

ARBEIDSNOTAT

Samhandlingsreformen

Utfordringer knyttet til reformens forutsetninger om interkommunalt samarbeid og avtaleregulering

Jan Ole Similä
Erling Bergh



Samhandlingsreformen

Utfordringer knyttet til reformens forutsetninger om interkommunalt samarbeid og avtaleregulering

**Jan Ole Similä
Erling Bergh**

Rapport fra prosjektet "Ny offentlig ledelse"
Oppfølging av tema i Steinkjer kommune og Midtre Namdal Samkommune

Høgskolen i Nord-Trøndelag
Arbeidsnotat nr 250
ISBN 978-82-7456-669-9
ISSN 1501-6285
Steinkjer 2012



Forord

Steinkjer kommune og Midtre Namdal samkommune (MNS) har begge deltatt i det Midt-norske aksjonsforskningsprosjektet **"Ny offentlig ledelse"**. Prosjektet startet i 2010 med formål å studere/følge opp nye ledelses- og organisatoriske utfordringer hos deltakerne. Steinkjer kommune ønsket i den forbindelse å ta opp sitt samarbeid med tre andre kommuner om Samhandlingsreformen, mens MNS valgte sitt eget utviklingsprosjekt "Helhetlige helsetjenester i MNS", også det knyttet til Samhandlingsreformen.

De to temaene er fulgt opp og bearbeidet gjennom prosjektets 3 arbeidssamlinger (work-shops). Her ble de organisasjons- og ledelsesmessige utfordringene belyst teoretisk, og ut fra dette forsøkt tydeliggjort og satt i system. Noen spesielle utfordringer ble deretter løftet fram og bearbeidet særskilt. Denne rapporten er en slik bearbeiding av noen utfordringer som er felles for Steinkjer og MNS i forhold til Samhandlingsreformen. Rapporten har trolig generell relevans for alle som nå arbeider med implementering av Samhandlingsreformen, som trådte i kraft 01.01.12.

Drøftingene i rapporten baserer seg i hovedsak på forholdene på saksfeltet og i de to samarbeidsordningene slik de var ca medio 2011.

Den første delen av rapporten har tittelen **"Samhandlingsreformen som interkommunalt prosjekt. Samkommune eller vertskommunemodell?"** Den tar opp kommunenes organisatoriske og ledelsesmessige utfordringer når de nå som følge av Samhandlingsreformen må inn i helt nye former for interkommunalt samarbeid. Et helt sentralt spørsmål er i den forbindelse valg av samarbeidsmodell. Steinkjers samarbeidsordning er så langt basert på **vertskommunemodellen**, mens de fire kommunene i MNS har organisert samarbeidet etter **samkommunemodellen**. Begge modellene er nye og lite utprøvd, men over hele landet blir de nå tatt i bruk for de omfattende samarbeidsordningene som følger med den store og komplekse Samhandlingsreformen. Både Steinkjer og MNS var tidlig ute med å ta i bruk hver sin nye modell. I rapportens del 1 drøftes de to modellene mot denne erfaringsbakgrunnen, samt i et komparativt perspektiv.

Rapportens del 2 har tittelen **"Samhandlingsreformen som avtalebasert samarbeid. Kontraktsmessige utfordringer"**. Den tar utgangspunkt i den plikt som lovverket knyttet til Samhandlingsreformen pålegger hovedaktørene i reformen til å etablere formelle avtaler seg imellom. Tanken synes å være at dette skal sikre reformens mål om helhetlige og sømløse tjenester på tvers av ulike organisatoriske enheter og nivå. Rapporten drøfter, ut fra kontraktsteori og erfaringer fra andre land, om et slikt avtaleberegime er et hensiktsmessig redskap for å oppnå dette. Med et utsnitt fra Steinkjers avtaledrøftinger med regionale helseforetak, gir den også et glimt av hvordan slike komplekse og kompliserte juridiske styringsformer vil kunne utspille seg mellom aktører i Samhandlingsreformen. Kommunene har liten erfaring og kompetanse mht denne

typen "hard" kontraktsstyring, hvor juridiske og økonomiske konsekvenser av løpende driftsbeslutninger blir et ansvar for ansatte på alle nivå i organisasjonen. Det hører også med at kommunene som kontraktspart i stor grad vil være representert av et større eller mindre antall interkommunale enheter (jfr del 1), som igjen har sitt eget avtaleregime i forhold til deltakerkommunene. Rapporten setter opp "myke" kontrakter som et viktig supplement og evt alternativ til de "harde" kontraktene som legges til grunn i Samhandlingsreformen.

De to delene i rapporten er ment å belyse de organisatoriske utfordringene som kommuner og interkommunale samarbeidsordninger stilles overfor i forbindelse med gjennomføring av Samhandlingsreformen. Felles for dem er at de synliggjør den omfattende kompleksiteten som kommunene utsettes for gjennom reformen.

I sum illustrerer de et stort paradoks, nemlig at det som er en erklært reform for mer helhet og sømløshet i helsesektoren, samtidig forutsetter økt organisatorisk oppsplitting og "hard" juridisk innkapsling av de enhetene som skal gjennomføre reformen.

Samhandlingsreformen som interkommunalt prosjekt

Samkommune eller vertskommunesamarbeid?

Erling Bergh, seniorrådgiver, HiNT

1. Innledning

I denne innledningen gjøres det først kort rede for Samhandlingsreformen, som er det sentrale saksfeltet for de to samarbeidsordningene. Deretter redegjøres det for de to samarbeidsprosjektene og hva vi ønsker å belyse i denne utredningen.

1.1 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen er en omfattende reform innen helse- og omsorgssektoren. Den ble formelt lansert i Stortingsmelding 47 (2008 – 2009), hvor det presenteres tre utfordringer som reformen er ment å løse:

1. Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok – fragmenterte tjenester
2. Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom
3. Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne

I følge meldingen må dette møtes med bl.a. økt vekt på forebyggende tiltak, og styrking av den **kommunale** innsatsen på helse- og omsorgsfeltet. Her er det aktuelt med en rekke **nye kommunale satsingsområder**:

- Tilbud før, i stedet for og etter sykehusopphold
- Tverrfaglige team
- Lærings- og mestringstilbud
- Psykisk helsevern og rus: forebygging, lavterskeltilbud, forsterket bo- og tjenestetilbud
- Helseovervåking
- Folkehelsearbeid
- Arbeid med avtaler
- Overordnet planlegging (PBL)

I meldingen blir det påpekt at flere av disse oppgavene forutsetter utstrakt interkommunalt samarbeid, etter som de må ha et visst befolkningsunderlag for å kunne løses tilfredsstillende. Kravet til befolkningsunderlag er forskjellig for de forskjellige satsingsområdene. For noen antydes det så mye som 20. – 30.000 innbyggere¹.

Når det gjelder meldingens utfordringspunkt om **brukernes** behov for mer koordinerte tjenester, så gjelder dette både kommunene og den statlige spesialisthelsetjenesten, samt koordineringen dem imellom når tiltakskjeden involverer begge. God koordinering er også en forutsetning for **effektiv ressursbruk**.

¹ St.meld nr 47 (2008 – 2009) *Samhandlingsreformen*: "Erfaringer fra ulike samhandlingstiltak, viser at det er hensiktsmessig med en befolkningsmasse på kanskje helt opp til om lag 20 000 – 30 000 innbyggere for å sikre effektiv og god drift av døgnplasser som inkluderer observasjon, utredning, etterbehandling og lindrende behandling." (s 64)

I sum gir dette behov for økt og bedre **samhandling** mellom aktørene i helse- og omsorgssektoren. I følge lovproposisjonene² som kom i etterkant av St melding 47 (2008 – 2009) skal dette sikres med bl.a. nye avtaleregimer, økonomiske insentiver og gjennomgående IT-system. Dessuten skal **helhetlig** helse- og omsorgsinnsats på kommunalt nivå sikres gjennom **kommunal planlegging**, etter bestemmelsene i den nye Plan- og bygningsloven om kommunal planstrategi osv³. Det siste er også viktig for å sikre **politisk** forankring, noe som vektlegges sterkt i reformforslaget.

1.2 Utgangspunkt for den foreliggende utredningen

Denne utredningen er et delprosjekt under prosjektet "Ny offentlig ledelse". Hensikten med hovedprosjektet er dels å klargjøre hva offentlig sektors nye utfordringer består i, og dels å søke modeller og tilnærminger for å handtere dem. Med et enkelt ord kan vi kalle dette å *konseptualisere* utfordringene. I dette delprosjektet har vi fokus på utfordringer knyttet til **ledelse** og **organisering**.

Midtre Namdal samkommune (MNS) er en av deltakerne i "Ny offentlig ledelse". De har ønsket å få belyst nærmere de utfordringer som melder seg med innføring av Samhandlingsreformen. Som nevnt i pkt 1.1 er mange av de nye oppgavene forutsatt løst gjennom interkommunalt samarbeid, i et omfang og med et innhold som går ut over det man hittil har hatt erfaring med i kommune-Norge. Og etter som oppgavene i stor grad omfatter myndighetsutøvelse, må samarbeidet organiseres enten etter **verts-kommunemodellen**, som ble hjemlet for bruk i 2007, eller etter **samkommunemodellen**, som det er meningen at Stortinget skal vedta våren 2012.

I denne sammenhengen er det interessant at MNS er den ene av to forsøksordninger her til lands med **utprøving av samkommunemodellen**. Dessuten at de fire kommunene bak MNS har bestemt at de vil bruke nettopp MNS for å implementere den nye Samhandlingsreformen for seg. Erfaringene med dette antas å ha stor generell interesse i kommune-Norge, ikke minst fordi samkommunemodellen framstilles av myndigheten som spesielt godt egnet for samarbeid om Samhandlingsreformen.

Steinkjer kommune deltar også i prosjektet "Ny offentlig ledelse", og har som MNS ønsket å se på utfordringer knyttet til innføring av Samhandlingsreformen. Sammen med tre andre kommuner har Steinkjer allerede et års tid vært i gang med noen av de oppgavene som nå (fra 2012) innføres med Samhandlingsreformen. Samarbeidet er

² **Prop 90 L** til Stortinget (2010 – 2011) *Lov om folkehelse*, samt **Prop 91 L** til Stortinget (2010 – 2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.v.*

³ "Oversikten over folkehelseutfordringer skal inngå som grunnlag for arbeidet med planstrategier. En drøfting av kommunens/fylkets helseutfordringer bør inngå i lokal/regional planstrategi. (...) Kommunen fastsetter mål og strategier for folkehelsearbeidet som er egnet for å møte kommunens egne folkehelseutfordringer. Mål og strategier skal forankres i planprosessene etter plan- og bygningsloven." (Prop 90 L, s. 12). Senere presiseres: "Dette er viktige føringer som skal sikre politisk forankring av folkehelsearbeidet og sikre at folkehelsearbeidet ligger over sektornivå." (Prop 90 L, s. 14).

organisert som **vertskommunesamarbeid**, dvs i tråd med den andre av de to aktuelle samarbeidsmodellene som er nevnt foran.

Med utgangspunkt i Samhandlingsreformen vil vi her drøfte de to nye organisasjonsmodellene for henholdsvis MNS og Steinkjers vertskommunesamarbeid. Dermed setter vi dem også i et komparativt lys.

Samhandlingsreformen skal legge til rette for bedre og mer omfattende samhandling mellom de mange aktørene i helse- og omsorgssektoren. Disse befinner seg både i statlig, fylkeskommunal, kommunal og privat sektor. Det er en stor organisatorisk utfordring å få aktørene i dette nettverket til å samhandle på en mer effektiv og sømløs måte, til beste for brukerne. Ett av Samhandlingsreformens grep er å kreve at aktørene inngår forpliktende avtaler/kontrakter med hverandre, som sikrer dette. I prosjektet har vi ut fra **teorier om kontraktsorganisering** vurdert viktige hensyn som i den forbindelse må ivaretas for å oppnå ønsket resultat. Dette er det gjort rede for i **utredningens del 2**.

2. Kort om Midtre Namdal samkommune (MNS) og Steinkjers vertskommunesamarbeid mht Samhandlingsreformen

2.1 Midtre Namdal Samkommune (MNS)

Midtre Namdal Samkommune (MNS) ble opprettet høsten 2009 av kommunene Namsos, Fosnes, Namdalseid og Overhalla. De fire kommunene har til sammen ca 19.000 innbyggere og et areal på 2.376 km². Namsos er klart størst med ca 13.000 innbyggere, og Fosnes minst med < 700 innbyggere. Namsos er vertskommune for Namsos sykehus, det ene av to sykehus i Nord-Trøndelag. MNS ivaretar i dag en rekke tjenester for medlemskommunene, og har vertskommunesamarbeid med noen andre kommuner.

MNS er foreløpig en forsøksordning etter Forsøksloven, og varer iht departementets godkjenning tom september 2013. I godkjenningsforskriften er det spesifisert hvilke saksområder og myndigheter som er delegert fra medlemskommunene til samkommunen⁴. Som nevnt innledningsvis forventes det at Samkommunemodellen snart blir lovfestet som interkommunal samarbeidsform, og alt tyder på at MNS da etableres som fast ordning.

I tillegg til de godkjente saksområdene har deltakerkommunene gjennom vedtak i samkommunestyret bedt MNS om å **utrede** nye samarbeidsområder. Ett av disse er Samhandlingsreformen: På bakgrunn av en foregående *Pilotrapport* besluttet de 4 kommunene og samkommunestyret i mars 2010 å gi MNS både **planleggings- og**

⁴ For en nærmere redegjørelse for MNS vises det til *Tor Brenne: Midtre Namdal samkommune. En casebeskrivelse. HiNT Arbeidsnotat 237 (2011)*.

implementeringsansvar for Samhandlingsreformen. Man startet deretter det 3-årige prosjektet ”**Helhetlige helsetjenester i MNS**”, hvor også kommunene Flatanger og Osen deltar.

2.2 Steinkjers vertskommunesamarbeid

Steinkjers vertskommunesamarbeid mht Samhandlingsreformen oppsto i et større samhandlingsprosjekt for helse-, rehabiliterings- og omsorgstjenestene som ble utredet for kommunene Inderøy, Steinkjer, Verran, Mosvik og Snåsa i **2008**. Utredningen anbefalte samarbeid om stort sett de samme områdene som året etter ble fremmet i regjeringens forslag til Samhandlingsreformen. Samarbeidskommunene valgte å starte med ett av de anbefalte områdene: et såkalt **distriktsmedisinsk senter (DMS)**, med en *intermediær enhet* som det tyngste tjenestetilbudet, som ble åpnet i januar 2011. Samarbeidet om Inn-Trøndelag DMS er organisert som **vertskommunesamarbeid** etter KL § 28 c, dvs med overordnet styring av en folkevalgt nemnd. Steinkjer er vertskommune, og for øvrig den klart største kommunen i samarbeidet med sine ca 21.000 innbyggere. Inderøy har ca 6.700, Verran ca 2.600 og Snåsa ca 2.100 innbyggere. Til sammen har de fire kommunene ca 34.000 innbyggere og dekker et areal på ca 4.900 km².

Initiativet bak samarbeidsprosjektet kom opprinnelig gjennom det såkalte INVEST-samarbeidet mellom kommunene Inderøy, Verran og Steinkjer. Disse tre kommunene hadde i en årrekke samarbeidet om forskjellige oppgaver, først og fremst av administrativ karakter. På noen områder samarbeidet hver av kommunene også med kommuner utenfor INVEST, med varierende deltakelse fra de andre INVEST-kommunene. I dette tilfellet (Inn-Trøndelag DMS) ble INVEST-kommunene supplert med Mosvik og Snåsa. Fra 01.01.2012 ble Mosvik og Inderøy slått sammen til ”nye” Inderøy kommune, slik at det nå er fire kommuner som samarbeider om Inn-Trøndelag DMS.

Ved starten av 2012 er kommunene i gang med fornyet utredning om hvordan de øvrige oppgavene i Samhandlingsreformen skal følges opp og implementeres. Ser man bort fra det allerede etablerte DMS’et, er situasjonen ganske parallell til den i MNS.

3. Interkommunalt samarbeid om Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen er en omfattende helse- og omsorgsreform, med svært ambisiøse mål. For å innfri disse, kreves det også en omfattende **organisatorisk reform**, dels for å etablere nye samarbeidsstrukturer mellom statlige, kommunale og private aktører, men ikke minst for å sette kommunal sektor i stand til å løse sine nye oppgaver.

3.1 Organisatoriske utfordringer knyttet til Samhandlingsreformen

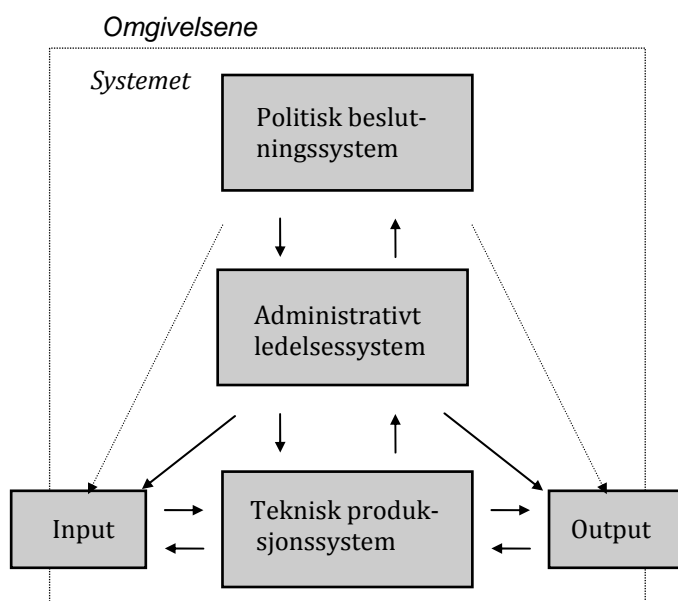
I reformdokumentene sies det eksplisitt at en rekke av de nye oppgavene som kommunene nå får, vil kreve interkommunalt samarbeid. Dette er en radikal endring, for inntil nylig var nemlig interkommunalt samarbeid ikke tillatt for det meste av helse- og

omsorgssektoren. Grunnen var at tjenester med myndighetsutøvelse måtte være under direkte kommunal styring, og mange helse- og omsorgstjenester er jo slike tjenester. Dessuten henger de ulike helse- og omsorgstjenestene ganske mye sammen, og av hensyn til helhet og koordinering både internt og i forhold til brukerne, var de i hovedsak blitt holdt samlet selv om ikke alle utøver direkte myndighetsutøvelse.

Med Samhandlingsreformen endres altså dette. Kommunene pålegges nå ansvar for tjenester som flertallet av kommunene er for små til å løse alene. Derfor endrer man også lovverket slik at det i framtida kan samarbeides interkommunalt om tjenester hvor det utøves myndighet. Fra 2007 har dette vært tillatt i form av såkalt **vertskommunesamarbeid**, og fra våren 2012 kan man også organisere det som **samkommune**.

Føringene i Samhandlingsreformen betyr at oppgavene i helse- og omsorgssektoren i tida framover vil bli delt i en kommunal del og en eller flere interkommunale deler. Resultatet blir mao økt organisatorisk **fragmentering**, som imidlertid neppe kan bestå, gitt det sterke fokus som den samme Samhandlingsreformen setter på **helhetlige og godt koordinerte tjenester**. Når en reform for økt helhet baseres på økt organisatorisk fragmentering, oppstår det altså et paradoks. Dette kan i sin tur bare løses gjennom **reintegrasjon**, men her stilles kommunene overfor nye og krevende utfordringer.

Hittil har interkommunalt samarbeid dreid seg om å flytte ut enkeltoppgaver. Samarbeidet om Samhandlingsreformen gjelder derimot **et stort og sammenvevd tjenestefelt**, hvor oppgaveløsningen nå skal fordeles både på kommunale og interkommunale enheter. Hvordan skal man oppnå sterk og enhetlig styring (integrasjon) av enheter og ansatte når noen tilhører sine respektive kommuner mens andre tilhører interkommunale ordninger?



- Kommunen som system med flere delsystem -

Denne utfordringen melder seg for alle de tre nivåene i systemmodellen som er vist ovenfor. Størrelsen og kompleksiteten i det tekniske produksjonssystemet som Samhandlingsreformen omfatter, krever både et sterkt administrativt ledelsessystem og et sterkt politisk beslutningssystem. Dessuten skal de kommunene som samarbeider om Samhandlingsreformen kunne framstå som en tydelig og handlekraftig enhet i forhold til eksterne parter som helseforetak, fastleger osv. Hvilken organisasjonsform kan ivareta dette på en tilfredsstillende måte, og i samsvar med de intensjonene om helhetlig oppgaveløsning som er nedfelt i reformen?

Det er heller ikke gitt at alle kommuner vil samarbeide om, eller samordne, alle oppgavene med en og samme gruppe (fast geometri). Noen vil kanskje samarbeide med ulike samarbeidspartnere for ulike oppgaver (variabel geometri). De to nye organisasjonsmodellene (vertskommune- og samkommunemodellen) er i utgangspunktet konstruert for ulike valg mht fast eller variabel geometri⁵. Men begge er åpne for tilpasninger, og visse versjoner av de to modellene kan derfor bli ganske like i praksis.

For øvrig viser *integrasjonsteori* at det i samarbeidsordninger kan ligge mekanismer ("snøballeffekt") som trekker/tvinger stadig nye områder inn i samarbeidet og under samarbeidsorganets myndighet (godt illustrert – uten sammenligning for øvrig - av utviklingen i EEC/EU). Og det er nettopp i samarbeid om slike brede og sammenflettede saksområder som Samhandlingsreformen at det iht integrasjonsteori lett oppstår slike sjølfosterkende integrasjonstendenser. I siste instans kan reformen dermed ende med å sette interkommunale samarbeidsordninger i et visst konkurranseforhold til eierkommunene. Skulle dette bli vanskelig å handtere, kan det svekke koalisjonens evne til å etablere og utøve gode strategier mht Samhandlingsreformen, både internt og eksternt.

3.2 Vertskommune som organisasjonsmodell for Samhandlingsreformen

Vertskommunemodellen er i utgangspunktet en modell for interkommunalt samarbeid på enkeltområder. Hvem man samarbeider med kan altså skifte fra oppgave til oppgave om man vil. For hver enkelt samarbeidsoppgave velges det en vertskommune som utfører oppgaven for de andre. I Samhandlingsreformen, hvor det må samarbeides om mange saksområder, trenger det altså ikke å være den samme kommunen som er vertskommune for alle ordningene, og heller ikke de samme kommunene som deltar i de ulike ordningene. Modellen kan med andre ord åpne for at Samhandlingsreformen i en gitt geografi spres på flere samarbeidsordninger, dvs med "varierende geometri".

⁵ "Vertskommunemodellen er utformet med tanke på samarbeid på ett eller noen sektorområder for å løse lovpålagte oppgaver. Samkommunemodellen er også utformet med sikte på å gjøre det forsvarlig for kommunene å løse utførelsen av kommunale kjerneoppgaver, herunder innbyggerrettet tjenesteyting og myndighetsutøvelse, i samarbeid med andre. Det er således et visst overlapp i formålet med de ulike modellene. Samkommunemodellen er imidlertid i større grad enn vertskommunemodellen, tilpasset samarbeid på et bredere og mer sektorovergripende oppgavefelt, der det i betydelig grad overføres beslutningsmyndighet til samkommunestyret fra den enkelte deltakerkommune. Modellen innebærer i stor grad at samkommunen ivaretar politisk styring, samordning og prioritering på vegne av deltakerkommunene." (Prop. 91 L (2010 – 2011) s 316)

Dette ser vi eksempel på i kommunene rundt Steinkjer. På den annen side **kan** disse kommunene rydde opp i denne situasjonen ved å omgruppere til en fast geometri, hvor det er de samme kommunene som inngår i alle aktuelle vertskommunesamarbeid innenfor Samhandlingsreformen. I samarbeid om oppgaver som krever folkevalgt nemnd (KL § 28 c) kan dessuten de samme representantene velges til alle nemndene hvis det blir behov for mer enn en nemnd (dvs hvis oppgavene fordeles på mer enn en vertskommune). Med en slik innretning kan et vertskommunesamarbeid i mange praktiske henseender bli ganske likt en samkommune.

Til forskjell fra Samkommunemodellen er det imidlertid mye opp til kommunene selv å bestemme om deres samarbeidsordninger skal ha **folkevalgt overbygning** eller ikke. KL § 28 c forutsetter folkevalgt overbygning i form av en **folkevalgt nemnd** hvis samarbeidsordningen også delegeres myndighet til å treffe vedtak ” ... **i saker av prinsipiell betydning** (...)”. Men så lenge kommunene selv langt på vei kan avgjøre hvilke saker som skal anses av prinsipiell betydning, kan folkevalgthensynet bli svært ulikt ivaretatt. Kanskje vil noen samarbeidsgrupper definere **alle** sine samarbeidsordninger som **administrative**, og dermed helt unngå folkevalgt nemnd? Mest sannsynlig er det nok at de fleste vil forholde seg til Samhandlingsreformens sterke vektlegging av helhet, sammenheng og politisk forankring, og organisere seg med en eller flere folkevalgte nemnder. Samler de seg om **en** nemnd (dette forutsetter samme vertskommune for alle oppgavene), vil de kunne bli ennå mer lik en samkommune.

Et press i retning av en eller annen folkevalgt overbygning/forankring følger dessuten av anvisningen i Folkehelseloven (2011) om at kommunene skal avklare sine mål og sin innsats på helse- og omsorgsområdet i sin planstrategi og i kommuneplanen⁶. Hvis en stor del av politikkområdet ivaretas gjennom vertskommunesamarbeid, må også det overordnede planarbeidet, som utvilsomt er en sak av ”prinsipiell betydning”⁷, samordnes mellom kommunene. Dette taler klart for en folkevalgt kobling.

I større grad enn for en samkommuneløsning synes det gitt at når en vertskommune tillegges en oppgave, så dreier det seg om full operativ drift, og ikke bare om støttende, koordinerende aktiviteter for en oppgaveløsning som for øvrig drives av deltakerkommunene selv. På et så sentralt saksområde som helse og omsorg er det lite sannsynlig at man lager samarbeidsløsninger uten et felles politisk styringsorgan. Mange faktorer trekker derfor i retning av at vertskommuneordninger innenfor Samhandlingsreformen blir/bør bli organisert med folkevalgt overbygning, uavhengig av om lovverket krever det eller ikke.

⁶ Jfr Folkehelselovens § 6 om mål og planlegging..

⁷ Jfr Plan- og bygningslovens § 11-15 om vedtak av kommuneplan. Her bestemmes at kommunestyret selv vedtar kommuneplanen, dvs at myndigheten ikke kan delegeres. Se også lovens kap 9 om interkommunalt plansamarbeid.

3.3 Samkommune som organisasjonsmodell for Samhandlingsreformen

Samkommunemodellen er (slik departementets høringsutkast skisserer) en modell for et bredt samarbeid mellom en fast gruppe av kommuner. De samarbeidende kommunene etablerer her en "ny" kommune, en **samkommune**, for sitt felles territorium, med styringsorgan som bemannes med valgte representanter fra samarbeidskommunene. Samkommunen er egen juridisk enhet og skal ha både ordfører og administrasjonssjef. Trolig blir det bestemt at de som jobber fast for samkommunen skal være **ansatt** der, og ikke i de respektive deltakerkommunene. Her er det altså gitt allerede i utgangspunktet at samarbeidet skal ha en **folkevalgt overbygning**. Derfor kan kommunene også samarbeide om saker av "prinsipiell karakter". Måten modellen omtales på i Prop 90/91 L til Stortinget (2010 – 2011) viser at lovgiverne mener at den passer godt for Samhandlingsreformen, ikke minst fordi den er tilpasset **helhetlig oppgaveløsning på større saksområder**. Dette er nok riktig, men man er fortsatt avhengig av hvordan kommunene selv velger å bruke modellen i praksis.

Et sentralt spørsmål er i den forbindelse hvor langt kommunene vil gå i å flytte større saksområder over til et **interkommunalt** organ i det omfanget som kreves for oppnå helhetlig (og effektiv) oppgaveløsning for nettopp disse saksområdene. I alle fall om det bestemmes at de som jobber for Samkommunen også skal være **ansatt** der⁸. Flytter man hele saksområder med myndighet og medarbeidere til samkommunen, tømmer man jo deltakerkommunene tilsvarende. For noen kan dette fortone seg uheldig. Gjør man dessuten dette på mange nok saksområder blir den enkelte kommunes gjenværende organisasjon utthulet. Derfor vil nok mange kommuner ønske å beholde flest mulig medarbeidere ansatt i egen kommune. Løsningen kan da bli å la samkommunen kun ta seg av administrasjon, planlegging, koordinering o.l., mens den operative tjenesteytingen utføres av deltakerkommunene. Bemanningen i samkommunen vil da bli tilsvarende begrenset.

Dette antyder at samkommunemodellen kan bli brukt på ulike måter. Man kan f.eks. nøye seg med å legge bare **administrative** fellesoppgaver til samkommunen (IT, regnskap, arkiv osv), samt kanskje visse spesialkompetanser som kommunelege, jurist mv. Man kan også benytte samkommunen som **utrednings-/utviklingsenhet** ("konsulentselskap"). Det er når man vil bruke den som samarbeidsmodell for de store operative velferdstjenestene at problemstillingene nevnt ovenfor først og fremst melder seg. Med Samhandlingsreformen får vi den første store prøvesteinen på om modellen i praksis vil levere den ønskede helhetlige oppgaveløsningen på et stort og politisk sentralt saksområde.

Hva så om samarbeidskommunene skulle nøye seg med å la samkommunen bare bli en **utviklings- og koordineringsenhet** for kommunenes gjennomføring av Samhand-

⁸ KRD's høringsnotat av 26.04.2010 om forslag til lovfesting av samkommunemodellen, uttaler om dette i pkt 7.2 *Samkommunen og forholdet til de ansatte* (side 96): "Som vist i kapittel 3 er det forutsatt at samkommunen vil være et selvstendig rettssubjekt, og at de som jobber for samkommunen skal være ansatt der, med samkommunen som arbeidsgiver."

lingsreformen? Hvis det er viktig å beholde ansatte og oppgaver i egen kommune, kan kommunene f.eks fordele operative fellesoppgaver **seg imellom** i stedet for å legge dem fullt og helt til samkommunen. Ved å la sykeheimen i kommune A bli samarbeidskommunenes spesialenhet for demente, sykeheimen i kommune B deres intermedieære enhet osv. vil man kunne sikre tilstrekkelig befolkningsunderlag for oppgaveløsingen uten å miste ansatte og oppgaver i den enkelte kommune. Dette kan gjøres selv om kommunene er med i en samkommune, og har gitt denne overordnet ansvar for Samhandlingsreformen. Man kan f.eks velge en av følgende løsninger:

- a) Forutsatt at tjenestene ikke omfatter myndighetsutøvelse, kan Samkommunen inngå **avtale** med de respektive kommunene om leveranse av de aktuelle tjenestene. Vi får en bestiller-utførerløsning, hvor kommunene til en viss grad er både på utfører- og bestillersiden. Habilitetsforholdene kan bli utfordrende, kanskje også kontraktsformen som sådan.
- b) Kommunene kan ordne dette ved å etablere vertskommunesamarbeid om de respektive oppgavene. Dermed kan antakelig de fleste ansatte fortsatt være ansatt hvor de er. Dersom det dreier seg om **administrativt** vertskommunesamarbeid (som det ofte vil gjøre), kan man i neste omgang avtale at **samkommunen** tar seg av nødvendig koordinering mellom vertskommunene⁹.

I disse løsningene brukes samkommunen som overordnet ansvarshavende og til å utvikle og koordinere oppgaveløsningen. Slik det er satt på spissen her kan Samhandlingsreformen reise et valg mellom enten å legge hele oppgaveområder til samkommunen (og tømme kommunene for ansatte på disse områdene) eller å etablere en nesten tom og kun koordinerende/planleggende samkommune og la kommunene ta seg av de operative oppgavene, f.eks gjennom vertskommunelignende ordninger hvor det er nødvendig for å sikre kompetanse, kapasitet og kvalitet.

3.4 Overordnede føringer i lovverket

Denne tentative og problematiserende drøftingen av de to modellene for interkommunalt samarbeid, viser at hver av dem kan gi svært ulike ordninger i praksis. Spørsmålet er imidlertid om **de sterke føringene** – og reelle behovene – for å sikre helhet, overordnet planlegging, politisk forankring samt operativ samhandling/koordinering, vil måtte føre til at begge de to modellenes utforming i praksis vil **konvergere**. Hvis dette skulle stemme, kan vertskommunemodellen bli bare en overgangsform på vei mot samkommune når det gjelder Samhandlingsreformen.

⁹ Samkommunen kan **delta** i administrativt vertskommunesamarbeid med kommuner **utenom** samkommunen, men sannsynlig vis **ikke** med kommuner **tilhørende** samkommunen.

4. Strategisk perspektiv på de organisatoriske utfordringene

Samhandlingsreformen er større og mer kompleks enn saksområdene i så vel nåværende oppgaveportefølje hos **MNS** som i **Steinkjers** tidligere interkommunale samarbeidsordninger. Å avgjøre hvilke organisasjons- og ledelsesformer som kan forene mål, ulike hensyn og effektivitet både i **den enkelte kommune** og på **samarbeidsnivå**, krever derfor en viss overveielse. Både i MNS og i Steinkjers vertskommunesamarbeid er man nå i full gang med å utrede hvordan Samhandlingsreformen skal organiseres og gjennomføres.

4.1 Det strategiske perspektivet

I denne utredningen skal vi ikke komme med konkrete forslag til hva som nå bør gjøres i de to samarbeidsordningene. Vi skal i stedet belyse hvordan de organisatoriske utfordringene kan klargjøres og tilrettelegges for den videre beslutningsprosessen. På det nåværende trinn i reformprosessen tror vi det vil være hensiktsmessig å benytte et **strategiperspektiv** for å konseptualisere utfordringene og drøfte de grunnleggende forutsetningene for samarbeidsordningen.

Når man lager en interkommunal samarbeidsordning, etablerer man en **ny enhet** med et bestemt formål som skal innfris. Det strategiske perspektivet søker å klargjøre forutsetningene for at denne (strategiske) enheten skal kunne hevde seg på sin oppgavearena og innfri formålet som er satt for den. Ofte er ikke dette så klart som det bør være. F.eks kan interessentene bak enheten ha sprikende interesser eller målkonflikter, eller de kan mangle evne eller vilje til å gi enheten de nødvendige ressurser.

De interkommunale enhetene som nå er i ferd med å bli opprettet for å ivareta oppgaver knyttet til Samhandlingsreformen, har nok ofte uklare forutsetninger og mål. Ut fra det som er nevnt foran, kan interessentene av ulike grunner opprette flere formelle enheter (vertskommunesamarbeid), hvor det egentlig kunne ha vært bare *en*, og som man egentlig ønsker skal fungere som *en*. Og deres innsats skal avstemmes ikke bare med disse andre interkommunale enhetene, men også med oppgaver som utføres i kommunene. På sett og vis inngår de i et **lagspill**, hvor egne strategier må relateres til (summen av) de andres. Det behovet som da oppstår for en **enhetlig lagledning** blir bare delvis innfridd i de to samarbeidene vi ser på her. I MNS har man riktig nok en klar ledelsesstruktur for det som MNS har ansvar og myndighet for å ivareta. Men i Samhandlingsreformen skal en rekke oppgaver også ivaretas av kommunene, hvor MNS i prinsippet ikke har noen myndighet, men må **forhandle** om bidrag og tilslutning til "lagets" strategi for Samhandlingsreformen.

Som vi har pekt på tidligere kan det da være mulige motsetninger mellom deltakerkommunene og samarbeidsordningen(e). Samhandlingsreformen tvinger i realiteten mange kommuner inn i samarbeidsordninger, fordi de er for små til å løse noen av oppgavene selv. Noen av dem vil kunne frykte at samarbeidsordningene vil tappe dem både for oppgaver, ansatte og sjølstendighet, selv om de deltar i styringen av dem. Satt på spissen kan kommunene i slike tilfeller fristes til å handle mer ut fra egne stra-

tegiske interesser enn ut fra den nye samarbeidsordningens interesser når veivalg for dennes oppgaveløsning besluttes.

Slike problemstillinger kan forventes å være mer aktuelle i Steinkjers vertskommunesamarbeid enn i MNS, fordi det på nåværende tidspunkt er et løsere samarbeid, med langt løsere styringsstruktur.

Denne drøftingen ut fra et strategisk perspektiv viser at de to samarbeidene om Samhandlingsreformen er vanskelig å definere som strategiske enheter. Det er vanskelig å identifisere noen klar organisatorisk enhet hverken for de interkommunale samarbeidsordningene eller for de samlede konstellasjonene ("lagene") av kommuner og interkommunale samarbeidsordninger som nå skal "rulle ut" Samhandlingsreformen i sine respektive områder. De potensielle interessekonfliktene mellom kommunene og samarbeidsordningene tilsier at det også vil kunne bli konflikt mellom mål og middel, dvs mellom hva som er best for å møte innbyggernes helse- og omsorgsbehov på en effektiv måte og hvordan oppgaveløsningen skal organiseres, fordeles, lokaliseres osv. Ut fra ovenstående, og på grunn av feltets størrelse og kompleksitet har de to samarbeidskonstellasjonene om Samhandlingsreformen et visst preg av nettverksorganisasjon. Det synes å være behov for sterkere sentralitet i begge, men mest i Steinkjers vertskommunesamarbeid.

Nedenfor tar vi opp noen problemstillinger relatert til det strategiske perspektivet for MNS og Steinkjers vertskommunesamarbeid respektive.

4.2 MNS

MNS er opprettet av et koalisjonssystem av fire sjølstendige kommuner for å løse felles oppgaver. Som nevnt har den også fått i oppdrag av deltakerkommunene å utrede og implementere Samhandlingsreformen for dem, og det er dette som tas opp her.

MNS er formelt sett en veldefinert enhet, med egne styringsorgan. Men samtidig kan det synes som om MNS bare er en slags **hjelpenhet** for de fire deltakerkommunene, og styrt av dem. I en viss forstand kunne vi satt "MNS" (= de fire kommunene + MNS), som den **egentlige** strategiske enheten. Dette kan imidlertid endres gjennom Samhandlingsreformen, ved at føringer i reformen og de to organisatoriske modellene driver fram en sterkere rolle for MNS enn hva medlemskommunene kanskje har sett for seg. Den omfattende tjenesteintegrasjonen på tvers av kommunene som antas å følge med Samhandlingsreformen kan være en driver for dette. I så fall kan MNS bli tydeligere som strategisk enhet, men samtidig utfordre kommunene i koalisjonen hvis det går på bekostning av dem.

Å bestå som sjølstendige kommuner er en sentral **forutsetning** for de fire kommunenes samarbeid om MNS. Men samtidig er det også en sentral **begrensning**. Dvs, MNS skal ivareta det enkeltkommunene er for små til å løse hver for seg (så de fort-

satt kan bestå), men ikke overta så mye at enkeltkommunenes sjølstendighet utfordres, eller at det blir vanskeligere å sikre helhetlig oppgaveløsning i **egen kommune**.

Her er det altså motstridende hensyn som må avveies, i selve kjernen av samarbeidet. Et viktig moment er her om det å overlate oppgaver til MNS også betyr at tilhørende **ressurser** og **ansatteforhold** flyttes til MNS. I så fall vil man kanskje heller vurdere å lage fellesløsninger som ikke medfører ressursoverføring til MNS, med MNS kun som koordinerende enhet? Lar dette seg gjøre i forhold til formelle og praktiske hensyn, og vil det ivareta Samhandlingsreformens mål og føringer om helhet og sammenheng i oppgaveløsningen?

Styringsorganene i MNS vil være viktige møtesteder for å avklare slike interessekonflikter. Disse organene er altså også en **politisk arena** for koalisjonens medlemmer, hvor det bl.a forhandles om MNS's rolle kontra en i prinsippet konkurrerende kommunal egenrolle, og bak dette: kommunenes sjølstendighet. Som styringsorgan for et MNS som har fått i oppdrag å utrede og implementere Samhandlingsreformen har de imidlertid også ansvar for at **reformen som sådan** blir vellykket gjennomført, til beste for innbyggerne.

I den pågående utredningen om Samhandlingsreformen deltar også to kommuner som ikke er med i MNS. Hvis disse kommunene fortsatt skal være samarbeidsparter når Samhandlingsreformen iverksettes, må de enten bli med i DMS, eller det må opprettes et vertskommunesamarbeid mellom MNS og disse kommunene. I departementets høringsutkast legges det imidlertid til grunn at samkommunen kun kan inngå **administrativt** vertskommunesamarbeid med andre kommuner, noe som antas problematisk i dette tilfellet, gitt det helhetlige omfanget i Samhandlingsreformen. Bli de to andre kommunene med i MNS, må de også bli med i de andre samarbeidsordningene som inngår.

I Stortingsmeldingen om Samhandlingsreformen pekes det som nevnt på at det kreves ganske store samarbeidsområder for noen av de nye kommunale oppgavene, f.eks inntil **20 – 30.000 innbyggere** for lokalmedisinske sentra¹⁰. På andre områder antydes det lavere krav. I MNS gis det like vel uttrykk for at den delen av dette nye **samhandlingsområdet** ("1,5 nivå"- området) som krever innsats fra MNS, kan bli relativt liten. Man mener at hovedtyngden av oppgaveløsningen (fortsatt) vil kunne utføres på kommunalt nivå, og at bare koordinering og de mest spesialiserte funksjonene trenger å legges til MNS. Det lokalmedisinske senteret må man imidlertid mest sannsynlig etablere som en **MNS-enhet**, trolig i en samarbeidsløsning med sykehuset i Namsos.

¹⁰ St.meld nr 47 (2008 – 2009) *Samhandlingsreformen*: "Erfaringer fra ulike samhandlingstiltak, viser at det er hensiktsmessig med en befolkningsmasse på kanskje helt opp til om lag 20 000 – 30 000 innbyggere for å sikre effektiv og god drift av døgnplasser som inkluderer observasjon, utredning, etterbehandling og lindrende behandling." (s 64)

Muligheten til å organisere nye spesialiserte funksjoner (med krav til befolkningsgrunnlag) som en slags nettverkløsninger basert på ansatte i enkeltkommunene, forutsetter at **oppgavenes struktur** passer for dette. Hvis oppgavene derimot krever **sentralisering** til ett sted (som f.eks. en felles sykeheim for demente, eller fordi oppgaven krever samlokalisering med andre sentraliserte oppgaver), blir nettverkløsninger vanskelige. Som nevnt tidligere vil man da kunne la kommunene fordele de sentraliserte oppgavene mellom seg. Hvis man altså ikke vil legge slike oppgaver inn under MNS (med den følge at ansatte må overføres til MNS), må man organisere dem som en annen type interkommunal ordning, f.eks. vertskommunesamarbeid hvis det omfatter myndighetsutøvelse. Samhandlingsreformens oppgaver blir i så fall fordelt både på en samkommune, et antall vertskommunesamarbeid og de enkelte kommunene. Det er antakelig grenser for hvor mange ulike ordninger man bør ha på et område som Samhandlingsreformen, hvor hensynet til helhet, koordinering og effektivitet står i sentrum. Dessuten bør **det organisatoriske bildet** helst være enkelt og oversiktlig både for brukere, ansatte, ledere og de folkevalgte for å oppnå god samhandling.

Et forhold som ganske sikkert også har strategisk betydning for de fire kommunene i MNS, er forholdet til sykehuset i Namsos. Sykehusstrukturen er under kontinuerlig vurdering, og å sikre et godt sykehusstilbud (med tilhørende arbeidsplasser) i Namsos i framtida er av vital interesse for MNS-kommunene. Gjennom Samhandlingsreformen åpnes muligheten til å etablere nye samarbeidsordninger mellom de fire kommunene og sykehuset, og dermed styrke sykehusets forankring i Namsos. Slike overordnede strategiske hensyn vil imidlertid i gitte situasjoner kunne gå på bekostning av hva som isolert sett er best for oppgaveløsningen i Samhandlingsreformen. De kan også gi bestemte bindinger til Helseforetaket i NT som slår over i de andre avtalerelasjonene man har seg imellom om Samhandlingsreformen, og skape asymmetriske maktforhold. Dette er nok en generell problemstilling for alle kommunesamarbeid med sykehus lokalisert på sitt område, kanskje også for de med ønske om desentraliserte sykehusstilbud (slik som i Steinkjer).

De momentene som her er påpekt om MNS fra et strategisk perspektiv, må ses i sammenheng med de mer generelle vurderingene i pkt 4.1 foran.

Til slutt kan nevnes at det også er en **ledelsesmessig** problemstilling knyttet til spørsmålet om MNS kun skal ha en koordinerende rolle i Samhandlingsreformen med få egne ansatte, eller om den skal ha en tung utøvende rolle med mange egne ansatte. Etter hvert vil det oppstå behov for å plassere **resultatansvar** hos noen for den felles oppgaveløsningen i Samhandlingsreformen, både mht mengde, økonomi og kvalitet. Den som skal ha et slikt ansvar vil trolig kreve å ha en viss direkte styring med innsatsfaktorene og prosessene. Plassering og utforming av en slik ansvars- og myndighetsposisjon bør være en viktig faktor når organiseringen av oppgaveløsningen på tjenestenivå overveies.

4.3 Steinkjers vertskommunesamarbeid

Steinkjers vertskommunesamarbeid om Samhandlingsreformen har ikke den faste interessentkonstellasjonen som MNS har. Det ene konkrete samarbeidet som så langt er etablert, utgjør riktig nok en formell enhet, organisert som vertskommunesamarbeid iht Kommunelovens § 28c, dvs med overordnet styring av en folkevalgt nemnd. Men foreløpig er det bare noen av elementene i Samhandlingsreformen som inngår i dette samarbeidet, i hovedsak et felles distriktsmedisinsk senter. Kommunene er riktig nok i gang med å utrede samarbeid om nye deler av Samhandlingsreformen under paraplybetegnelsen **Helsesamarbeidet i Inn-Trøndelag**, men har ennå ikke tatt stilling til hvilket omfang evt nye samarbeidsordninger skal få, eller hvordan de skal organiseres. De fire kommunene er hver for seg involvert også i andre interkommunale samarbeidsordninger med litt ulike og ikke alltid felles kommunekonstellasjoner, også på helse- og omsorgssektoren.

Steinkjer er vesentlig større enn de andre kommunene. Med sine vel 21.000 innbyggere er Steinkjer dessuten over den størrelsen som er angitt som grense for å kunne håndtere Samhandlingsreformen på egen hand. Det er derfor ikke primært funksjonelle behov som gjør at Steinkjer velger interkommunalt samarbeid for innføring av Samhandlingsreformen. Grunnen er først og fremst det regionalpolitiske samarbeidet Steinkjer en tid har hatt med to av kommunene, Inderøy og Verran, i det såkalte INVEST-samarbeidet. Det var da også her samarbeidet om Samhandlingsreformen startet. Snåsa kommune, som ikke er med i det bredere INVEST-samarbeidet, kom med på et senere tidspunkt. Tradisjonelt har Snåsa vært rettet mot Indre Namdal i sine samarbeidsrelasjoner, og har fortsatt noen slike, men har de senere årene orientert seg mot Steinkjer.

Det som er nevnt om forutsetninger og begrensninger for samarbeidet i MNS (pkt 4.2) gjelder i utgangspunktet også for Steinkjers samarbeidskommuner, men ikke for Steinkjer, som kan løse oppgavene selv. Hvis de 3 mindre kommunene insisterer på at vertskommunerollen skal fordeles på alle, vil imidlertid Steinkjer miste den enhetlige styringen de ville hatt ved å løse oppgaven selv. I motsetning til MNS har samarbeidskonstellasjonen heller ingen fast organisatorisk enhet med tilhørende administrasjon som kan ha overordnet styring. Som nevnt i pkt 3.1 kan slike fragmentariske løsninger neppe bestå over tid. Når samarbeidet får et visst omfang vil det derfor oppstå et behov for sentral koordinering og ledelse, og for at noen har **resultatansvar** for dette viktige saksområdet.

Velger man likevel å fordele vertskommuneansvaret på **flere** kommuner, må det etableres (minst) en folkevalgt nemnd for hver vertskommune. De respektive nemndene kan imidlertid bemannes med de samme representantene (gjennomgående representasjon), slik at man i praksis får en felles nemnd på tvers av de fire kommunene.

Hvis det er vekslende deltakelse i de ulike ordningene (hvis noen av de fire ikke deltar i alle, eller at andre deltar i noen) blir dette mer komplisert. Representanter for kom-

muner som deltar bare i noen ordninger, kan nemlig ikke være med i en nemnd som også tar beslutninger om ordninger de ikke deltar i. Med skiftende kommunedeltakelse i samarbeidsordningene (variabel geometri) vil man altså øke antall nemnder (hvis det altså dreier seg om KL §28 c oppgaver, som krever folkevalgt nemnd,). Dessuten kan det komplisere den forutsatte overordnede planleggingen iht Plan- og bygningsloven.

Velger kommunene et samarbeid hvor bare de fire er med og med bare *en* vertskommune og *en* nemnd, legger de til rette for en helhetlig og godt koordinert oppgaveløsning. Med en slik utforming vil en vertskommuneløsning faktisk ikke være så ulik en samkommuneløsning. Velger de derimot en ordning med ulik kommunedeltakelse i de ulike ordningene, samt fordeling av oppgavene på mange vertskommuner, blir utgangspunktet tilsvarende dårlig mht helhet og koordinering. Man kommer imidlertid ikke utenom å lage en **overmyndighet** som kan ta beslutninger når samordning ikke lar seg løse på lavere nivå. Det er ikke uten videre gitt hvordan dette kan gjøres i en ordning med mange vertskommuner, når det gjelder operativ drift. Kanskje er det denne typen problemstillinger som ligger bak myndighetenes anbefaling om samkommuneorganisering for helhetlig oppgaveløsning av type Samhandlingsreformen.

Foreløpig synes Steinkjers samarbeid om innføring av Samhandlingsreformen som forholdsvis uklart, både mht innhold, mål og omfang. I strategisk perspektiv dreier det seg om en koalisjon av én stor kommune og tre som er vesentlig mindre, av tre INVEST-kommuner og én som er utenfor. Dette kan i seg selv være krevende. Ut fra dette er det vanskelig på nåværende tidspunkt å definere Steinkjers vertskommunesamarbeid om Samhandlingsreformen som noen klar **strategisk enhet**. Dels fordi man selv tilsynelatende ikke helt oppfatter ordningen som noen fast enhet med klar identitet, klare mål, klar myndighet og klart ansvar, og dels fordi man heller ikke har et organisatorisk rammeverk som beforder dette. Samarbeidet synes fortsatt å være i en prosjekt-/ad hoc fase, selv om enkelte element som Innherred DMS er godt forankret og i god drift.

5. Konklusjon

I denne rapporten er det med utgangspunkt i Steinkjers og MNS sitt arbeid med å utrede og implementere Samhandlingsreformen, sett på utfordringer knyttet til å etablere de interkommunale samarbeidsordningene som følger med reformen. Både Steinkjer og MNS var tidlig ute med å ta i bruk de to nye modellene som myndighetene anviser for samarbeid som inkluderer myndighetsutøvelse. Den sammenlignende drøftingen som her er gjort av de to organisasjonsmodellene, viser at de mest sannsynlig vil konvergere mot en samkommunelignende form når de skal tilpasses Samhandlingsreformens føringer om helhetlig oppgaveløsning. Det er vist at samkommunemodellen i utgangspunktet kan gis mange konfigurasjoner, men at de nevnte føringene trolig vil gi gjennomslag for den opprinnelig intenderte, helhetlige formen.

Med utgangspunkt i et strategisk perspektiv er det pekt på at det reiser spesielle utfordringer å legge ut store og sammenvevde saksområder til interkommunale ordninger. Av frykt for at sentrale oppgaver og ansatte flyttes fra kommunene til den interkommunale ordningen, kan hovedinteressentene bak ordningen (kommunene) komme til å se den som en trussel mot sin egen status og funksjonsevne. Resultatet kan bli både komplisert og lite effektiv eller tjenlig for dem som Samhandlingsreformen er ment for.

Uansett kan det konkluderes med at Samhandlingsreformen er en usedvanlig stor og kompleks utfordring for kommunene.

Samhandlingsreformen som avtalebasert samarbeid

Kontraktsmessige utfordringer

Jan Ole Similä, PhD, førsteamanuensis, HiNT

1. Innledning

Samhandlingsreformen har som mål å gi pasienten rett behandling, på rett sted til rett tid (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Det argumenteres for mer helhetlig tenking og samordnet innsats av helse- og omsorgstjenestene i Norge. Det er særlig pasientens behov for bedre koordinerte tjenester, og samfunnsøkonomiske utfordringer reformen tar sikte på å håndtere. Reformen innebærer i praksis en forskyvning av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten. Kommuner og fastleger vil få et større ansvar for helsetjenesten, noe som innebærer nye kompetansekrav, og krav til organisering og ledelse i primærhelsetjenesten. I Stortingsmeldingen tas det til orde for at reformen vil kreve at mange kommuner må etablere et samarbeid med andre for å kunne løse de nye oppgavene.

Det legges videre sterk vekt på at det skal utvikles et **forpliktende** samarbeid mellom tjenestenivåene og **innad** i de ulike tjenestene. *"Regjeringen vil lovfeste et krav til at kommuner/samarbeidende kommuner og helseforetak skal inngå samarbeidsavtaler"* (s 77). Avtalene skal vise fordelingen av oppgavene og hvordan samarbeidet skal foregå. Et viktig mål med avtalene er å sikre at det ikke oppstår uklarhet om ansvars- og oppgavemessige forhold. I omtalen av kravet om etablering av samarbeidsavtaler, kan man merke seg at det er avtalen mellom *"kommuner og tilknyttede helseforetak"* (s 77), som omtales. Samtidig vet vi at pasientrettighetsloven § 2-4 hjemler fritt sykehusvalg i Norge, slik at avtale bare med det lokale helseforetaket ikke er nok.

Samhandlingsreformen representerer ikke noe revolusjonerende nytt, slik man kunne få inntrykk av gjennom den politiske retorikken i forbindelse med lanseringen av reformen. Partnerskapstenkingen kom for alvor inn i offentlig sektor allerede gjennom Tony Blairs politiske manifest "The third way" i 1997, hvor det i Storbritannia ble gjennomført en reform med tanke på at offentlige etater på ulike nivå skulle samarbeide om å løse komplekse sosiale problemer – såkalt 'joined-up government' (Driver og Martell 2000). At partnerskapstenking ble ansett som viktig, understrekes ved at det i 2001 ble etablert en egen "strategic partnership taskforce" direkte underlag visestatsministeren, som skulle bidra med hjelp i forhold til å forbedre tjenestene produsert via partnerskap (Hardy, Hudson og Waddington 2003). Også i USA er partnerskap et verktøy for å løse utfordringene i offentlig sektor, og helsevesenet spesielt (Lasker, Weiss og Miller, 2001).

Audit Commission, som har som en viktig oppgave å fremme den beste bruken av offentlige midler i Storbritannia, publiserte i 1998 et omfattende dokument - en veileder i hvordan man skal gripe an utfordringer med partnerskap, "A fruitful partnership – ef-

fective partnership working”, hvor de bl.a. skriver: *“Working in partnership with other organisations is a critical task for councils, police force, health authorities and NHS trusts. [...] Partnership working is a potentially powerful tool for tackling difficult policy and operational problems that local agencies face”* (s 5). De skriver videre at det er utfordrende å få partnerskap til å fungere godt, og at det derfor er en svært krevende ledelsesmessig oppgave. Når det så kommer til effektene av partnerskap, skriver man at *“...the quality and cost effectiveness of services can be significantly improved when organisations work well together. Service users recognise this”* (s 5). At samhandling er en god og effektiv løsning vet man i Norge allerede før reformen er iverksatt. I forbindelse med lanseringen av Stortingsmeldingen som varslet Samhandlingsreformen i Norge, uttalte nemlig helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hansen om etableringen av distriktsmedisinske sentere, at *“Dette er bra for pasienter, for pårørende og et mer effektivt alternativ for helsevesenet”* (Pressemelding nr. 103/09).

Etableringen av distriktsmedisinske, eller lokalmedisinske sentere, representerer ett av svarene på samhandlingsutfordringene mellom de ulike forvaltningsnivåene i helsevesenet, som tas opp i Stortingsmelding nr. 47. I dette notatet skal vi bruke det relativt nyetablerte distriktsmedisinske senteret i Inn-Trøndelag (DMS Inn-Trøndelag), lokalisert i Steinkjer, som eksempel/case for å utdype de kontraktmessige utfordringene som er antydnet ovenfor.

Det som opptar oss i dette caset, er hvordan samhandlingsaktørene nærmer seg utfordringen knyttet til kontraktsreguleringen av samarbeidet. Det er et par trekk ved Samhandlingsreformen som er av særlig interesse, og det er:

- a) Tvangsmessig samarbeid, hvor det normale ellers er at samarbeid bygger på **frivillighet**. I prosessen med etablering av samarbeid mellom ulike parter, vil det normalt være en diskusjon omkring behovet for partnerskapet, mål, forpliktelser og hvilke ressurser man skal bidra med. Det som ellers representerer den harde kjernen i frivillige samarbeid, er at partnerne har **tillit** til hverandre.
- b) Tvangsmessig kontraktsetablering, hvor det juridiske kontraktsperspektivet normalt bygger på privatrettslige prinsipper, hvor *“kontrakten bidrar til å konstituere et samarbeid [hvor] kontraktsinngåelsen er en **frivillig handling og et fritt valg**, og på samme tid en frivillig oppgivelse av frihet”* (Ghestin 2002:102-103).

Utfordringen ved å studere etableringen av DMS Inn-Trøndelag, er at partene i dette tilfellet selv søkte et samarbeid mens Samhandlingsreformen var på utredningsstadiet. Vi kan dermed ikke si at DMS Inn-Trøndelag er et tvangsmessig samarbeid, og at man er tvunget til å kontraktsregulere forholdet. På den andre siden har partene vært klar over at det ville komme en reform, og slik sett ønsket man å få et forsprang på resten, ved å gjennomføre et modellforsøk. Det tvangsmessige elementet vil dermed ikke være like fremtredende i dette caset, som for de samarbeidskonstellasjoner som kommer når reformen iverksettes pr. 1.1.2012.

2. Teoretisk bakteppe

Det vil være mulig å reflektere over de kontraktmessige forholdene knyttet til Samhandlingsreformen med utgangspunkt i ulike teoretiske referanserammer. Reformen bygger på at det skal etableres samhandling mellom ulike enheter i helseforvaltningen, hvor man i fellesskap skal bidra til bedre tjenester for brukerne og reduserte kostnader for staten. Dette henleder oppmerksomheten mot partnerskapstenkningen. Samtidig står det klart at forholdet mellom partnerne skal avtalereguleres, noe som henleder oppmerksomheten til kontraktsteori. I dette caset, vil det kort bli stilt opp et teoretisk bakteppe, som leseren kan ha med seg når vi går inn i caset. Først litt om partnerskap og dernest litt om kontraktsteori.

2.1 Partnerskap

Hvordan beskrive et partnerskap? I litteraturen kan vi se at det er et stort mangfold av innfallsvinkler til partnerskapsbegrepet. Casey (2008) skriver at partnerskapet aktualiserer seg gjennom en relasjonell prosess, og karakteriseres ved at partnerne deler noen målsettinger, har felles formål, at det er gjensidig respekt og vilje til å forhandle og samarbeide, dele informasjon, samt etablere en felles beslutningsprosess. Mange stopper kanskje prosessen med å definere partnerskapet ved nettopp en slik beskrivelse, men da risikerer vi fortsatt at ulike aktører har ulik forståelse av hva som ligger i partnerskapsbegrepet. Casey (2008) refererer to svært ulike definisjoner:

- a) Partnerskap er en relasjon som involverer deling av makt, arbeid, støtte og/eller informasjon med hverandre i arbeidet med å oppnå felles mål og/eller gjensidige fordeler (Kernaghan 1993, referert i Casey 2008).
- b) Partnerskap er en situasjon hvor det gjøres forsøk på å bygge tette, langsiktige koblinger mellom organisasjoner, som vil opprettholde hver sine særpreg, men allikevel ønsker å jobbe tett sammen (Boddy et al. 2000, referert i Casey 2008).

Den første definisjonen er mer krevende for de samarbeidende virksomhetene enn den andre, da man er tydeligere på funksjonaliteten i samarbeidet. Man tvinges til å diskutere hvordan makt, arbeidet, og informasjon skal deles, og man tvinges til å være tydelige på hva som er felles mål, eventuelt hvor man kan hente ut gjensidige fordeler med samarbeidet. Den andre definisjonen kan betraktes på nivå med gode intensjoner, hvor man uttrykker et ønske om å samarbeide, men at man strengt tatt ikke er avhengige av å samarbeide for å nå de mål den enkelte organisasjon har.

Makt som konsept har vært nyttet til å beskrive/typologisere partnerskap. Casey (2008) viser bl.a. til en typologisering av Kernaghan (1993) som kan være nyttig i forhold til å reflektere over egen forståelse av partnerskapsbegrepet – se tabell 1. Her kan vi se partnerskapsbeskrivelser som spenner fra resultatorienterte partnerskap til liksom-partnerskap.

Type partnerskap	Karakteristika
Kollaborativt partnerskap	Samler ressurser, slik som penger og informasjon. Hver partner deltar aktivt i beslutningsprosessen. Partnerskapet kan være bygd på gjensidig avhengighet, felles mål, og konsensus. Partnerne bringer like mengder ressurser inn i beslutningsprosessen, hvor det er en opplevelse av balanse i maktforholdet.
Operasjonelt (produksjonsorientert) partnerskap	Tydeliggjøres gjennom handling fremfor via beslutningsmakt. Deling av ressurser. Makten utøves av en part. I denne typen partnerskap er det ikke gitt at alle parter fremstår som like myndiggjort (empowered), men de kan være svært effektive og ha mer fokus på produksjon.
Bidragsbasert partnerskap	Krever ikke aktiv deltakelse av alle parter i beslutningsprosessen. Organisasjonene er enige om å bidra økonomisk, men er lite involvert i det operative.
Konsulterende partnerskap	Har form som et rådgivende organ hvis hovedoppgave er å gi råd ift ulike policy tema.
Liksom partnerskap	Normalt etablert av en offentlig sektor organisasjon for å samle ulike interesser. Det sannsynlige resultatet er at man mister innflytelse.

Tabell 1: Typer av partnerskap (Kilde Kernaghan 1993, referert i Casey 2008)

En utfordring i helsevesenet, som Casey (2008) peker på, er at man må ha fokus på mekanismer for **integrasjon** av ulike tjenester. Integrasjon innebærer et nært samarbeid mellom ulike tilbydere av helsetjenester. Det er nettopp behovet for større grad av integrasjon mellom ulike forvaltningsnivå som beskrives som en viktig utfordring i Samhandlingsreformen. Går man langt nok i integrasjonstenkingen, vil man nærme seg hierarkiet, mens det andre ytterpunktet vil ligge nært en markedsløsning.

Når det gjelder organiseringen av partnerskap, beskriver Audit Commission fire hovedmodeller, som vist i tabell 2. Her ser vi alt fra etableringen av et eget nytt rettssubjekt til en relativt uformell organisering. Det som trekkes frem, uavhengig av valg av organiseringsform, er etableringen av et styre eller en styringsgruppe, som alle partnere oppfatter som et legitimt beslutningsorgan.

Organisering	Karakteristika
Separat organisasjon	Partnerne etablerer en ny organisasjon, som representerer et nytt selvstendig rettssubjekt.
Virtuell organisasjon	Partnerne etablerer et partnerskap med en separat identitet, uten å etablere det som et nytt rettssubjekt. Organisasjonen fremstår som uavhengig, med eget navn, logo og stab som forholder seg til partnerskapet fremfor mor-organisasjonene. Rent formelt ansettes imidlertid staben av en av partnerne. Dette er imidlertid en modell som kan bidra til at ansvar og ansvarlighet forblir uklart.
Samlokalisering av personell fra partnerorganisasjonene	Representerer en mindre formell organisering, hvor personell fra de ulike partnerne arbeider sammen omkring en felles agenda. Normalt er det etablert en egen styringsgruppe. Noen ganger kan man i slike organisasjoner samle noen ressurser, men personene vil alltid være under ledelse av den organisasjonen som har ansatt dem. Dette er et partnerskap som ikke er avhengig av en sterk, selvstendig identitet.
Styringsgruppe uten en dedikert stab	Dette er den enkleste og minst formell av de fire modellene. Det er et partnerskap som kun består av en styringsgruppe, uten en egen stab og uten eget budsjett. Dette kan være en modell som egner seg for å koordinere aktivitet på tvers av organisasjonsmessige grenser. Denne modellen vil ikke være særlig effektiv uten at medlemmene i styringsgruppen har stor autoritet inn i egne organisasjoner.

Tabell 2: Organisering av partnerskap. (Kilde Audit Commission)

Til slutt kan vi kort skissere parametere som nyttes som utgangspunkt for å evaluere partnerskap. Det er kun hovedparametrene som angis, da det vil føre for langt å gå inn på detaljene. Når vi presenterer dette, har det sammenheng med at det bidrar til å gi et nærmere innblikk i hva som oppfattes som sentrale elementer man bør ha et forhold til når man jobber i partnerskap. I evalueringen av partnerskap er man opptatt av følgende (Hardy, Hudson og Waddington (2003):

- *Avklaring av behovet for partnerskapet*
- *Klarhet og realisme ift målsettingen*
- *Forpliktelse og eierskap*, som bl.a. innebærer at partnerskapet ikke hviler på engasjementet hos enkeltpersoner, men er institusjonelt forankret
- *Tillit*
- *Klare og robuste partnerskapsarrangementer*, som bl.a. innebærer at det er klarhet omkring økonomiske og andre ressursmessige spørsmål. At det er klarhet omkring partnernes ansvar, og hvem som står ansvarlig i forhold til de resultater som skal produseres. Videre at man i partnerskapet har fokus på prosess, resultater og utvikling.
- *Overvåking, måling og læring*, dreier seg bl.a. om at man har identifisert suksesskriterier både når det gjelder de oppgaver som skal løses, og for partnerskapet i seg selv. Videre at man har utviklet et klart måle- og kontrollregime, og et system som sikrer at man kan hente ut læringsmessige gevinster av de data som genereres.

2.2 Kontraktsteorien

Kontraktualiseringen av relasjoner bidrar til at vi utenfra sett, etablerer bestemte måter å betrakte relasjonen på. Innenfra bidrar kontrakten til å strukturere relasjonen mellom aktørene. I det ligger at når vi omtaler forholdet som en kontrakt, så påvirker dette atferden som rettes mot og i relasjonen, i retning av utøvelse av det vi kan benevne som **kontraktsatferd**. Collins (2002) peker på fire dimensjoner i den kontraktuelle relasjonen som bør være gjenstand for refleksjon; *Hva er verdsatt atferd* – hva er avtalt, hva er forventet?; *Hvilken bytteverdi har avtalen for partene* – økonomisk, behovstilfredsstillelse?; *Hvilke parter avgrenser kontrakten seg til* – atomisering?; *Påvirker kontrakten maktforholdet mellom partene, og evt. hvordan?*

Vi kan beskrive den kontraktuelle relasjonen som et avgrenset kommunikasjonssystem med spesielle særtrekk. Det er imidlertid også viktig å tenke på at kontrakten alltid fungerer innenfor rammen av en bestemt sosial kontekst. Ulike sammenhenger kontrakter etableres innenfor, vil derfor påvirke den kontraktuelle relasjonen. Collins skriver følgende:

”This influence between contract and context is often described by the insistence that contractual relations always remain ‘embedded’ in the social practices and norms from which they arise.” (s 25)

Her kan man godt tenke seg at det vil være forskjeller på hvordan kontrakter oppfattes i ulike bransjer, og at det derfor vil være forskjeller på hvordan man nærmer seg en kontrakt for eksempel i oljebransjen og i helsevesenet.

Når det gjelder kontraktstilnærminger, beskrives det innenfor kontraktsteorien en **hard** og en **myk** kontraktstilnærming. Walker og Davis (1999) omtaler den harde og den myke tilnærmingen til kontrakter som ytterpunkter på et kontinuum. Den harde tilnærmingen, som også omtales som den klassiske tilnærmingen, den diskrete tilnærmingen, og den transaksjonsorienterte tilnærmingen, går ut fra at man betrakter transaksjonen som en kontrakt bygd opp rundt diskrete økonomiske bytteforhold som behandles formelt (s 20). Den myke, relasjonsorienterte tilnærmingen inneholder elementer, som langvarige sosiale relasjoner mellom kontraktspartene, gjensidig tillit, interpersonlige bindinger, forpliktelse i forhold til spesielle parter, altruisme og samarbeid omkring problemløsning (s 21).

Teorienes kjerne er knyttet til atferdsantakelsene, og hvordan disse bidrar til å påvirke relasjonen mellom ulike aktører. Atferdsantakelsen i den harde kontraktstilnærmingen går i retning av kjerneantakelsen i *agent-teori*, hvor agenten betraktes som en egeninteresse-forfølgende, nyttemaksimerende opportunist, eller som Woodbine og Taylor (2006) skriver, en *psykologisk egoist*. I den harde tilnærmingen bygges forholdet mellom partene på at man antar at den andre parten vil opptre opportunistisk dersom muligheten skulle by seg. I et slikt forhold vil vi se at tillit er erstattet med begrepet **kalkulert risiko**. Atferdsantakelsen i den myke kontraktstilnærmingen, går i retning av kjer-

neantakelsen i *stewardship teori*, hvor stewarden (agenten) har en atferd som er rettet inn mot organisasjonen, hvor en kollektivistisk atferd antas å gi større nytte enn en individualistisk atferd, og da hvor stewarden er opptatt av å bidra til størst mulig nytte for organisasjonen (Davis, Schoorman og Donaldsen, 1997). I den myke tilnærmingen bygges relasjonen mellom partene på **tillit**.

Situasjonsmessige faktorer som skiller den harde og den myke tilnærmingen, går bl.a. på at man i den harde kontraktstilnærmingen vil se en kontrollorientert tilnærming til ledelse, mens man i den myke tilnærmingen vil se en involveringsorientert ledelse. Den kontrollorienterte tilnærmingen skiller klart mellom planlegging og kontroll, og gjennomføring av oppgavene, mens den involveringsorienterte tilnærmingen i sterkere grad vektlegger egenkontroll og selvledelse, og derfor ikke skiller mellom planlegging, kontroll, og gjennomføring av oppgavene. Risiko, som vi i større eller mindre grader finner i en relasjon, håndteres i den myke tilnærmingen med opplæring, myndiggjøring og tillit, fremfor økt kontroll som vil være den aktuelle tilnærmingen under harde kontrakter. Den myke tilnærmingen bygger også på at man gjennom aktørenes aksept av organisasjonens misjon, visjon og mål, vil ha en situasjon hvor aktørene identifiserer seg sterkere med organisasjonen, noe som kan danne grunnlaget for utviklingen av en kollektivistisk kultur. Dette som en motsats til den harde tilnærmingen, hvor begrepet kollektiv atferd er fraværende. Makt og aktørenes forhold til autoritet og makt, er også en faktor som spiller inn i den myke kontraktstilnærmingen. Dette beskrives slik, at i organisasjoner med lav maktavstand, betydelig grad av desentralisering, og innslag av konsultasjonskultur ved beslutningstaking, er det større grobunn for en myk kontraktstilnærming enn i sentraliserte organisasjoner.

Walker og Davis (1999) har, med referanse til Macneil, laget en sammenstilling av hhv. det harde, klassiske og det myke, relasjonelle kontraktsregimet. Sammen med overblikket som er gitt i teksten foran, gir denne tabellariske fremstillingen et greit overblikk over to ulike regimer.

Det klassiske kontraktsregimet	Det relasjonelle kontraktsregimet
Kommunikasjon er begrenset og formell	Kommunikasjonen er omfattende, og både formell og uformell
Alt blir målt i økonomiske termer	Mange forhold er vanskelig å måle. Partene foretar ingen/få målinger
Starten og slutten av kontraktsforholdet er klart definert	Starten og slutten av kontraktsforholdet er vanskelig å definere
Planleggingen før kontrakt etableres, er komplett og spesifisert	Det er begrenset spesifikk planlegging før kontrakten blir etablert
Det er lite eller ingen forhandling mens kontrakten løper	Kontrakten innebærer omfattende felles planlegging – en felles kreativ anstrengelse
Kontrakten er bindende for partene	Kontrakten/avtaledokumentet er veiledende for partene
Nesten ikke noe samarbeid mellom partene er påkrevd etter at kontrakten er påbegynt	Kontraktens suksess er i sin helhet avhengig av samarbeid mellom partene i forhold til planlegging og utførelse
Partenes bidrag og belønninger er spesifisert i kontrakten	Fordeler og ulemper blir delt mellom kontraktspartene
Regler og rettigheter er spesifisert	Regler og rettigheter er ikke-spesifiserte og ikke målbare
Ingen uselvisk atferd er forventet, eller inntreffer	Det er betydelige forventninger om uselvisk atferd
Det er ikke forventet uforutsette problemer. Oppstår dette, er problemløsningen regulert av egne punkter i kontrakten.	Mulighetene for problemer er forventet og blir løst via samarbeid

Tabell 3: Kontraktsregimer (Kilde: Walker og Davis, 1999 og Macneil, 2001)

3. DMS Inn-Trøndelag: et glimt av kontraktsstyring i praksis

3.1 Grunnlaget for kontraktene - utredningsarbeidet

Våren 2008 startet utredningsarbeidet om et mulig distriktsmedisinsk senter (DMS) på Innherred. I starten var det INVEST-kommunene Inderøy, Verran og Steinkjer som ønsket et samarbeid om helsetjenesten. Etter dialog og avklaring med Helse-Nord-Trøndelag i juni samme år, ble det satt fart i arbeidet med å utrede et DMS, og i en tidlig fase var direktøren ved HNT en aktiv pådriver for dette helsesamarbeidet. Den 1. oktober 2008 forelå det en prosjektrapport.

Arbeidsgruppen ble ledet av helsefaglig rådgiver Dagfinn Thorsvik fra Helse-Nord-Trøndelag (HNT), og besto ellers av ytterligere to representanter fra HNT, en representant fra Verran, en fra Steinkjer og en fra Inderøy, i tillegg til en representant fra DMS Stjørdal. Videre supplerte man gruppen med rådmannen i Verran kommune Jacob Br. Almlid og prosjektleder Mari Holien fra Steinkjer kommune.

Målene med DMS-et beskrives slik i prosjektrapporten:

- Å utforme en helhetlig behandlingsskjede for mennesker med sammensatte og kroniske sykdommer og funksjonsreduksjon (kvalitetsforbedring)
- Å skape en faglig god samhandlingsarena med bedre informasjonsflyt og gjensidig kompetanseoverføring mellom primær- og spesialisthelsetjenesten
- Å oppnå en bedre kostnadseffektivitet for spesialisthelsetjenesten, kommunene og samfunnet for øvrig
- Å gjennomføre et modellforsøk med et distriktsmedisinsk senter i samarbeid mellom flere kommuner og helseforetaket
- Å høyne kompetanse og styrke rekruttering til kommunehelsetjenesten

Forventede effekter ble antatt å være:

- a) bedre kvalitet på tjenestene gjennom
 - bedre funksjonsevne hos brukerne
 - færre re-innleggelser
 - mindre reisetid for brukerne
 - nærhet til tjenestene
- b) bedre samhandling og kompetanseoverføring mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste
- c) kostnadseffektivitet gjennom
 - lavere behandlingstkostnad
 - mindre behov for kommunale pleie- og omsorgstjenester
 - kortere liggetid - frigjøre sykehussenger til andre pasienter
 - mindre utgifter til syketransport
- d) Bedre rekruttering av personell til kommunehelsetjenesten

Funksjoner som ble foreslått lagt til, og samlokalisert med DMS-et, var som følger:

- a) En sengeavdeling med ca 16 plasser, hvorav 12 plasser avsettes til etterbehandling etter sykehusopphold og 4 plasser avsettes for akutte innleggelser for pasienter som har behov for pleie, observasjon og behandling pga kjent sykdom, men som ikke fordrer innleggelse i sykehus.
- b) Dialyse/dagenhet med 5-6 plasser. Enheten skal gi behandling med kunstig nyre og i tillegg brukes av pasienter som har behov for forskjellige former for dagbehandling
- c) Spesialistpoliklinikk som betjenes av spesialister fra sykehusene i Levanger og Namsos. Psykiatrisk og gynekologisk poliklinikk er allerede etablert i Steinkjer. I tillegg forslås poliklinikk for ortopedisk kirurgi, øyesykdommer, indremedisin, samt en kreftpoliklinikk.
- d) Røntgenenhet for vanlige røntgenundersøkelser
- e) Kommunale helsetjenester som kommunene ønsker å samarbeide om, legevakt, jordmortjeneste, helsestasjon for eldre, demens/psykogeriatrici, kreftsykepleier, rehabilitering, fysio- og ergoterapi, rusomsorg, miljørettet helsevern
- f) Ledelse, administrasjon, IKT og andre støttetjenester

I prosjektrapporten som forelå høsten 2008, var man allerede klar på at antallet kommuner burde utvides til å omfatte kommunene Snåsa og Mosvik. Til sammen har man da et befolkningsgrunnlag i størrelsesorden 33.000 innbyggere som vil sokne til DMS-et.

En statusrapport fra juni 2009, endrer ikke vesentlig på konklusjoner som ble trukket i prosjektrapporten fra 1. oktober 2008, men man er tydeligere på at senteret skal bygges opp over noe tid. Det skrives også at sykehuset (HNT) ønsker å komme i gang

med deler av aktivitetene, dialyse og polikliniske tjenester, allerede våren 2010. Senteret ble åpnet 31. januar 2011.

I utredningene som ble gjennomført, hadde man et betydelig fokus på tjenestetilbudet ved etableringen av et DMS. I tillegg har økonomi vært et sentralt tema. Tjenestetilbud, organisering og økonomi går igjen på sakskartet for styringsgruppen for DMS-et gjennom hele 2009. I forhold til tjenestetilbudet er det omfanget både av sykehustjenester, kommunale tjenester og de spesifikke tjenestene for DMS-et som diskuteres. I forhold til organisering, er det først og fremst DMS-et's juridiske status som drøftes. Her det spørsmålet om valg av organiseringsform, som interkommunalt selskap eller vertskommuneorganisering. Når det gjelder økonomi, er det tre sentrale tema som går igjen; a) Totalkostnadene ved DMS-et, b) Kostnadsfordelingen mellom partene, og c) Økonomiske besparelser/gevinster for sykehus og kommuner. Det totale årsbudsjettet for aktiviteten ved DMS-et ble beregnet å ligge i størrelsesorden kr. 18 millioner, hvor kommunene samlet sett svarer for 1/3, HNT for 1/3 og Helse Midt-Norge (HMN) for 1/3. Hvorvidt kommunene vil oppleve besparelser som følge av etableringen av DMS-et er usikkert. I sak 42/2009 i Styringsgruppen for etableringen av DMS-et gjennomgår man evalueringer gjort av SINTEF, Ernst&Young, og en doktorgradsstudie. Saksfremlegget konkluderer med at man ikke har gode nok forutsetninger for å kunne si noe om mulig innsparingspotensial ved etableringen av DMS-et, men man er opptatt at dette evalueres underveis i prosjektperioden.

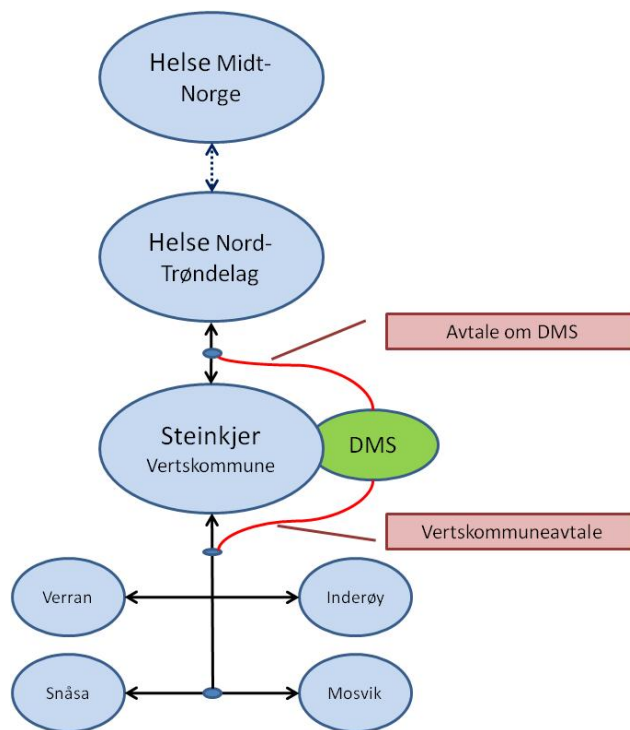
Et forhold som først mot slutten av 2009 kommer opp som egen sak, er samarbeidsavtalen mellom deltakerkommunene. I saksutredningen heter det: *"Arbeidet med utforming av samarbeidsavtale har tydeliggjort behov for en mer detaljert gjennomgang av planlagt virksomhet i forhold til ansvarsavklaringer og juridisk grunnlag (oppgaver knyttet til lovhjemmel/myndighet/delegering). Det har i den forbindelse vært møter med advokat Østerås om saken"*.

Det har underveis i prosessen også vært en diskusjon omkring det juridiske ansvaret for pasientene ifm overføringen fra sykehus til DMS. Dette kommer ikke klart frem av dokumentasjonen, men er en del av refleksjonene aktørene fremmet i ulike fora, bl.a. i møtet mellom praktikere og forskere. Spørsmålet man sliter med er knyttet til hvor langt sykehusets juridiske ansvar strekker seg, og når det kommunale ansvar skal tre inn. Dette spørsmålet oppfattes å være av prinsipiell karakter, og noe som berører kjernen av helsesamarbeidet. Utfordringen dreier seg om hvorvidt DMS-et er en utvidelse av sykehusets tjenestetilbud, eller om det er en utvidelse av det kommunale tjenestetilbudet.

3.2 Kontraktene – et overblikk

Det er flere kontrakter som skal etableres i tilknytning til Samhandlingsreformen. Den ene er avtalen mellom vertskommunen Steinkjer og Helse Nord-Trøndelag om realiseringen av DMS-et. Dernest er det kontrakten som benevnes Vertskommuneavtalen om DMS Inn-Trøndelag. Vertskommuneavtalen er knyttet til samarbeidet mellom de fem

kommunene Steinkjer, Inderøy, Mosvik, Snåsa og Verran. Ellers refereres det til avtaler omkring husleie, innleie av helsepersonell, bruk og vedlikehold av røntgenutstyr, og en økonomisk avtale knyttet til refusjon av finansieringskostnader ifm etableringen av DMS-et.



Figur 1: Kontraktorganisering av DMS Inn-Trøndelag

Det er først og fremst avtalen mellom vertskommunen og Helse Nord-Trøndelag, samt Vertskommuneavtalen som oppfattes som de mest sentrale. Avtalene er bygd opp som klassiske avtaler, hvor man forsøker å regulere det man ønsker skal realiseres gjennom avtalen (produksjonselementet), de økonomiske forholdene, samt de juridiske forhold som binder partene sammen. Når man går inn i avtalene/avtaleutkastene, ser man at det er en utfordring knyttet til å skulle balansere mer prinsipielle og overordnede ting og driftsmessige detaljer.

Vi kunne naturligvis ha presentert og analysert alle detaljer i de ulike avtalene, og knyttet kommentarer til enkelthetene, men i denne rapporten er det mer de prinsipielle sidene vi ønsker å fokusere på, så da får noen av detaljene ligge.

4. Analyse og refleksjoner

Vi går ikke inn på noen gjennomgripende analyse, men legger analysen mer på et nivå hvor vi sammenfatter deler av funnene og knytter noen refleksjoner til disse. Vi har ikke lagt opp til at det skal trekkes konklusjoner, men snarere åpne for at leseren selv skal kunne bruke våre refleksjoner som utgangspunkt for egne refleksjoner.

4.1 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformens politiske og til dels visjonære målsettinger om bedre samhandling i helsevesenet til det beste for pasienter og skattebetalere, er lett å like. Utfordringen er at reformen må operasjonaliseres for at målene skal kunne nås. I operasjonaliseringsprosessen står utfordringene i kø. Utfordringene dreier seg bl.a. om:

- Hvem som er legitime parter i partnerskapene som skal etableres.
- Hvilke oppgaver som skal inkluderes.
- Hvordan partnerskapene skal organiseres.
- Økonomiske forhold på kort og lang sikt.
- Juridiske spørsmål ift informasjonsflyt.
- Kompetanse.
- Det juridiske ansvaret for pasienten.

Når det legges opp til at partnerskapene skal kontraktsreguleres må de ulike utfordringene ideelt sett finne sin løsning. Et vesentlig spørsmål i kontrakter, er å avklare hvem partene er. I samhandlingsreformen synes partbegrepet å være noe uklart, bl.a. gjelder dette forholdet til legene. På den ene siden omtales legene som nøkkelpersonell, mens de på den andre siden ikke deltar i forhandlingene om de avtalene som skal regulere oppgavene i de nye tjenesteenhetene. Ut fra caset vi har gjennomgått, synes det også som om at de regionale helseforetakene selv kan definere seg innenfor eller utenfor partnerskapet. Når alt kommer til alt ift kontraktsreguleringene, er det partene som skal signere avtalene som er de som deltar i forhandlingene. Så vet man kanskje på det tidspunktet avtalene signeres, at det ikke er opp til de signerende partene ålene, hvorvidt arbeidet skal lykkes og reformens mål skal nås.

Dernest oppstår det lett detaljerte og kompliserte diskusjoner om oppgaver, organisering, økonomi og juss. I denne typen diskusjoner beveger man seg raskt ned på mikronivået, og det blir klassiske dragkamper som går i den ene og den andre retningen. Økonomi vet man er et særdeles viktig punkt, hvor ingen i utgangspunktet vil bidra mer enn de må, og når det i det hele er tvil om hvorvidt reformen er lønnsom for den enkelte partner og for samfunnet, er det klart at dette blir et vanskelig spørsmål å håndtere. Organisering av nye enheter bidrar også til at det bygges opp et nytt byråkrati, bestående av administratorer og politikere, og også på dette området skal det finnes løsninger på spørsmål omkring legitimitet og makt.

Samhandlingsreformen legger opp til at aktørene skal ta et overordnet samfunnsansvar, mens operasjonaliseringen fordrer at aktørene ivaretar egne organisasjoners interesser. I en travel hverdag vil det være lett for at aktørenes energi forsvinner inn i detaljene. Caset som er gjennomgått, viser med all tydelighet at i hverdagen, er det detaljene som vies oppmerksomhet.

4.2 Partnerskapet

Dokumentasjonen i caset tilsier at det er vanskelig å definere hvem som er aktører i partnerskapet. Sett fra et kommunalt perspektiv, synes det som om man er sterkt opphengt i at DMS-et er et trepartssamarbeid, mens det fra Helse Nord-Trøndelag i sterkere grad synes avklart at det er to hovedparter i samarbeidet. Driftsmessig synes det imidlertid ikke å være noen tvil om at det er to partnere, kommunene via vertskommunen og Helse Nord-Trøndelag.

Det er ikke mulig ut fra dokumentasjonen å klart angi hvilken type partnerskap man har etablert, og man vil trolig få ulike svar om man ber de ulike partene definere partnerskapet. Vertskommunen er den aktøren som synes å ta størst risiko, da man både har arbeidsgiveransvar og ansvar for viktig infrastruktur. Kommunene rundt vertskommunen bidrar økonomisk, og det samme gjør Helse Midt-Norge, mens Helse Nord-Trøndelag synes å ha en mellomposisjon da man her bidrar økonomisk samtidig som det er en aktør som er avgjørende for at DMS-et skal få tilgang til oppgaver.

Den organisatoriske løsningen som er valgt, synes å være en **hybrid** om man gjør sammenlikninger med de fire hovedmodellene. På den ene siden har aktørene forsøkt å bygge opp en sterk identitet rundt DMS-et, mens man på den andre siden har innpasset det til eksisterende struktur i vertskommunen. Det understrekes at DMS-et ikke kan gis en særbehandling, selv om det rent avtalemessig defineres som et tidsavgrenset prosjekt.

Av parametre partene har vært opptatt av, ser vi diskusjonen omkring mål og det som betegnes som partnerskapsarrangementer, herunder har økonomi og andre ressursmessige spørsmål dominert. Behovet for partnerskapet synes å være tatt for gitt. Spørsmålet om tillit synes å være åpent og ikke-debattert, men dog problematisk, sett i lys av behovet for oppklarende møte med HMN, samt informasjonen som frembringes ift kontraktsforhandlingene.

En refleksjon man kan gjøre seg, er hvorfor partene ikke har satt partnerskapet på agendaen før man gyver løs på driftsrelaterte spørsmål. Dersom vi ser hen til partnering/samspill som kontraktsstrategi, er det normalt at man setter av tid og ressurser for at partnerne skal bli bedre kjent med hverandre, og at man skal kunne gjennomføre en diskusjon bl.a. om forståelsen av tillitsbegrepet.

4.3 Kontraktsrelasjonene

Det vi ut fra en mer overordnet tilnærming til kontraktsspørsmålet kan se, er at kontraktene gjenspeiler det fokuset partene har ift DMS-et, nemlig en sterk driftsorientering. Partsforholdet og bytteforholdet er det som står i sentrum, mens spørsmål omkring verdsatt atferd og maktforholdet ikke er en del av kontraktsdiskusjonen. Det vil si, maktforholdet mellom partene antas å være slik at kommunene er den svake part, mens helseforetakene representerer den sterke part, som har mulighet til å diktere betingelser. Rent avtalemessig gjør man lite for å regulere makten, foruten å si at avtaler

og budsjetter skal godkjennes av alle parter. Reelt sett kunne man kanskje ha byttet ut verbet *godkjenne*, med verbet *godta*, all den tid man mener at det er en skjevhet i maktforholdet.

Ut fra gjennomgangen av kontraktene, har vi sett at det synes å være vanskelig å utforme gode kontrakter, da man skal forsøke å regulere et relativt komplekst samspill. Partene gjør imidlertid forsøk på å utforme uttømmende kontrakter, som da bærer preg av å ligge innenfor det klassiske kontraktsperspektivet. Dette selv om oppspillet til samarbeidet om DMS Inn-Trøndelag, var at partene frivillig søkte sammen for å drive utviklingsarbeid, og at det synes åpenbart at det er vanskelig å gjennomregulere denne typen samarbeid.

Refleksjonen man kan gjøre seg, er knyttet til mangelen på diskusjon og nedtegnelser omkring hva slags type atferd man ønsker seg av kontraktspartnerne. Dette henger naturligvis sammen med den manglende diskusjonen om partnerskapet som sådan. Man kan i forlengelsen av dette spekulere litt i om det ikke hadde vært fornuftig å etablere en kontraktsstruktur, hvor man først etablerte en form for rammeavtale knyttet til overordnede prinsipper for samarbeidet, og dernest etablerte driftsmessige kontrakter av den typen man har forsøkt å utforme.

4.4 Tvangsmessig samarbeid og tvangsmessig kontraktsregulering

Caset viser at man står overfor en rekke utfordringer når det skal etableres kontraktsreguleringer av partnerskap i helsevesenet: reformens formål er bundet opp i politiske formuleringer; helsevesenet er satt til å løse komplekse utfordringer; aktørene som involveres i arbeidet med å operasjonalisere reformen er linjeledere i ulike virksomheter.

Linjeledere og virksomhetsledere svarer først og fremst overfor ledelsen eller styret i egen virksomhet. Linjeledere har dernest ansvar i forhold til å ivareta daglige driftsoppgaver i egen virksomhet. Når nye aktiviteter skal defineres og implementeres, er det naturlig at linjeledere, og for så vidt også virksomhetsledere, har et driftsmessig fokus. Ved en slik tilnærming, kan det være lett at man enten bevisst eller ubevisst kan risikere å fremstå som opportunistisk overfor andre samarbeidspartnere. Tilbøyeligheten til, og mistankene om, opportunistisme vil slik sett være likt fordelt mellom samarbeidspartnerne.

Kombinerer man opportunistisme med ytre tvang, og en iboende skepsis til om særlig de økonomiske målsettingene med reformen er realistiske, har man lagt grunnlaget for en svært krevende forhandlings- og samhandlingssituasjon. I en slik situasjon, vil det ikke være unaturlig om partene ender ut i et forsøk på detaljreguleringer i kontraktene som skal utarbeides. Man kan lett se for seg at fokuset blir knyttet til betydningen av enkeltord og enkeltstående formuleringer i kontrakten, fremfor at man blir enige om at samarbeidet skal bygges på tillit og romslighet.

Spørsmålet man kan reflektere over, er hvorvidt samhandlingsreformen er tjent med at det skapes en situasjon hvor samarbeidet skal detaljreguleres, og senere følges opp med nitidig kontroll ift om partene etterlever sine forpliktelser.

Det man kan tenke seg, er at det å skape et godt samarbeid er ekstremt viktig for å lykkes med reformen, og slik sett burde det derfor blitt jobbet med å avtale fornuftige rammer for at samarbeidet skal lykkes. Dernest kunne man innenfor rammen av en partnerskapskontrakt, etablert driftsmessige avtaler, hvor man ikke behøver å være overforsiktig ift detaljeringsnivået. En slik tilnærming krever at man investerer i relasjonsbygging og i vedlikehold av relasjoner som er bygd opp.

4.5 Kontraktene og forholdet til fritt sykehusvalg

Innledningsvis gjorde vi en kobling mellom Samhandlingsreformen og Pasientrettighetsloven, som åpner for fritt sykehusvalg. Kommunene som samarbeider om etableringen av DMS Inn-Trøndelag har fokusert på å etablere en avtale med Helse Midt-Norge og Helse Nord-Trøndelag (HNT). Den endelige avtalen ble inngått kun med Helse Nord-Trøndelag som partner. Det er også slik at DMS-et primært er etablert for å ta i mot pasienter fra Helse Nord-Trøndelag. Avtalen åpner for at pasienter fra andre kommuner, utenfor de fem samarbeidskommunene, også kan innskrives ved DMS-et, dog etter avtale med Helse Nord-Trøndelag og vertskommunen. Avtalen regulerer ikke behandling av pasienter med bostedsadresse i en av de fem samarbeidskommunene, som har valgt primærbehandling ved sykehus utenfor Helse Nord-Trøndelag, eller sågar utenfor helseregion Midt-Norge.

Gjennom samtaler med avtalepartene kan man få inntrykk av at det ikke vil være et betydelig problem knyttet til at sykehus utenfor helseregionen vil kunne overføre pasienter direkte til DMS-et. I de fleste tilfellene vil pasientene mellomlande hos HNT, for deretter å bli overført til DMS-et. Kommer det pasienter direkte fra f.eks. Ullevål sykehus til DMS-et, vil det imidlertid være et problem knyttet til tilgangen på pasientopplysninger for personalet ved DMS-et. Noen økonomiske utfordringer kan man også se for seg, om det hele settes på spissen. Det som er greit, er at om man ved DMS-et kommer i en situasjon hvor de måtte føle på at de må velge mellom pasienter, så er de avtalemessig forpliktet til å prioritere pasienter fra HNT. Pasienter, med bostedsadresse i en av samarbeidskommunene, som skrives ut fra f.eks. Ullevål sykehus kommer i andre rekke.

Det kan godt være at de utfordringene vi peker på ovenfor i praksis er av akademisk interesse, men når man først har tenkt tanken, og partene ikke kan gi tydelige og avklarende svar på hvordan utfordringene i skjæringspunktet samhandlingsreform og fritt sykehusvalg skal håndteres, er det en god grunn til at utfordringen trekkes frem, slik at den ikke glemmes. Slik som St.meld. nr. 47 er utformet, legger man ikke opp til å håndtere annet enn forholdet mellom det som benevnes som "kommuner og tilknyttede helseforetak".

5. Konklusjon

Gjennom denne casen har vi forsøkt å belyse en side av Samhandlingsreformen, nemlig kravet om kontraktsregulering av et partnerskap som skal bidra til å realisere flere politiske målsettinger, bl.a.: Økonomiske mål, strukturelle mål, og pasientrettede mål. Gjennom den operasjonaliseringen vi har beskrevet, kommer det frem at det er en betydelig kompleksitet aktørene må forholde seg til. Det er denne kompleksiteten aktørene både skal fange, og ikke minst løse, gjennom de avtaler som skal etableres. Partene tvinges til å tenke både på et tillitsbasert partnerskap, og en avtaleregulering basert på klassisk kontraktsteori. Dette representerer en teoretisk, og ikke minst en kognitiv svært krevende øvelse, hvor man ofte vil ende ut med å agere innenfor en klassisk kontraktstenkning. En reform, hvis retorikk bygger sterkt opp under aktørenes positive velvilje og et utstrakt behov for tillit, kan lett ende opp i å trigge de ulike aktørenes opportunistiske sider.

Referanser

- Casey, M. (2008): Partnership – success factors of interorganizational relationships. *Journal of Nursing Management*, Vol. 16, pp. 72-83
- Collins, H. (2002): *Regulating contracts*. Oxford: Oxford University Press
- Davis, J.H., Schoorman, F.D. & Donaldson, L. (1997): Toward a stewardship theory of management. *Academy of Management Review*, Vol. 22, No.1., pp 20-47
- Driver, S. og Martell, L. (2000): Left, right and the third way. *Policy & Politics*, Vol. 28, No. 2, pp. 147-161.
- Hardy, B., Hudson, B. og Waddington, E. (2003): Assessing strategic partnership: The partnership assessment tool. Strategic Partnering Taskforce, Office of Deputy Prime Minister
- Ghestin, J. (2002): The contract as economic trade. In Brousseau, E. & Glachant, J-M., *The Economics of Contracts. Theories and Applications*. Cambridge: Cambridge University Press, pp 99-115
- Macneil, I. (2001): The nature of contract and the contract norms, I Campbell, D. (ed), *The relational theory of contract: Selected works of Ian Macneil*, pp. 125-180. London: Sweet and Maxwell
- Walker, B. & Davis, H. (1999): Perspectives on Contractual Relationships and the Move to Best Value in Local Authorities. *Local Government Studies*, Vol. 25, No. 2, pp. 16-37
- Audit Commission (1998): A fruitful partnership – effective partnership working. Management paper.
- St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen

Møtereferater og dokumenter fra Steinkjer kommune