå for legevakten, med subjektive indikatorer. Her er vi i kjernen i det mest omdiskuterte tema i kommunedebatten, nemlig kommunereform og sammenslåing. Et av argumentene mot behovet for sammenslåing er nettopp at brukerne er mer fornøyd i kommuner med få innbyggere, og dermed kan en benytte funnene i en argumentasjon om at brukerne av legevakten ikke vil være tjent med sammenslåing av kommuner til større enheter med flere innbyggere. På den annen side, studiet mitt har ikke sett på objektive mål på mer objektive

mål på kvalitet. Et eksempel på et mer objektivt kvalitetsmål er standarder for fagmiljø som er et av de mest brukte argumentene for at det er behov for kommunesammenslåing. I sluttrapporten fra ekspertutvalget som så på kriterier for kommunestruktur finner de at: ”Gjennomgangen viser at fagmiljøene i de minste kommunene må styrkes for å oppnå tilstrekkelig kvalitet i oppgaveløsningen. For stor ulikhet i hvor gode fagmiljøene er i de ulike kommunene gjør at det blir stor variasjon når det gjelder kvaliteten på de tjenestene innbyggerne i dag mottar. Større kommuner vil redusere konsekvensene av tilfeldige svingninger i innbyggernes etterspørsel, samt ustabilitet eller tilfeldige variasjoner i fagmiljøenes kompetanse. Slik vil forutsigbarheten for kommunene bedres, og tilbudet til innbyggerne kan planlegges og utvikles bedre”(Ekspertutvalget, 2014) .

For å relatere dette til tjenestenivå vil jeg også trekke frem Legeforeningen, som skriver i sin rapport ” En legevakt for alle, men ikke for alt” at ”mindre kommuner har gjerne rekrutteringsutfordringer som kan gi sårbare vaktssystemer og stor belastning på de få legene som deltar” (Legeforeningen,15). Samtidig påpeker også Legeforeningen i samme rapport at ”styrken for småkommuner er imidlertid en tettere kobling med legetjenesten og helsetjenesten for øvrig. Større byer kan ha lange ventetider og prioriteringsutfordringer, i tillegg til at flere legevakter organiseres som selvstendige enheter, gjerne frikoblet fra resten av helsetjenesten”(Legeforeningen, 15).

Funnene mine kan tyde på at styrkene knyttet til nærhetsprinsippet betyr mer for brukerne enn svakhetene Legeforeningen trekker frem, knyttet til fagmiljø, sårbare vaktssystemer og legenes belastning. Dette har jeg ikke undersøkt spesifikt og kan derfor ikke fastslå med sikkerhet. Samtidig må det tillegges at jeg har fjernet byen med flest innbyggere fra studiet, og det er grunn til å tro at resultatene ville vært enda tydeligere av de samme årsaker om Oslo var inkludert i undersøkelsen.

#### *Videre forskning*

Jeg har sett på brukertilfredshet ved legevaktstjenesten, og funnet at det er lite som tyder på at transaksjonskostnader i interkommunale samarbeid knyttet til en mer kompleks struktur påvirker brukerens oppfatning. Studiet er begrenset i den forstand at jeg kun har sett på en indikator for kvalitet, nemlig den subjektive brukeroppfatningen av kvalitet. Jeg har dermed ikke undersøkt hvilken effekt transaksjonskostnader knyttet til interkommunalt samarbeid har på andre kvalitetsmål som økonomiske faktorer, de ansattes oppfatning, antall pasienter,

sykefravær etc. Jeg har heller ikke undersøkt hvor stor finansiering som ligger bak legevaktene i studiet, og kjenner bare kommunene og det interkommunale samarbeidets frie inntekter. Årsaken til at jeg ikke har kartlagt legevaktens budsjett handler om tilgjengelighet på informasjon, og kapasitet. Men, om jeg hadde hatt tilgang til informasjon om legevaktens budsjett ville et interessant skritt videre være å sammenligne brukertilfredsheten med de ulike legevaktenes budsjett. Det er meget naturlig å anta legevaktens budsjett vil påvirke hvilke ressurser legevakten kan benytte på tjenesten. At ressursbruk påvirker brukernes oppfatning av tjenesten er derimot ikke nødvendigvis opplagt, et av funnene mine er at det er en negativ signifikant sammenheng mellom legevaktens (kommunene i samarbeidets) frie inntekter og oppfatning av kvalitet på helsepersonell.

I studiet har jeg heller ikke undersøkt hvert enkelt samarbeid grundig, kun om samarbeidene er kommunale eller interkommunale, hvilken interkommunal samarbeidsmodell legevakten er organisert som og antall kommuner legevakten består av, samt kontrollert for frie inntekter som en indikator på ressurser, antall innbyggere og hvor stort areal legevakten dekker. Etersom jeg finner at det ikke er noen forskjell på brukernes tilfredshet med legevakten om den er organisert kommunalt eller interkommunalt, og heller ikke finner noen forskjell mellom de ulike modellene for interkommunalt samarbeid ville det være interessant å se nærmere på samarbeidene. Ved å se nærmere på samarbeidene ville jeg ha kunne undersøkt forklaringene mine knyttet til tillit og nødvendighet gjennom en kvalitativ studie av relasjonen mellom eierne, bakgrunnen for inngåelsen av samarbeid og hvilken påvirkning dette har for det operative nivået, og brukernes tilfredshet.

## 6. Litteraturliste

- Akuttmedisinforskriften, Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv.
- Bel, G. and M. E. Warner (2015): "*Inter-Municipal Cooperation And Costs: Expectations And Evidence.*" *Public Administration* 93(1): 52-67.
- Bel, G., X. Fageda and M. Mur (2014): "*Does Cooperation Reduce Service Delivery Costs? Evidence from Residential Solid Waste Services.*" *Journal of Public Administration Research & Theory* 24(1): 85-107.
- Bogen, H. (2002): "*Konkurransesetting av omsorg: Reduseres kvaliteten?*". Tidsskrift for Samfunnsforskning, 43(3), 394–412.
- Bolman, L. G., & Deal, T. E. (2010). *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse - struktur, sosiale relasjoner, politikk og symboler.* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Brandtzæg, B.A & K.G. Sanda (2003): "*Vellykkede interkommunale tjenestesamarbeid. Resultater fra en kartlegging høsten 2002*". Bø: Telemarksforskning Rapport nr. 204/2003
- Brunsson, N. and Olsen, J.P. (1997): "*The Reforming Organization*". Bergen: Fagbokforlaget
- Christensen og Midtbø, (2011): "*Tilfredshet med kommunale velferdstjenester: Har velferdstjenestene noe å si?*", Notat 2-2011
- Christensen, T. (1994). *Politisk styring og faglig uavhengighet. Reorganisering av den sentrale helseforvaltningen.* Oslo: Tano.
- Christensen, T., M. Egeberg, P. Lægreid, P. G. Roness og K. A. Røvik. (2015): *Organisasjonsteori for offentlig sektor.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Christensen, T., P. Lægreid, P.G. Roness og K.A. Røvik (2004): *Organisasjonsteori for offentlig sektor.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Christensen, Tom og Per Lægreid (2002). *Reformer og lederskap. Omstilling i den utøvende makt.* Oslo: Universitetsforlaget
- Christensen, Aars og Hansen, (2011): "*Har utformingen av lokale NAV-avtaler betydning for brukernes tilfredshet?*", Fagbokforlaget
- Dahl, A.-H. (2004): "*Organisering for servicekvalitet*". I Å. Johnsen, I. Sletnes, og S. I. Vabo (Red.), *Konkurransesetting i norske kommuner.* Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Dahlberg, Halvard (2008): "*Prestasjonsmåling av renovasjonsbransjen tilknyttet husholdningsavfall*". Tromsø: Masteroppgave, Fiskerihøgskolen.
- Difi 2015 "*Innbyggerundersøkelsen 2015 – hva mener innbyggerne*" 2015:6", Difi
- Difi-rapport 2015:6, "*Innbyggerundersøkelsen 2015: Hva mener brukerne?*"
- Dyer, J.H. & W. Chu (2006): "*The Role of Trustworthiness in Reducing Transaction Costs and Improving Performance: Empirical Evidence from the United States, Japan and Korea*". I R. M. Kramer (ed): *Organizational Trust.* Oxford, Oxford University Press
- ECON,(2006): "*Interkommunale samarbeid i Norge – omfang og politisk styring*", Oslo, Rapport 2006-057
- Egeberg, M. (1989). *Mot instrumentelle modeller i statsvitenskapen?* I M. Egeberg (Red.), *Institusjonspolitikk og forvaltningsutvikling. Bidrag til en anvendt statsvitenskap* (s. 15-28). Oslo: Tano.
- Egeberg, M. (2012). *How Bureaucratic Structure Matters: An Organizational Perspective.* I B. G. Peters & J. Pierre (Red.), *The SAGE Handbook of Public Administration* (s. 157-168). London: SAGE Publications Ltd.
- Egeberg, Morten (1984). "*Organisasjonsutforming i offentlig virksomhet*". Oslo. Aschehoug/Tanum-Norli.

- Egeberg, Morten, (1989): *"Om å organisere konkurrerende beslutningsprinsipper inn i myndighetsstrukturer"*, Institusjonspolitik og forvaltningsutvikling. Bidrag til en anvendt statsvitenskap. Oslo, Tano 1989
- Eikeland OJ, Raknes G, Hunskaar S. *"Vakttårnprosjektet. Epidemiologiske data frå legevakt. Samlerapport for 2015"*. Rapport nr. 3- 2016. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse 2016
- Fimreite, Aars, Homme (2004): *"Styrt fragmentering og fragmentert styring – nettverkspolitikk i norske kommuner"*. Rokkansenteret, Rapport for regjeringen
- Follo IKS, *"Årsrapport 2014"*
- Gersick, C. J. G. (1991). *"Revolutionary change theories: A multilevel exploration of the punctuated equilibrium paradigm."* Academy of Management review 16(1): 10-36.
- Gjertsen, A. (2013): *"Legitimacy in Interlocal Partnerships: Balancing Efficiency and Democracy"*. Urban Studies. Published online 11.september 2013 DOI: 10.1177/0042098013502828
- Grandori, A. (1995): *Inter-Firm Networks. Antecedents, Mechanisms and Forms. Organization Studies* 16:183–215.
- H Sandvik, S Hunskaar, E. Diaz. *"Hvilke fastleger deltar i legevakt?"* Nr. 20 – 30. oktober 2012 Tidsskriftet Norsk Legeforening 2012; 132:2277–80
- Hefetz, A. and M. E. Warner (2012): *"Contracting or Public Delivery? The Importance of Service, Market, and Management Characteristics."* Journal of Public Administration Research & Theory 22(2): 289-317.
- Helsetilsynet, 2015, *"Rapport fra tilsyn med legevaktjenesten ved Samhandlingsenheten i Orkdalsregionen"* Hentet fra: <https://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynsrapporter/Sor-Trondelag/2015/Legevaktjenesten-ved-Samhandlingsenheten-i-Orkdalsregionen-2015/>
- Hem, K.-G. (2004). *"Økonomiske konsekvenser av interkommunalt legevaktsamarbeid"*. Trondheim: SINTEF Helse, rapport nr. STF78 A044505.
- Holmøy, A. (2006). *"Interkommunalt legevaktsamarbeid med legevaktsentral (IKL)"*. SSB-notat 2006/75. Oslo: Statistisk Sentralbyrå.
- Howard, Cosmo (2010): *"Are We Being Served? A Critical Perspective on Canada's Citizens First Satisfaction Surveys,"* International Review of Administrative Sciences, 76:65-83
- Jacobsen og Thorsvik, (2014): *"Hvordan organisasjoner fungerer"*, Fagbokforlaget
- Jacobsen, Dag Ingvar (2007): *"Fragmentering og integrasjon i norske kommuner – politisk retrett eller vitalisering?"* Kommunal økonomi och politik vol 11:33–64.
- Jacobsen, Dag Ingvar, (2010): *"Evaluering av interkommunalt samarbeid etter kommunelovens §27- omfang, organisering og virkemåte"*. Rapport, Kommunal- og regionaldepartementet
- Jacobsen, Dag Ingvar, (2014): *"Interkommunalt samarbeid i Norge"*, Fagbokforlaget
- Jacobsen, Dag Ingvar, (2016): *"Success with a bitter aftertaste"*
- Jusinfo 2016, *"Alternative kompetansegrunnlag for avgjørelser"*, Hentet fra: <http://jusinfo.no/index.php?site=default/721/1285/1308>
- Karlsen, J. og Ryntveit, A.K (2001): *"Evaluering av samarbeidet om felles økonomikontor mellom Marnardal og Audnedal kommune"*. Prosjektrapport nr. 12/2001, Agderforskning.
- Klijn, Erik-Hans (2008): *"Governance and Governance Networks in Europe"*. Public Management Review Vol 10:505–525.
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2014): *"Kriterier for god kommunestruktur"*. Oslo: Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Hentet fra: [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kmd/komm/rapporter/kriterier\\_for\\_god\\_kommunestruktur\\_rettet.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kmd/komm/rapporter/kriterier_for_god_kommunestruktur_rettet.pdf)

- Kommunal- og moderniseringsdepartementet (24.11.14) ”Tankevekkende om utfordringene for kommune-Norge, sier Sanner”. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommunereform/Nyheter-kommunereform/Pressemelding-Rapport-fra-ekspertutvalget-for-kommunereformen-overlevert/id758099/>
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2016 ”Frie inntekter 2016” Hentet fra: <https://frieinntekter.regjeringen.no/frie-inntekter-2016/nord-trondelag/>
- Kommunenes Sentralforbund (KS), (2014), ”Introduksjonshefte”
- Legeforeningen, (2005): ”Legevakt i kommunehelsetjenesten”
- Legeforeningen, 2015, Statusrapport 2015, ”En legevakt for alle, men ikke for alt – Legeforeningens innspillsrapport for en bedre legevakt”
- Leknes, E., A. Gjerstad, A.K. Holmen, B. Lindeløv, J. Aars, I. Leknes & A. Røiseland (2013): ”Interkommunalt samarbeid. Konsekvenser, muligheter og utfordringer”. Stavanger: IRIS rapport 2013/008.
- Lie, K., A. Thorstensen, A. Hjelseth, T.R. Groven & H. Støren (2013): ”Evaluering av Lister PPT”. Bø: Telemarksforskning, TF-rapport nr. 326.
- Madsen, O. N. (1993): ”Kvalitet som mål i offentlig virksomhet”. Centrum.
- Mintzberg, H. (1979): ”The Structuring of Organizations”. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Monkerud, Lars & Sørensen, Rune, (2010): ”Smått og godt? ”Kommunestørrelse, ressurser og tilfredshet med det kommunale tjenestetilbudet”, Norsk statsvitenskapelig tidsskrift, 2010 Nr 4, Årgang 26, 265-295
- Morken T, Midtbø V, Zachariassen SM, (2014): ”Legevaktorganisering i Norge. Rapport fra Nasjonalt legevaktregister 2014. Rapport nr. 4-2014”. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2014
- Nesheim, Nina Dokken (2008): ”Evaluering av Interkommunal PP-tjeneste for Modum, Sigdal og Krødsherad”, Universitetet i Oslo, masteroppgave spesialpedagogikk.
- Nilsen, Ingunn Helland (2011): ”Interkommunalt samarbeid om kompetanseutvikling: hvilke effektivitetsgevinster kan dette gi?” Masteroppgave, Universitetet i Tromsø.
- Nooteboom. B. (2004): ”Inter-Firm Collaboration”, Learning & Networks. London: Routledge
- NOU 2004:19 (2004) ”Livskraftige distrikter og regioner – Rammer for en helhetlig og geografisk tilpasset politikk”. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2004-19/id387073/sec1>
- NOU 2015:17 (2015) ”Først og fremst — Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus”. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2015-17/id2465765/>
- Oliver, Christine (1990): ”Determinants of Interorganizational Relationships: Integration and Future Directions”. Academy of Management Review vol 15:241–265.
- Olsen, J. P. (1988). Statsstyre og institusjonsutforming. Oslo: Universitetsforlaget.
- Opdal, L. & Å Streitlien (2008): ”Evaluering av PP-tjenesten i Vest-Telemark”. Notodden: Telemarksforskning. Rapport 2008-01.
- Ouchi, William G. (1980): ”Markets, Bureaucracies, and Clans”. Administrative Science Quarterly 25(1):129–141.
- Perrow, Charles. (1986): ”Complex Organizations”. New York: Random House.
- Pettersen, Per Arnt og Lawrence E. Rose (2000): ”Det lokale selvstyrets omdømme: Opphav og betydning” i Audun Offerdal og Jacob Aars (red), Lokaldemokrati – Status og utfordringer. Aktuelle forskningsbidrag, rev. utg. Oslo: Kommuneforlaget.
- Pfeffer, J. and R. I. Sutton (2006): ”Hard Facts, Dangerous Half-thruths & Total Nonsense”. Boston, Harvard Business School Press.

- Rhodes, R. A. W. (1996): *"The New Governance: Governing without Government"*, Buckingham: Open University Press.
- Rolland, Asle, (2004): *"Kostra og kvaliteten på de kommunale tjenester"*, Notat, 2004/77 SSB
- Roness, Paul G. (1992): *"Forvaltningspolitikk gjennom organiseringsprosessar. Ein studie av endringsprosessar knytta til organiseringa kring saksområde under Justisdepartementet og Kirke- og undervisningsdepartementet i perioden 1961-1986"*. Bergen: Institutt for administrasjon- og organisasjonsvitenskap og Norsk senter for forskning i ledelse, organisasjon og styring. LOS-senter rapport 1992:6.
- Rose, Pettersen og Baldersheim, (2011): *"Den krevende borger – utfordringer for demokrati og tjenesteyting i kommunene"*
- Røiseland, Asbjørn og Signy Irene Vabo (2012): *"Styring og samstyring – governance på norsk"*. Bergen: Fagbokforlaget
- Simon, Herbert A. (1997): *Administrative Behavior. A Study of Decision-Making Processes in Administrative Organizations*. New York: The Free Press. Oxford: Oxford University Press.
- Skaaland, V. (2009): *"En undersøkelse om rådmenn, tillit og interkommunalt samarbeid: bidrar høy tillit mellområdmenn til økt tillit mellom kommuner og en mer effektiv styring av interkommunale samarbeidsordninger?"* Masteroppgave (MBA), BI, Oslo.
- Sletnes, Ingun, (2003): *"Juridiske rammebetingelser for interkommunalt samarbeid om særlovsoppgaver"*. HiOrapport 2003 nr. 12, Oslo.
- SSB 2016 *"Arealstatistikk for Norge"*, 8.april 2016, Hentet fra: <http://www.kartverket.no/kunnskap/fakta-om-norge/Arealstatistikk/Oversikt/>
- Sørensen og Torfing, (2005): *"The Democratic Anchorage of Governance Networks"*, Scandinavian Political Studies, Vol. 28 – No. 3, 2005
- Sørensen, R.J. (2007): *"Does dispersed public ownership impair efficiency? The case of refuse collection in Norway"*. Public Administration 85(4): 1045–1058.
- Tjerbo, T. (2010): *"Vertskommunesamarbeid i norske kommuner. Resultater fra en kartlegging høsten 2009"*. Oslo: NIBR-notat 2010:105.
- Williamson, Oliver, (1991): *"Comparative Economic Organization: The Analysis of Discrete Structural Alternatives"*. Administrative Science Quarterly 36:269–296

Spørreskjema og rådata jeg har benyttet fra Brukerundersøkelsen kan lastes ned fritt fra Difi på følgende link:

<https://www.Difi.no/sites/Difino/files/legevakt.pdf> (Spørreskjema)

<https://www.Difi.no/sites/Difino/files/legevakt.zip> (Rådata)

<http://jusinfo.no/index.php?site=default/721/1285/1308/1310>

<https://www.Difi.no/sites/Difino/files/legevakt.pdf>