



UNIVERSITETET I
NORDLAND

MASTEROPPGAVE

«Det vil tvinge seg fram»

- om lokale og interkommunale strategier
i møte med samhandlingsreformen

Masteroppgave i Politikk og samfunnsendring, PO310S

Frode Bjørge

August 2012



Forord

Denne masteroppgaven er den avsluttende delen av mastergradsstudiet i Politikk og samfunnsendring ved Universitetet i Nordland. Oppgaven teller 50 studiepoeng, og er et målrettet, selvstendig vitenskapelig arbeid.

Oppgavens tema er valgt på bakgrunn av egne faglige interesser, og er et dagsaktuelt og omdiskutert område. Det har gjort arbeidet ekstra spennende. Problemstillingen ble videreutviklet og foredlet i samarbeid med veileder Ole Johan Andersen. Han fortjener en stor takk for verdifulle innspill og kommentarer,

Det empiriske materialet er hentet fra to kommuner som er anonymisert i studien. Jeg vil derfor også takke alle som stilte opp til intervju. Jeg vet dere har travle hverdager og er takknemlig for at dere tok dere tid.

Jeg er også glad for tålmodigheten din, Line, denne sommeren, og for lille Synnes evne til å gi rikelig med anledninger til pauser.

Frode Bjørge

Bodø, sommeren 2012

Innledning	1
<i>En annerledes iverksettingsstudie</i>	1
<i>Samhandlingsreformen</i>	3
<i>En ny framtidig kommunerolle</i>	7
<i>Kommunene som samfunnsutviklere</i>	10
<i>Problemstilling</i>	11
Teori	12
<i>Samstyring</i>	16
Metode	21
<i>Produksjon av data</i>	22
<i>Erfaringer fra dataproduksjonen</i>	25
<i>Tre vanskelige momenter</i>	26
<i>Analysemetode – et strategisk perspektiv på endring</i>	30
Resultater	33
<i>Bragdøy kommune</i>	33
<i>Granli kommune</i>	34
<i>Ytre kontekst</i>	35
<i>Bragdøy og samhandlingsreformen</i>	40
<i>Granli</i>	49
<i>Oppsummering</i>	58
	60
Diskusjon	

<i>Bragdøy – helsefaglig tilpasning</i>	60
<i>Granli – politisk endring</i>	63
<i>Plan og strategi som verktøy for interkommunalt samarbeid</i>	64
<i>Motiver for samarbeid</i>	67
<i>Kompetanse som drivkraft for interkommunalt samarbeid</i>	71
<i>Lokalt handlingsrom</i>	73
<i>Helse som utviklingsstrategi</i>	74
<i>«Helse i alt vi gjør» for kommunen, men hva når kommunen ikke lenger gjør alt?</i>	77
<i>Generalistkommunen versus generalistkommunesystemet</i>	80
Konklusjon	83
<i>Oppsummering</i>	83
<i>Små kommuner, store forventninger</i>	84
<i>Blir samhandlingsreformen iverksatt fullt og helt?</i>	86

Innledning

Samhandlingsreformen ble iverksatt 1. januar 2012. Reformen er omtalt som «*den største helsereformen i moderne tid*» (Thorne 2011), og som «*helsepolitisk altoppslukende*» (Thorbjørnsen 2011). Uansett er det snakk om omfattende endringer, spesielt for landets kommuner. De har nå fått et større ansvar for helse- og omsorgstjenestene, og vil også overta flere oppgaver fra spesialisthelsetjenestene i årene som kommer. Hvordan den nye oppgavefordelingen vil slå ut for den enkelte kommune er likevel uklart. Spesielt er det mye usikkerhet omkring de små kommunenes evne til å møte reformens krav.

Samhandlingsreformen peker på en framtidig endret kommunerolle, men overlater til kommunene selv å meisle ut nye samarbeidsformer og strukturer, enten det er snakk om å løse oppgavene alene eller i samarbeid med andre.

I møte med den nye helsepolitiske statusen velger kommunene ulike strategier. Og det er disse strategiene, eller fraværet av dem, som er tema for denne oppgaven. Hvordan tenker, planlegger og handler sentrale aktører når en slik reform lanseres og iverksettes? Dominerer lokale, kommune-interne strategier, eller formes den nye kommunerollen også sammen med nabokommuner? Og hvordan vurderes konteksten endringene skjer innenfor? Med utgangspunkt i to små kommuner i Nordland, ser oppgaven nærmere på kommunenes valg mellom lokale og interkommunale løsninger i møte med samhandlingsreformen.

En annerledes iverksettelsesstudie

Norske kommuner har mange oppgaver. Disse deles ofte inn i de tre hovedgruppene demokrati, tjenesteyting og samfunnsutvikling (Myrvold 2001). En statlig reform om kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester retter seg mot kommunens rolle som produsent og leverandør av velferdstjenester.

Når kommunene iverksetter nasjonalt vedtatt velferdspolitik, er handlingsrommet til den enkelte kommune begrenset. Lover, forskrifter og retningslinjer utgjør sammen med en stadig sterkere rettighetsfesting av tjenester, et dobbelt press på lokalpolitikere: En ny form for statlig styring kombineres med krav og forventninger fra befolkningen om flere og bedre

tjenester (Fimreite 2002, s. 24). Baldersheim (2012) hevder at dette fører til mindre toleranse for forskjeller mellom kommunene. Fra en kommunal logikk hvor lokal tilpasningsevne og muligheten til å prioritere mellom ulike oppgave var det som gjorde kommunen nyttig, blir kommunens oppgave nå å iverksette og effektivisere (Baldersheim 2012, s. 17). En slik beskrivelse er egnet til å stille spørsmål ved om en studie om kommuners strategiske valg i møte med en helsereform egentlig har noe for seg? Et premiss for en slik studie må nødvendigvis være at kommunene kan velge mellom ulike alternativ. Kan de det?

Det er ingen tvil om at kommunene møter klare krav ved iverksetting av statlige reformer. Det er en rekke oppgaver kommunen ikke kan unnlate å utføre, og hvor manglende måloppnåelse vil bli møtt med sanksjoner. Men dette betyr ikke at kommunen er uten et visst handlingsrom når reformer trer i kraft. Handlingsrommet knytter seg både til *hvordan* oppgavene løses, men også til muligheten for å se reforminitierte endringer i sammenheng med andre utfordringer og politikkområder.

Kommunelovsrevisjonen i 1992 skulle vitalisere lokaldemokratiet gjennom blant annet å gi kommunene større frihet til å utvikle egen organisasjon og velge egnede virkemidler ved implementering av sentrale velferdsreformer (Ramdal, Michelsen og Aarseth 2002, s. 185). Kommunenes rett til lokal utforming av tjenestetilbudet kommer eksplisitt til uttrykk i stortingsmeldingen om Samhandlingsreformen: «*Det ligger i prinsippene for organisering av offentlig sektor at kommunene selv bestemmer hvordan de vil organisere sine helse- og omsorgstjenester*» (St.meld. nr. 47, s. 55). Samhandlingsreformen fordrer at kommunene både utvider oppgaveløsning de i dag utfører og bygger opp nye tjenestetilbud, men det fastholdes i styringsdokumentene at kommunene selv har en frihet til å bestemme på hvilken måte dette skjer.

Den andre formen for handlingsrom er muligheten til å se endringene i helse- og omsorgssektoren i sammenheng med andre tjenesteområder, utviklingstrekk eller visjoner. I denne sammenheng er det relevant å minne om at kommunenes kompetanse er negativt avgrenset. Det innebærer at «*kommunene står fritt til å drive enhver virksomhet, så sant ikke lov eller ulovfestede prinsipper er til hinder for det. Dette følger av langvarig og sikker praksis, gradvis utviklet fra formannskapslovene kom i 1837*» (NOU 1995:17, s. 141). Et slikt

perspektiv danner en forbindelse mellom kommunens tjenesteyting og kommunens samfunnsutviklerrolle. Dette er sentralt med tanke på eventuelle strategier, lokale eller interkommunale, som kommunale aktører utvikler i forbindelse med samhandlingsreformen. Stikkord i denne sammenhengen er arbeidsplasser, helse som utviklingsstrategi, offentlige tilskudd og stedsutvikling.

For å klargjøre oppgavens perspektiv og gjøre leseren i stand til å følge kommende resonnementer, er det nødvendig å gjøre nærmere rede for tre elementer; 1) samhandlingsreformen, 2) reformens begrep om en ny kommunerolle og 3) forholdet mellom kommunen som tjenesteyter og kommunen som samfunnsutvikler.

Samhandlingsreformen

Daværende helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen tok initiativ til samhandlingsreformen kort tid etter han tiltrådte som helse- og omsorgsminister i juni 2008. Da Hanssen overtok, hadde det i lengre tid vært mye uro rundt regjeringens helsepolitikk. Ikke minst var de stadige overskridelsene ved sykehusene et tilbakevendende problem. Sykehusene var etter den forrige store helsereformen i 2002 blitt statens ansvar, og etter flere tilleggsbevilgninger var de økonomiske rammene for spesialisthelsetjenesten betydelig styrket. Primærhelsetjenesten hadde på sin side ikke fått en tilsvarende opptrapping. Med en varslet eldrebølge i emning, var det nødvendig å bremse veksten i sykehusinnleggelse og i stedet behandle flere pasienter lokalt. Det var derfor flere som mente at kommunene måtte få et større ansvar for egne innbyggers helse.

I forordet til Stortingsmeldingen om samhandlingsreformen, St.meld. 47 (2008-2009), beskriver Bjarne Håkon Hanssen bakgrunnen for reformen. Ifølge Hanssen får Norge ikke nok tilbake for alle pengene som brukes på helsesektoren. Dette går ut over pasientene, spesielt kronikere og eldre som har behov for sammensatte tjenester. Årsaken til gapet mellom ressursbruk og tjenestekvalitet, er manglende samhandling mellom de ulike leddene i helse-Norge. I tillegg bidrar finansieringsprinsippene i helsetjenesten til at det ikke lønner seg for kommunene å forebygge alvorlig sykdom. Pasienter som henvises videre til spesialisthelsetjenesten belaster ikke lenger det kommunale budsjettet, og kommunene har

derfor ingen incitamenters til å forhindre innleggelse. Hansen understreker derfor behovet for å tenke nytt:

Det betyr å satse på forebygging framfor reparasjon, og sørge for økonomiske insentiver som setter kommunene i stand til å tilby de helsetjenestene som innbyggerne trenger. Veksten i ressurser må i større grad gå til å bygge opp tjenester i kommunene. Det skal lønne seg for kommunene å satse på forebygging, slik at folk i mindre grad trenger spesialisthelsetjenester. Og det skal lønne seg for sykehus og kommuner å spille på lag. Med kloke løsninger skal pasientene få rett behandling på rett sted til rett tid.

(St.meld. 47, 2008-2009, s. 3).

Behovet for å satse mer på forebygging er imidlertid bare ett av tre momenter som danner grunnlaget for reformens problemforståelse. I tillegg beskriver stortingsmeldingen utfordringen med fragmenterte tjenester, og helsetjenestens manglende bærekraft i møte med eldrebølgen. Samhandlingsreformen skal rette på dette gjennom fem hovedgrep:

- Klarere pasientrolle
- Ny framtidig kommunerolle
- Etablering av økonomiske insentiver
- Utvikling av spesialisthelsetjenesten slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse
- Tilrettelegge for tydeligere prioriteringer

De fem hovedgrepene gjennomføres ved hjelp av både rettslige, organisatoriske, faglige og økonomiske virkemidler.

Rettslig innebærer samhandlingsreformen to nye lover, endringer i ytterligere 42 og opphevelse av tre (Regjeringen.no 2011). Den nye folkehelseloven utpeker kommunen som den viktigste aktøren innen lokalt folkehelsearbeid, og skal legge til rette for langsiktig og strategisk folkehelsearbeid. Prinsippet om *Helse i alt vi gjør* lovfestes, og kommunenes samfunnsmedisinske kompetanse skal styrkes. Den nye loven om helse- og omsorgstjenester skal sikre at kommunen forebygger, behandler og tilrettelegger for mestring av sykdom og nedsatt funksjonsevne. Kommunens plikt til å tilby en rekke helsetjenester blir lovfestet, deriblant døgnopphold for pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp. Helse- og

omsorgstjenesteloven krever også at kommunestyret i den enkelte kommune inngår samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket. Disse avtalene kan inngås av kommunen alene eller sammen med andre kommuner. Samarbeidet skal bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud (Regjeringen.no 2011).

Faglige virkemidler omhandler i stor grad felles normerende dokumenter, som retningslinjer, veiledere og prosedyrer. Disse skal utvikles i tråd med målsetningene med reformen, og sørge for et felles faglig grunnlag for helsepersonell. Sammen med *Kompetanseløftet 2015* (St.meld. 25, 2005-2006), skal reformen sørge for at kunnskapsgrunnlaget økes i kommunale helse- og omsorgstjenester.

De *organisatoriske* virkemidlene legger vekt på en bedre dialog mellom de ulike nivåene i helsetjenesten. Ikke minst skal det fokuseres på å utvikle nye samarbeidsarenaer hvor primær- og spesialisthelsetjenesten kan samhandle og bidra til et mer helhetlig tilbud til pasientene. Lokalmedisinske sentre i kommunene nevnes som ett av flere mulige tiltak. På disse institusjonene skal ulike primærhelsetjenester samlokaliseres med enkelte spesialisthelsetjenester (Meld. St. nr. 16, 2010-2011). Nye krav skal også stilles til kommunal organisering og ledelse (St.meld. nr. 47, 2008-2009).

De *økonomiske* virkemidlene skal sikre at samarbeid blir økonomisk fornuftig for kommunene og spesialisthelsetjenesten. Inntil 2012 har kommunene, grovt sett, ikke betalt for bruk av spesialisthelsetjenestene. Sykehusene har heller ikke vært forpliktet til å ta hensyn til kommunenes tilbud og kapasitet, selv om de i løpet av de siste årene har kuttet betydelig i gjennomsnittlig liggetid for pasientene (Statistisk årbok 2011, s. 143). Flere nye økonomiske virkemidler skal nå sørge for en økonomisk forbindelse mellom kommuner og spesialisthelsetjenester. Av disse er to ordninger spesielt viktige; kommunal medfinansiering og betaling for utskrivningsklare pasienter.

Kommunal medfinansiering innebærer at kommunene skal betale 20 % av sykehusregningen dersom en av kommunens innbyggere blir lagt inn på somatisk sykehus. Hensikten med spleiselaget er å *«bidra til bedre arbeidsfordeling mellom tjenestenivåene i helse- og omsorgstjenesten, skape gode pasientforløp og kostnadseffektive løsninger som kan gi pasienter et like godt eller bedre tilbud i kommunens helse- og omsorgstjeneste som i spesialisthelsetjenesten»*

(Forskrift om kommunal medfinansiering, §1). Medfinansieringsansvaret skal altså få kommunene til å ta et større ansvar for innbyggernes helse og sørge for en bedre oppgavefordeling mellom de ulike nivåene. Visse medisinske områder er riktignok unntatt medfinansieringsansvaret, deriblant fødsler, kirurgiske inngrep og behandling av nyfødte barn. Rusbehandling og psykisk helsevern inkluderes heller ikke, men i den nylig fremlagte stortingsmeldingen «Se meg!» varsler regjeringen en gradvis innføring av kommunal medfinansiering for utskrivningsklare pasienter innen rusbehandling og psykiatri. Innføringen skal skje «så snart det lar seg gjennomføre», heter det i stortingsmeldingen (Meld. St. 30 – 2011-2012, s. 135).

Kommunene har fått overført ca. 5 mrd. kroner fra sykehusene for å ivareta medansvaret. Dersom kommunes bruk av spesialisthelsetjenester blir mindre enn antatt, sparer kommunen kostnader. Potensiell innsparing som følge av kommunal medfinansiering vil kunne inngå som en del av grunnlaget for drift av alternative tilbud og nye innovative tiltak i kommunene.

Den andre ordningen handler om utskrivningsklare pasienter. Kommunen overtar nå det finansielle ansvaret for slike pasienter fra første dag en pasient er erklært utskrivningsklar. Dersom en pasient er ferdigbehandlet på sykehuset, plikter kommunen å ta imot pasienten dersom vedkommende trenger ekstra oppfølging og helsehjelp fra kommunen etter sykehusoppholdet, f. eks en sykehjemsplass eller hjelp i hjemmet. Dersom kommunen ikke kan tilby de nødvendige tjenester, blir pasienten liggende på sykehus for kommunens regning. Døgnprisen bestemmes i statsbudsjettet, og er inneværende år på kr. 4000,- (Forskrift om kommunal medfinansiering, §13).

De ulike virkemidlene i samhandlingsreformen stiller med andre ord store krav til kommunene. Både de rettslige, organisatoriske, faglige og økonomiske virkemidlene medfører hver for seg og sammen en ny hverdag i helse-Norge. Kommunene får nye, lovpålagte oppgaver som det vil straffe seg å ikke følge. Like viktig blir det med tilstrekkelig kompetanse og ressurser. Behovet for kunnskap gjør seg ikke bare gjeldende innen helse- og omsorgstjenestene, også politisk og administrativ ledelse må være oppdatert på hva som skjer. Det er derfor liten tvil om at samhandlingsreformens styringsdokumenter peker på noe vesentlig når begrepet *en ny framtidig kommunerolle* brukes flittig.

Ny framtidig kommunerolle

En ny framtidig kommunerolle er ett av samhandlingsreformens fem hovedgrep. Den nye rollen skal styrke kommunen som velferdsprodusent, blant annet ved å gi kommunen ansvar for å drive koordinerte tjenester og sørge for aktivt forebyggende arbeid. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (vedtatt 24. juni 2011) følger opp St.meld. 47 (2008-09), og pålegger blant annet kommunene en plikt til heldøgns medisinsk akuttberedskap fra 2016. Spørsmålet om tilstrekkelig og riktig kompetanse i de kommunale helsetjenestene vil få ny aktualitet gjennom dette.

De siste 60 årene har det nærmest vært en sammenhengende vekst i kommunene som følge av utbyggingen av velferdsstaten. (Baldersheim og Rose 2005, s. 17.) Det er i hovedsak gjennom kommunen den enkelte får tilgang til velferdstjenester, og flere har derfor tatt til orde for å erstatte begrepet *velferdsstat* med *velferdskommune* eller *velferdssamfunn* (Østre 2005, s. 73).

Begrepet velferdskommune peker på to sentrale aspekter ved kommunens rolle i utviklingen av velferdsordningene. For det første har kommunen ofte vært først ute med nye velferdstilbud. Gjennom lokalt finansierte tiltak har enkelte kommuner tatt initiativ til nye sosiale reformer som siden er gjort universelle av staten.

Velferdskommunens andre aspekt, er kommunens ansvar for å gjennomføre statlig bestemte velferdstiltak. Etter hvert som velferdsstaten har utviklet seg til å omfatte flere områder, har kommunene fått stadig nye oppgaver. Gjennom reformer eller handlingsplaner blir nye brukergrupper og ansvarsområder innlemmet i den kommunale tjenesteproduksjonen. Samhandlingsreformen føyer seg inn i denne tradisjonen.

Den nye, framtidige kommunerollen skal ta et større ansvar for innbyggernes helse. Rent praktisk bygges den nye rollen opp av styrket innsats innen eksisterende oppgaver, utvikling av nye tjenestetilbud og flytting av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten. Oppgavene

kommunene får ansvar for, kan videre deles inn i to kategorier: kompetansekrevende funksjoner og administrasjons- og systemoppgaver (St.meld. 47, 2008-2009, s. 27).

De kompetansehevende funksjonene dreier seg i stor grad om tiltak i forhold til pasienter med langvarige, kroniske lidelser og eldre. Tidlig intervensjon i forhold til diabetes, kols og demens nevnes i stortingsmeldingen, det samme gjør observasjon for å avklare behovet for innleggelse i sykehus. Etterbehandling og rehabilitering har også en sentral plass blant de kompetansekrevende funksjonene (St.meld.nr. 47, 2008-2009, s. 28).

For å ivareta de kompetansekrevende oppgavene, må kommunene også påregne en styrking av administrasjons- og systemarbeid. Den kommunale helsetjenestens kunnskap skal i større grad bli del av beslutningsgrunnlaget i andre kommunale spørsmål, ikke minst innen plan- og utviklingsarbeid. Dette krever større samfunnsmedisinsk kompetanse i kommunene og et tydeligere fokus på helseovervåkning av egen befolkning.

Samhandlingsreformen bygger altså på en forutsetning om sterke kommuner med bred helsefaglig kompetanse og tilstrekkelige administrative ressurser. I utgangspunktet mente Bjarne Håkon Hanssen regjeringen burde ta grep og dele Norge inn i “*helsekommuner*” med minimum 10 000 innbyggere, men dette fikk ikke støtte av Senterpartiet (Kommunal Rapport 2011). I stedet peker St.meld.nr. 47 på frivillig samarbeid mellom kommunene:

Regjeringen legger til grunn at kommunene selv vil måtte finne fram til egnede samarbeidsformer for å sikre at ressurser og kompetanse utnyttes på best mulig måte. Eksempelvis ved at samarbeidende kommuner har ansvaret for hver sine sykdomsgrupper og dekker hele befolkningen for de samarbeidende kommuner. (...) Regjeringen forutsetter at kommunene inngår interkommunalt samarbeid der dette er nødvendig. Hvilke organisasjonsformer kommunene finner fram til for samarbeid er opp til dem selv.

(St.meld.nr. 47, 2008-2009, s. 28)

Mange vil hevde at det er en implisitt erkjennelse i Stortingsmeldingen at mange av dagens kommuner vil få store utfordringer med ansvaret for nye helseoppgaver. Meldingen peker også på kommunestruktur og de mindre kommunenes vanskeligheter med å rekruttere fagfolk,

som en av årsakene til at kommunene ikke har hatt mer ansvar for helse- og omsorgstilbudet tidligere:

Hovedårsaken vurderes å være at kommunene ikke har hatt forutsetninger for å utvikle tilstrekkelig robuste faglige miljøer og virksomheter, slik at de har slitt med å rekruttere og beholde fagpersonell. Bak dette ligger flere samvirkende årsaker. I en kommunestruktur med små kommuner har det erfaringsmessig vært problematisk å kunne tilby fagfolk stabile og gode utviklingsopplegg, med derav følgende rekrutteringsvanskeligheter.

(St.meld. 47, 2008-2009, s. 27)

Selv om dagens kommunestruktur blir nevnt som en av hovedårsakene til at kommunene ikke har utviklet en sterkere rolle på helse- og omsorgsområdet, endrer ikke samhandlingsreformen på antallet kommuner. I stedet pekes det på interkommunalt samarbeid «*der dette er nødvendig*» (St.meld.nr. 47, 2008-2009, s. 28). Basert på stortingsmeldingens vektlegging av kompetanse og fagmiljøer, er det rimelig å anta at rekruttering og fagutvikling er ett av områdene som det her tenkes på. Samlet tegner dette et bilde av en omfattende reform som vil kreve mye av kommunenes evner til å tiltrekke seg kompetent arbeidskraft. Reformen signaliserer en ny kommunerolle hvor mer ansvar tilligger primærhelsetjenesten, og hvor mange av de små kommunene må samarbeide for å imøtekomme reformens krav. Dermed synliggjøres også en mulig konkurransesituasjon mellom kommunene. Romøren (2011) peker i den forbindelse på betydningen av ledelse og eksisterende kompetansemiljøer innen helsefag:

Samhandlingsreformen kalles ofte en «retningsreform». Det betyr at reformen angir en retning for helsevesenets utvikling. Dette vil kunne gi usikre rammebetingelser, ikke minst for kommunene. Det kan også komme til å favorisere kommuner med mye ressurser og et kreativt lederskap. Betydelige forsøksmidler er sprøytet inn i reformprosessen, foreløpig nærmere en milliard kroner. Det er grunn til å anta at disse midlene først og fremst kommer de kommunene til gode som har mange interessante aktiviteter på feltet fra før, og som har kompetanse og erfaring med søknadsprosesser overfor statlige organer.

(Romøren 2011, s. 220)

I sum står vi overfor en situasjon med rom for strategisk atferd, enten denne er lokal eller interkommunal. Dermed oppstår også en forbindelse mellom kommunens rolle som produsent av tjenester og kommunens rolle som samfunnsutvikler.

Kommunen som samfunnsutvikler

Kommunen er mer enn en leverandør av lovpålagte tjenester. Kommunen som institusjon har også ansvar for lokalsamfunnet som helhet, og skal være en samfunnsbygger og utviklingsaktør. Som tjenesteprodusent opererer kommunen ofte innen et standardisert nasjonalt system som skal sikre likebehandling og jevnbyrdig kvalitet. Disse forpliktelsene fører til større likhet mellom kommunene. Som samfunnsutvikler er det derimot ulikhetene og de særskilte fordelene kommunen har som skal identifiseres og utnyttes i lokalt tilpassede strategier (Finstad og Aarsæther, 2003, s. 20).

Finstad og Aarsæther (2003) peker på at kommunene kan velge mellom en minimalistisk, defensiv og offensiv rolle (Finstad og Aarsæther, 2003, s. 20). En minimalistisk tilnærming innebærer at kommunen kun utfører lovpålagte oppgaver i tråd med statlige føringer. Innbyggerne får de tjenestene de har krav på og infrastrukturen vedlikeholdes, men for øvrig overlater kommunen utvikling og innovasjon til andre lokale samfunnsaktører som næringsliv og sivilsamfunn.

En defensiv strategi er ikke ulik den minimalistiske og tilsier at kommunen ikke har noen gjennomarbeidet strategi for lokal samfunnsutvikling eller vekst. Det finnes imidlertid en beredskap for krisehåndtering og ekstrainsats dersom forholdene tilsier det, for eksempel dersom hjørnesteinsbedrifter i kommunen sliter eller må legge ned.

Den offensive rollen innebærer på sin side at kommunen utvikler helhetlige og langsiktige strategier for framtidens muligheter og utfordringer. Dette kan dreie seg om endringer i næringsstruktur eller demografi, men også om nye krav og forventninger som stilles til kommunen. Statlige reformer kan være et eksempel på det sistnevnte. Slike tilfeller kan kreve at tjenesteyting og utviklingsarbeid er integrert i den kommunale organisasjonen, men dette er omdiskutert.

Skillet mellom tjenesteyting og utviklingsarbeid er i noen kommuner tydelig og gjennomført. Virksomhet innunder paraplyen samfunnsbyggende strategier blir ansett som vesensforskjellig fra driften av for eksempel helse- og omsorgstjenester. Finstad og Aarsæther (2003) mener det er uklokt for kommunene som utviklingsaktører å operere med et slikt skille:

Når en legger stor vekt på dette skillet mellom utvikling og tjenesteyting, må dette etter vårt syn bygge på en grunnleggende misforståelse av hva lokal samfunnsutvikling dreier seg om. Enhver kommunal tjeneste bringer kommunen som organisasjon i inngrep med deler av kommunesamfunnet. Kvaliteten på, og omfanget av, tilbud som for eksempel barnehager, skoler og eldreinstitusjoner, påvirker familiers velferdssituasjon og deres motivasjon for å bli eller flytte fra kommunen. Tilstedeværelsen av de samme institusjoner er med på å skape et arbeidsmarked som særlig etterspør kvinnelig arbeidskraft, noe som har store konsekvenser for en rekke familiers økonomi.

(Finstad og Aarsæther, 2003, s. 25)

Det er fristende å legge til *kommunens økonomi* i sitatets siste setning. Spesielt i små kommuner som strever med fraflytting og en aldrende befolkning, vil strategiske grep som forener tjenesteproduksjon og utvikling har stor relevans. En slik strategi innebærer en integrasjon av det kommunale ansvars to pilarer: Ansvar for å yte tjenester til kommunens innbyggere, og det territorielle ansvaret for å bidra til lokal og regional utvikling. Det leder også fram til oppgavens problemstilling.

Problemstilling

Gjennom en presentasjon av samhandlingsreformen, reformens krav til en ny kommunerolle og en gjennomgang av sammenhengen mellom kommunalt utviklingsarbeid og kommunens rolle som samfunnsutvikler, er det etter min mening demonstrert et behov for å vite mer om hvilke strategier små kommuner utvikler forut for og underveis i implementeringen av samhandlingsreformen. Ikke minst er det grunnlag for å spørre sentrale aktører om samhandlingsreformens krav søkes løst lokalt eller interkommunalt, og hvorvidt aspekter som

kompetanse, tjenestetilgjengelighet og rekruttering virker inn på denne avveiningen. Reformens beskrivelse av en ny kommunerolle og behovet for interkommunalt samarbeid utfordrer tradisjonelle forestillinger om kommunale ansvarsområder og kan bane vei for en konkurransesituasjon mellom kommuner. Muligheten for at det oppstår spenninger mellom de ulike kommunenes strategier er derfor tilstede. Det kan også være uenighet innad i en kommune om hvorvidt utfordringer bør løses lokalt eller interkommunalt. Problemstillingen i oppgaven kan derfor formuleres slik:

- Hvilke lokale og interkommunale strategier har de to case-kommunene valgt i møte med samhandlingsreformen?
- Hvordan er strategiene utviklet? Eksisterer det spenninger mellom dem, og i tilfelle, hva består disse spenningene av?

Teori

Studiens problemstillinger er både spesifikke og omfattende på samme tid. Lokale og interkommunale strategier ved iverksettingen av en stor, statlig reform som samhandlingsreformen er ikke abstrakte størrelser, men omhandler konkrete utfordringer de fleste norske kommuner kjenner til. Samtidig spenner problemstillingen over ulike teoretiske temaer. Både teori om strategisk planlegging og iverksettingsteori kan være relevant for oppgaven. Fokuset i studien ligger likevel på spenningen mellom lokale og interkommunale løsninger. Det teoretiske perspektivet tar derfor utgangspunkt i litteraturen om samstyring.

Interkommunale samarbeid er på ingen måter sjeldne eller oppsiktsvekkende. På samme måte som kommuner løser utfordringer lokalt gjennom egen organisasjon eller i samarbeid med aktører innenfor kommunegrensene, er interkommunale samarbeid ett av flere mulige verktøy for å løse nye problemer. Slike løsninger er heller ikke et nytt fenomen, og man trenger ikke henviser til ideologiske strømninger, statlige stimulerings tiltak eller neoliberal retorikk for å forklare deres eksistens. Det er derimot ofte så enkelt som at man gjennom samarbeid kan klare ting man ikke ville fått til alene (Røiseland og Andersen 2008, s. 11).

Kartlegginger viser at omfanget av interkommunalt samarbeid mellom norske kommuner er stort (Econ 2006; Vinsand og Nilsen 2007; Hovik og Stigen 2008; Vinsand, Nilsen og Langset 2010). Bare i Nordland fylke er det registrert 270 formelle samarbeidsordninger (Vinsand m.fl. 2010, s. 4). Dersom man bruker sysselsettingsgrad som mål på omfanget av samarbeid i Nordland, er omfanget likevel begrenset. Tall fra Vinsand m.fl. (2010, s. 6) tyder på at kun 2 av fylkets 44 kommuner har en interkommunal sysselsettingsgrad på over 5 %.

Årsaken til at relativt få i fylkets kommuner er ansatt i interkommunale samarbeid, er trolig at nær en tredjedel av samarbeidsløsningene er etablert innen kultur, natur og næring. Dette er lite arbeidsintensive oppgaveområder. Innenfor andre kommunale politikkkfelt er den innholdsmessige utviklingen karakterisert som svak (Vinsand m.fl. 2010, s. 1). De samme forskerne peker på svak framdrift i utviklingen av nye ordninger. Spesielt gjelder dette innen kommunal administrasjon og tjenesteproduksjon, hvor de hevder at *«behovet for økt*

kompetanse og kapasitet må vurderes som kritisk i mange av fylkets kommuner» (Vinsand m.fl. 2010, s. 1).

Manglende samarbeid innen kommunale kjerneoppgaver som helse, omsorg og undervisning er ikke et særtrekk ved Nordland. Det samme mønsteret finner vi i hele landet. Det er stort sett mer perifere oppgaver som brannvern, renovasjon og revisjon som dominerer i de etablerte interkommunale samarbeidene (Jacobsen 2009, s. 88). Mange forventer imidlertid en endring i dette bildet på grunn av samhandlingsreformen og eldrebølgen (Prop. 90 L, kap. 19,5). Dette skyldes blant annet at flere vil ha felles nytte av et samarbeid når kravene til kompetanse øker.

Felles nytte er et vanlig utgangspunkt for samarbeid, men er sjelden tilstrekkelig. Peters (1998) peker på fem faktorer som øker sannsynligheten for at samarbeid oppstår. I tillegg til gjensidig egeninteresse for å oppnå målet som samarbeidet søker å nå, må hver av partene bidra med noe som oppfattes som attraktivt for den andre parten. For det tredje vil mangel på alternativer lettere lede partene til organisert samhandling. Dersom lederne for partene også ser samarbeid som en god måte å redusere risiko på, eller som en mulighet til å øke sannsynligheten for suksess, vil dette ytterligere styrke sjansene. Til slutt mener Peters (1998) at likeverdige parter lettere vil samarbeide godt enn der hvor det er sterk asymmetri mellom deltakerne (Peters 1998, s. 26-27). En eller flere av de fem faktorene ser vi ofte i forbindelse med interkommunale samarbeid.

Interkommunale samarbeid foregår oftest mellom nabokommuner. I tilfeller av konstellasjoner som teller mer enn to eller tre kommuner, har som regel alle kommuner grense mot en eller flere av de andre deltakerne i samarbeidet (Lundquist 1998, s. 99).

Nabokommuner har flere insentiver for å samarbeide. Ikke minst er utsikten til gjentatt samhandling en buffer mot opportuniste ved at tillit opparbeides. Dermed reduseres også transaksjonskostnadene ved et samarbeid (Feiock 2007, s. 54).

Naboskap gjør det også lettere å oppnå stordriftsfordeler. Stordriftsfordeler nevnes ofte som en hovedbegrunnelse for samarbeid, særlig i tynt befolkede kommuner hvor enhetskostnadene for ulike tjenester er høye. I slike tilfeller kan samarbeid gi en mer kostnadseffektiv drift

(Feiock 2007, s. 49). Stordriftsfordeler er imidlertid ikke den eneste årsaken til at kommuner ønsker å løse oppgaver i fellesskap. Gossas (2006) peker på kompetanse som en like sentral faktor. Gjennom samarbeid kan små kommuner skape mer robuste fagmiljøer og dermed heve kvaliteten på tjenestene de leverer (Gossas 2006, s. 39-41, Andersen 2010, s. 11; Andersen 2008, s. 139).

Det er likevel ikke gitt at felles nytte og et delt ønske om økt kompetanse i tjenestene er tilstrekkelig for å etablere en interkommunal løsning. Dersom drivkraften for et eventuelt samarbeid er et mål om solid og stabilt fagmiljø, kan allierte kommuner ende opp som motparter i fordelingen av knappe goder. utfordringen i slike tilfeller, er kravet om konsensus mellom partene. Ettersom hver kommune i de aller fleste tilfeller står fritt til å velge om de vil løse en oppgave alene eller sammen med andre kommuner, er dannelsen av interkommunale samarbeid en prosess som er sårbar både for lokalpolitisk markering og fagfolk som ønsker å verne om sine domener (Andersen 2008, s. 139-140).

Begrensningene som frivillighet og konsensus legger på utviklingen av interkommunale ordninger har sin naturlige forklaring i demokratiske beslutningsprosesser. Kravet om enighet mellom kommunene som skal delta, sikrer kontroll og lokalpolitisk forankring. Faren for demokratisk underskudd i interkommunale samarbeid er et grundig behandlet tema i litteraturen (se f.eks. Sørensen og Torfing 2005; Aars og Fimreite 2005; Skelcher 2007 og Østre 2005). Enkelte har også pekt på at faren for demokratisk overskudd kan være en like sentral utfordring (Andersen 2008, s. 146). Diskusjonen rundt den demokratiske standarden for interkommunale samarbeid er ikke tema for denne studien, men det er likevel grunn til å minne om at kravene til demokratisk styring og kontroll øker når de interkommunale samarbeidsordningene tar over oppgaver som vanligvis defineres som del av det kommunale kjerneområdet. Denne spenningen mellom lokal og interkommunal oppgaveløsning er bare ett av temaene som diskuteres i forbindelse med samstyring.

Samstyring

Interkommunale samarbeid griper inn i den omfattende litteraturen om *governance* eller *samstyring* (Røiseland og Vabo 2008). Begrepene favner vidt og brukes også på ulike måter. Metodologisk peker det på en overgang fra å studere organisasjoner til å studere prosesser. I stedet for å betrakte organisasjonene som konstituerende enheter for iverksetting, flyttes fokuset mer mot styringsprosessene i seg selv. En slik tilnærming er beslektet med 80-tallets iverksettelsesstudier og debatten om implementering ovenfra og ned eller omvendt (Røiseland og Vabo 2008, s. 90). På denne måten er den analytisk-metodiske betydningen ikke irrelevant for denne studien. Governance-begrepet brukes også normativt, i sammenheng med *good governance*. Her er det imidlertid ikke en normativ, men en empirisk forståelse som legges til grunn. Begrepet brukes derfor i denne oppgaven om empiriske samhandlings- og styringsformer.

Samstyring er, ikke overraskende, styring sammen med andre. Gjennom horisontale sammenslutninger basert på tillit og forhandling, finner ulike prinsipaler fram til felles løsninger, ofte med offentlige myndigheter som tilrettelegger eller ressurssterk deltaker. Styringsformen skiller seg fra den klassiske hierarkiske styringskjeden, og er et uttrykk for offentlige myndigheters reduserte evne eller vilje til å styre ved hjelp av autoritative styringsvirkemidler. Denne utviklingen betegnes ofte som en overgang fra *government* til *governance* (Pierre og Peters 2000).

Framstillingen kan gi inntrykk av at dette er et nytt fenomen, men det er en misforståelse. I Norge er det flere eksempler på hvordan sektoroverskridende samarbeid har løst sentrale samfunnsutfordringer, blant annet på slutten av 1800-tallet med utbyggingen av kommunikasjoner og elektrisitetsforsyning (Andersen 2010, s. 10). I Norden har også offentlige beslutningsprosesser vært preget av en korporativ pluralisme, ikke minst i en periode etter andre verdenskrig da tiltroen til staten og hierarkisk styring var sterk (Rokkan 1987). Likevel, selv om samstyring ikke er et nytt fenomen, blir det feil å sette likhetstegn mellom et korporativt innslag i offentlig styring og dagens samstyring. For det første har denne formen for styring vokst i omfang. For det andre er dagens samstyring mer noe politikerne ønsker enn noe de må. Og sist, men ikke minst, er det lagt aktivt til rette for denne formen for styring, blant annet gjennom lovendringer gjør mer utvidet interkommunalt

samarbeid mulig. Andersen (2010) peker imidlertid på at diskusjonen omkring hvorvidt samstyring er et nytt eller gammelt fenomen kanskje er av mindre interesse. Det som derimot er interessant, er hvordan de ulike formene for styring forholder seg til hverandre. Studiens fokus på avveiningen mellom lokale eller interkommunale strategier tematiserer nettopp et valg mellom hierarki eller samstyring.

Samstyringen i denne studien omhandler hovedsakelig ett nivå i én sektor, nemlig kommunenivået i offentlig sektor. Likevel er variasjonen mellom de ulike uttrykkene for samstyring stor. Nettverk er ikke det samme som partnerskap, men begge er eksempler på styringsformer hvor flere prinsipaler samhandler. For å skille mellom de ulike formene, må man ta utgangspunkt i en variabel som skiller de ulike formene. Varighet, politikkområde og styringsnivå er eksempler på slike variabler. Målet i denne studien er å se nærmere på hvorfor to kommuner velger som de gjør i avveiningen mellom lokale og interkommunale strategier. Formaliseringsgrad er ikke en ordnende dimensjon i denne studien. Som nevnt er vertskommunemodellen anbefalt som legal ramme for interkommunale samarbeid knyttet til samhandlingsreformen. Likevel presenteres en tabell under som viser sammenhengen mellom formaliseringsgrad og muligheten for autorativ styring. Dette for å rette oppmerksomheten mot noen sentrale aspekter ved samstyring som er aktuelle i denne sammenhengen (Røiseland og Vabo 2008, s. 93).

Tabellen under er hentet fra Røiseland og Vabos artikkel om governance på norsk (Røiseland og Vabo 2008). Den viser sammenhengen mellom ulike empiriske uttrykk for samstyring, ordnet etter graden av formalisering, mulige organisasjonsformer og muligheten for autoritativ styring.

Lundquist (1998) peker på hvordan graden av formalisering er nært knyttet til hvilke oppgaver et interkommunalt samarbeid skal løse. I en studie av svenske kommuner deler han de interkommunale samarbeidene opp i tre kategorier: 1) Ressursutnyttende, 2) ressursmobiliserende og 3) ressursbevarende. Den siste kategorien omhandler samarbeid som skal ta vare på felles naturressurser og er derfor ikke særlig relevant for denne studien. De to første kategoriene er det derimot grunn til å se noe nærmere på.

I ressursutnyttende interkommunale samarbeid ønsker kommunene å spille på lag for å oppnå stordriftsfordeler. Dette er ofte små kommuner som ser muligheter for en mer effektiv drift. Incentivene er derfor sterke ettersom samarbeid framstår som et plussumspill. Ifølge Lundquist (1998), vil slike samarbeid ofte være sterkt formaliserte, ofte ved hjelp av lov. Årsaken til dette er todelt. For det første er det sentralt å unngå gratispassasjerer. Derfor må bidrag og forbruk være regulert. For det andre er kostnader ved ressursutnyttende samarbeid ofte lette å fordele ettersom man kan benytte grunnlagstall som folketall, geografisk størrelse, helseprofil for befolkningen eller lignende (Lundquist 1998, s. 98).

Ressursmobiliserende samarbeid har en annen profil. I slike tilfeller handler det om å etablere ny virksomhet innen kommunens grenser. Fordi bedriftsetableringer gir både arbeidsplasser og påfølgende skatteinntekter, vil kommunene ha sterk interesse av å konkurrere ut nabokommunene. Slike prosesser vil som regel bære preg av et nullsumspill. Lundquist (1998) argumenterer for at interkommunale samarbeid vil være mer sjeldne innen ressursmobilisering, og dersom de i det hele tatt forekommer, vil de være uformelt organisert. Med en løsere form for samarbeid vil det være lettere for den enkelte kommune å bryte ut dersom den skulle se seg tjent med det.

Lundquists vektlegging av stordriftsfordeler og økonomisk nyttemaksimering får lite støtte av Gossas (2006). Som tidligere nevnt peker Gossas på kompetanse og muligheten for større fagmiljøer som en like sentral drivkraft. Vektleggingen av kompetanse kommer delvis som en konsekvens av kvalitetskrav og nye oppgaver fra staten. Selv om Gossas henter dataene sine fra Sverige, er dette elementer vi kjenner igjen fra norske forhold, blant annet fra St.meld. 47 (2008-2009) og drøftingen av kommunenes evne til å håndtere samhandlingsreformen.

Gossas (2006) viser også til sterkere konkurransekraft, felles stemme for påvirkning av omverdenen og større handlingsrom som drivkrefter for interkommunalt samarbeid. Ikke minst er muligheten for å framstå som én aktør i forhandlinger med andre aktører, deriblant staten, en viktig motivasjonsfaktor. Dette gir et mer regionalt preg på interkommunale samarbeid og er i tråd med Gotaas´ sitering av Svenska Kommunforbundets kommentar om «*en förskjutning från samverkan enbart utifrån effektivt resursutnyttjande till så kallade utvecklingsfrågor*» (Gotaas 2006, s. 39).

De teoretiske bidragene peker altså på flere mulige beveggrunner for å inngå interkommunalt samarbeid. Oppsummert dreier det seg om ressursutnyttende – og mobiliserende samarbeid, samarbeid for å bedre kompetanse og lette rekruttering, forhandlingsstyrke og risikoreducerende samarbeid.

Denne studien skiller seg temamessig noe fra de teoretiske bidragene. Formålet er ikke å drøfte interkommunalt samarbeid og graden av effektivitet eller demokrati, ei heller å se nærmere på lovgrunnlaget for slike ordninger. Hensikten er derimot å beskrive hvilke lokale og interkommunale strategier de to kasekommunene har valgt, hvordan strategiene er utviklet og hvilke spenninger som eventuelt har oppstått mellom disse strategiene. Derfor er det heller ikke en bestemt teoretisk modell som skal brukes eller testes. I stedet har studien en ambisjon om å bruke de teoretiske bidragene i diskusjonen om hvordan aktørene i de kommunene har valgt. Hele spekteret av det presenterte materialet i dette kapittelet vil derfor være relevant.

Metode

I dette kapittelet skal jeg redegjøre for de metodiske valgene som er tatt i løpet av studien. Først redegjør jeg for produksjonen av data, før jeg dweler mer ved noen av de erfaringene som er gjort. Kapittelet avsluttes med en drøfting av noen sentrale metodiske utfordringer.

Arbeidet med denne studien har vært en læringsprosess med prøving og feiling. Mine betraktninger er like mye et resultat av etterpåklokskap som uttrykk for et hundre prosent bevisst forskningsdesign. Denne erfaringen har ført til at jeg i dette kapittelet vil legge mer vekt på erfaringer og kritisk drøfting av noen momenter enn grundig beskrivelse av fordeler og ulemper ved de metoder jeg har brukt. Jeg prioriterer slik av to grunner. Den ene er at mange metodekapitler framstår som mer eller mindre rituelle øvelser, hovedsakelig basert på sitater fra metodebøker. Slike referater gir i realiteten et lite sannferdig bilde av forskningsprosessen, i alle fall slik den har vært for meg. Den andre grunnen er derfor et ønske om å gi leseren innsikt i hvordan arbeidet har vært, hvilke problemer jeg har støtt på og hvordan jeg har vurdert mulige løsninger. Det er viktig å huske på at prøving og feiling er en nødvendig del av arbeidet for å bli en bedre forsker. Eller som Ryen (2002) sier det: *"Forskning er som livet: man må faktisk utføre det"* (Ryen 2002, s. 282).

Som en av to mottakere av et stipend i et større forskningsprosjekt, var noen avgjørelser allerede tatt da jeg startet arbeidet. *"Interkommunalt samarbeid som lokal utviklingsstrategi"* var temaet for stipendet, og i utlysningbrevet sto følgende formulering: *"Datainnsamling vil omfatte en kartlegging av alt interkommunalt samarbeid som kommunen(e) er involverte i, analyse av dokumenter samt kvalitative intervju med relevante aktører."* (utlysningbrevet, vedlagt). Både kaskommuner og metode var med andre ord bestemt på forhånd, min jobb var å utarbeide det konkrete forskningsdesignet og gjennomføre studien. En slik bestillingstekst fritar ikke for metodiske avveininger, ei heller for problemer underveis i prosessen. Men det innebærer likevel en betydelig innsnevring av mulige valg. Dette vil jeg komme tilbake til. Først skal jeg imidlertid beskrive produksjonen av data gjennom kartlegging, dokumentanalyse og kvalitative intervjuer.

Produksjon av data

Kartleggingen av alt interkommunalt samarbeid som kommunene er involvert i, ble ikke utført. Det ble nemlig tidlig klart at kommunene flere ganger tidligere har beskrevet egne interkommunale samarbeid (NF-rapport 8/2006; Econ 2006 og Vinsand og Nilsen 2010). I tillegg viste det seg at en større kartlegging foregikk parallelt med våre studier. Jeg og den andre stipendmottakeren tok derfor kontakt med oppdragsgiveren for denne andre kartleggingen. Velviljen vi møtte resulterte i en avtale om at vi kunne benytte oss av deres data. Slik forhindret vi å legge mer beslag på kommunenes administrasjon enn nødvendig. De av dataene som er relevante for de to kaseskommunene vil senere bli samlet i en egen rapport. En slik framgangsmåte løser også problemet med anonymisering av kommunene. I denne studien opereres det med fiktive navn på kaseskommunene, og det vil blitt vanskelig dersom kartleggingen skulle inngått som en del av denne studien.

Analyse av dokumenter

Forskningsdesignet for oppgaven var basert på god tilgjengelighet til relevante dokumenter. Særlig aktuelle var de nye helse- og omsorgsplanene som skulle vedtas, én i hver kaseskommune. Dessverre ble den ene kommunen forsinket i dette arbeidet. Jeg har derfor bare hatt tilgang til én helse- og omsorgsplan under arbeidet med studien

I analysen av strategidokumentet til den ene kommunen har jeg benyttet en etnografisk tilnærming. Hensikten har vært å forstå blant annet hvem teksten er skrevet for, hvilken hensikt teksten har, hva som blir tatt for gitt i dokumentet og hva som blir utelatt (Silverman 2006, s. 168). Jeg har med andre ord ikke sett det som min oppgave å avgjøre om det som står i strategidokumentet er en sann representasjon av situasjonen kommunen befinner seg i, men derimot sett på dokumentets funksjon og kontekst. For øvrig har jeg brukt de samme analysekategoriene for både dokumenter og kvalitative intervju. Analysemodellen vil bli nærmere presentert senere i dette kapittelet.

I november deltok jeg på et møte i regionrådet som kommunene søker til. Her fikk jeg nyttige tips om dokumenter som omhandlet samhandlingsreformen på regionalt nivå. I tillegg har naturlig nok generelle dokumenter som for eksempel stortingsmeldingen om samhandlingsreformen (St.meld. 47, 2008-2009) og Nasjonal helse- og omsorgsplan (Meld. St. 16, 2010-2011) vært sentrale. Den nye folkehelseoven og ikke minst høringsuttalelsene til lovproposisjonen har også vært nyttige dokumenter (Prop. 90 L (2010-2011)). Disse tekstene har imidlertid ikke vært analysert nærmere.

Kvalitative intervju

Det empiriske arbeidet som knytter seg til kvalitative intervju er gjort i tre etapper. Første møte med de to kaskommunene var en samtale med ordfører og rådmann i hver av de to kommunene i august 2011. Hensikten med samtalen var å danne seg et førsteinntrykk av utfordringer og aktuelle problemstillinger for de to kommunene. Den andre mottakeren av stipend deltok også i denne første kontakten med kommunene. Vi hadde på forhånd forberedt noen spørsmål som også ble sendt respondentene på e-post, men møtene var forholdsvis ustrukturerte og det ble heller ikke brukt båndopptaker.

Andre møte med representanter for kaskommunene var i desember samme år. I utgangspunktet var dette en datainnsamling for en svensk doktorgradsstudent, med ordfører og rådmann som intervjuobjekter. Intervjuguiden var utformet av andre, og selve intervjuet ble i hovedsak utført av professor Asbjørn Røiseland. Spørsmålene var likevel relevante for min egen studie, og jeg fikk også mulighet til å stille oppfølgingsspørsmål. Som en del av arbeidet skrev jeg en 17-siders rapport som redegjorde for datainnsamlingen (Bjørge 2011). Rapporten brukes i den kommende analysen, og den hadde også stor innvirkning på utformingen av min egen intervjuguide.

Tredje gang var det endelig min tur til å møte intervjuobjektene på egenhånd. Med en mer presis problemstilling og – forståelse var antall respondenter i de to kommunene noe utvidet. I tillegg til rådmann og ordfører, var også kommuneoverlege og medlemmer av en strategigruppe i den ene kommunen med i utvalget. Totalt ble åtte personer intervjuet. Intervjuene ble gjort i løpet av en måned, fra midten av april til midten av mai 2012. Intervjuene ble tatt opp på bånd og senere transkribert. Intervjuguiden er vedlagt.

Ved utvelgelsen av intervjuobjekter har jeg lagt stor vekt på å få informasjonsrike respondenter (Ryen 2002, s. 88). Ettersom ordfører og rådmann også deltok på de to første etappene av empiriproduksjonen, var det naturlig å inkludere disse også i tredje runde. I tillegg var det sentralt å få representanter fra kommunens helse- og omsorgstjeneste i tale. Som et mulig ”negativt tilfelle” intervjuet jeg også en representant for eldrerådet i den ene kommunen. Det har likevel ikke vært et prioritert mål å få fram alle mulige nyanser i helsedebatten i den enkelte kommune. Det ville bli for omfattende. Jeg har derfor konsentrert meg om politisk og administrative ledere.

Utvalget av intervjuobjekter var i utgangspunktet større, men på grunn av frafall fikk jeg ikke snakket med alle. Det vil si, jeg har ikke fått direkte nei fra noen, men når enkelte ikke svarer på henvendelser, avlyser avtaler og flytter oppsatte intervjuer, må det etter hvert vurderes om en slik atferd er et uttrykk for at man ikke ønsker å bli intervjuet. Hvor grensen skal trekkes for når atferden bør tolkes slik, er ikke lett (Ryen 2002, s. 89). For min egen del ble det en etisk vurdering rundt hvert enkelt tilfelle. Men når intervjuavtaler blir avlyst samme dag eller dagen før flere ganger, er det etter min oppfatning vanskelig å tolke det annerledes enn at vedkommende ikke ønsket å bli intervjuet.

Ett av intervjuene ble foretatt som et gruppeintervju. Dette var en pragmatisk og praktisk løsning på tidsnød blant tre ansatte som jobbet tett sammen. Individuelle intervju ville derfor stjele unødig mye arbeidstid. Selv om gruppeintervjuet hadde enkelte episoder hvor intervjuformens fordeler kom tydelig fram, som for eksempel utdyping og diskusjon, har jeg ingen klare holdepunkter for at dataene som kom fram i dette intervjuet skilte seg fra de andre intervjuene.

I presentasjonen av det empiriske materialet har jeg valgt å ta med mange sitater. Årsaken er rett og slett at jeg synes intervjuobjektene kom med mange spennende betraktninger som best sto seg som direkte sitater. Med andre ord er sitatene spennende lesning som både bidrar med innsikt i studiens problemstilling og gjør leseropplevelsen mer engasjerende (Yin 1989,s.

194). Faren ved en slik presentasjon er at framstillingen blir uoversiktlig og lite analytisk. Samtidig gir sitatene leseren en direkte inngang til aktørenes beskrivelse og forståelse. Dermed kan leseren også vurdere den etterfølgende analysen opp imot det empiriske materialet (Repstad 2007, s. 150).

Erfaringer fra dataproduksjonen

For å gå rett på sak; en erfaring synliggjøres allerede i deloverskriften. Prosessen rundt datainnsamlingen har gjort det tydelig for meg at data ikke samles inn, men produseres i møtet mellom intervjuer og respondent (Law 2004, s. 13). Dette er ikke det samme som å si at dataene konstrueres (Law 2004, s. 19). Et eksempel på dette er bruken av ordet ”strategi”. I hvilken grad respondentene hadde brukt dette begrepet i eller om sitt arbeid med samhandlingsreformen, varierte. Flere stusset da spørsmålene mine tok begrepet i bruk, og svarte først benektende på hvorvidt kommunen hadde hatt en strategi, enten den var lokal eller interkommunal. Noen opprettholdt sitt standpunkt om mangel på strategi, mens andre langsomt kom fram til at jo, strategi var det rette ordet på arbeidet som ble utført i forbindelse med reformen. Bruken av et slikt ord endrer innholdet i det som blir til i intervjusituasjonen, og er etter min mening et eksempel på at forskeren skriver fram kunnskapen, han avdekker ikke virkeligheten (Law 2004, s. 31). Implikasjoner av begrepet strategi vil også bli drøftet senere i dette kapittelet.

En annen erfaring som har gjort inntrykk, er verdien av et tidlig møte med det empiriske feltet. Den første kontakten min medstudent og jeg hadde med kommunene i august 2011, var både motiverende og avklarende. Det var også en fordel å være to, slik at vi i ettertid kunne diskutere inntrykkene vi hadde fått. En slik empirisk smakebit hadde også konsekvenser for forskningsstrategien i studien (Blaikie 2010, s. 89).

Intervjuene var i seg selv en erfaring som fortjener en liten beskrivelse. Kort fortalt opplevde jeg intervjusituasjonene som krevende. Selv om jeg har intervjuet før, var det utfordrende å styre samtalen slik at jeg fikk mest mulig relevant informasjon. Det var også vrient å vite når og hvordan jeg skulle stille oppfølgingsspørsmål for å få intervjuobjektet til å utdype et svar, uten at jeg samtidig ledet vedkommende i en bestemt retning. Disse problemene var en

umiddelbar utfordring, men de ble også tydeliggjort under transkriberingen og analysen. Timingen og strukturen ble bedre i de senere intervjuene, men alt i alt ser jeg at det kan gjøres bedre.

Tre vanskelige momenter

Som nevnt innledningsvis i dette kapittelet, reduseres antall metodiske valg når man mottar en oppdragstekst som den jeg fikk da jeg ble tilkjent stipendet. Det betyr ikke at man unngår kritiske vurderinger av metodologien. I det følgende vil jeg drøfte tre momenter: Kritisk kasus, orden versus kaos og skillet mellom *er* og *bør*.

Kritisk kasus

Som en kasusstudie har denne framstillingen mulighet til å gå tett på to enheter og studere disse grundig. Bruk av kasus er imidlertid omdiskutert. Uenigheten dreier seg i første rekke om mulighetene til å generalisere på bakgrunn av kasus. Kritikerne hevder at kunnskap som er kasusbasert i for stor grad er kontekstavhengig til at den er har gyldighet ut over den helt spesifikke situasjonen (Flyvbjerg 1991, s. 137). Dette er et argument Flyvbjerg (1991) avviser.

Flyvbjerg (1991) hevder generaliserbarheten i kasusstudier kan økes ved strategisk utvelgelse av det enkelte kasus. I stedet for å ta en tilfeldig stikkprøve, bør man velge et kritisk kasus. Et kritisk kasus kan defineres som et eksempel som har strategisk betydning i forhold til en overordnet problemstilling (Flyvbjerg 1991, s. 149). Kritiske kasus gir både mer informasjon, beskriver flere grunnleggende mekanismer i situasjonen som problemstillingen adresserer og øker validiteten. I tillegg kan man ved hjelp av kritiske kasus formulere generaliseringsbetingelser. Slike generaliseringsbetingelser har gjerne en form som ”*hvis denne, så mange*” eller ”*hvis ikke denne, så ingen*”. I dette tilfellet ville en tenkt generaliseringsbetingelse omhandle interkommunalt samarbeid: ”Hvis ikke disse to kommunene klarer å løse utfordringene som samhandlingsreformen gir gjennom interkommunalt samarbeid, så viser det at interkommunalt samarbeid ikke er egnet til å løse denne typen utfordringer”.

Er så studiens to kommuner kritiske kasus for interkommunalt samarbeid? Det er et åpent spørsmål. Kommunene vil bli nærmere presentert i neste kapittel, men allerede nå kan det avsløres at dette er to kommuner med tett og omfattende samarbeid den dag i dag. Begge kommunene har under 3000 innbyggere, fraflyttingen har vært betydelig de siste 40 årene og det er langt til nærmeste større by. Det er derfor nærliggende å tenke at dette er kommuner som må samarbeide for å møte de nye kravene samhandlingsreformen stiller.

Samtidig foregår samarbeidet primært på andre politikkområder enn helse og velferd. Den siterte kartleggingen utført av Vinsand, Nilsen og Langset (2010), framhever helsesektoren som et av områdene hvor interkommunale samarbeidet er særlig svakt utviklet (Vinsand m.fl. 2010, s. 12). Et tett og omfattende samarbeid er et signal om at den enkelte kommune ikke finner det mulig eller hensiktsmessig å løse en oppgave alene. Innen helse er det derimot vanlig at kommunen organiserer tjenestene innenfor egne kommunegrenser.

Kommunenes alenegang innen helse- og omsorg kan forklares på flere måter, men enten det er kommunens legitimitet (Baldersheim, Pettersen og Rose 2011, s. 24) eller tjenestetilgjengelighet (Gossas 2006, s.40), kan det argumenteres for at samarbeid om tjenester innen helse- og omsorgssektoren ikke uten videre er sammenlignbart med interkommunalt samarbeid på andre oppgaveområder. Selv om kommunene har lang erfaring med samarbeid på områder som renovasjon og brannvern, er dette samarbeid som ikke setter den interkommunale samarbeidsstrategien på prøve. Det er derimot gode grunner for å anta at et samarbeid innen de kommunale kjerneoppgavene som helse og omsorg vil legge press på en slik interkommunal strategi.

Helse- og omsorgsoppgaver er utvilsomt noe annet enn renovasjon og brannvern. Likevel er det vanskelig å forestille seg hvilke andre kriterier enn kjennetegnene på de to kasuskommunene som skulle ligge til grunn for et kritisk kasus på dette området. Kasusene er hentet fra et område hvor kommunegrensene overskrides regelmessig for å løse problemer og utfordringer (Gossas 2006, 159). Og samarbeidsordningene inkluderer også eksempler på

samarbeid innen helsesektoren. Det er derfor gode grunner til å anta at en samarbeidsløsning vil være aktuell for disse to kommunene. Jeg har derfor valgt å betrakte de to kommunene som kritiske kasus.

Orden og kaos

Studien har et tydelig fokus på strategi. Ja, problemstillingen spør til og med etter strategier i flertall, både lokale og interkommunale. Spørsmålet er om et slikt perspektiv er egnet til å beskrive hvordan aktører i to kommuner håndterer en nylig iverksatt reform.

Iverksettingen av en stor, statlig reform vil for en kommune utvilsomt medføre noe usikkerhet, mangel på kontroll og prøving og feiling. Slik opplevde flere kommuner implementeringen av Nav-reformen, og slik har mange kommuner erfart oppstarten av samhandlingsreformen (Holm 2012, s. 39). Dersom man ønsker å beskrive noen av de avveiningene og valgene som kommunene må ta i forkant og underveis i den første, kanskje lett kaotiske fasen, bør man da spørre om noe så fastlagt som strategier?

Jakten på strategier forutsetter en verden som er systematisk, planlagt og strukturert. Men virkeligheten er sjelden så ordnet. Det fikk jeg da også erfare i møte med kommunene. Denne erkjennelsen gir assosiasjoner til John Laws (2004) argument om at samfunnsvitenskapene i møte med ”mess” har en tendens til å lage enda mer kaos. For forskeren er praksis som regel mindre enhetlig enn hva lærebøker om metode gir inntrykk av. Dette fordi virkeligheten selv er flytende og uklar. Forsøk på å fange den inn i enkle beskrivelser gjør den bare mer uoversiktlig (Law 2004, s. 2).

En slik innvending kan rettes mot denne studien. Fokuset på strategi kan føre til at de delvise sammenhengene glipper fordi man ikke finner en masterplan for et forventet, rasjonelt forløp. Denne risikoen må forskeren erkjenne og ta hensyn til i det empiriske arbeidet:

Method, in the reincarnation that I am proposing, will often be slow and uncertain. A risky and troubling process, it will take time and effort to make realities and hold them

steady for a moment against a background of flux and indeterminacy.

Law 2004, s. 10

Skillet mellom er og bør

Allerede tidlig i arbeidet med denne studien ble jeg overrasket over det jeg oppfatter som normative utsagn om interkommunalt samarbeid mellom små kommuner. Om det ikke alltid var en entydig bias for fordelene av å samarbeide, eller rettere sagt, det umulige ved ikke å gjøre det, var oppgavens tema et område med en rekke prekonstruksjoner.

Framfor å diskutere mulige prekonstruksjoner, vil jeg heller sitere et av intervjuobjektene (se under). Selv vil jeg nøye meg med å kommentere at det har vært en konstant utfordring å vurdere om spørsmålsstilling, førforståelse og begrepsbruk er preget av normative oppfatninger og prekonstruksjoner som trekker analysen og forståelsen samme vei. Kommentaren under kom etter at spørsmålsstiller hadde brukt ordet «utkant»:

Spørsmålsstillingen er interessant, og jeg kjenner at det er noe som våkner i meg. Vi er på en måte allerede definert. Noen har definert oss som utkantkommune. Men vi er i sentrum, vi har satt oss i sentrum fordi vi ikke ønsker å være en utkantkommune. For det ligger mye makt og avmakt i en slik definisjon. Dere som forskere må være bevisste på hvilke ord dere bruker. Hvem er det som har definisjonsmakten, og hvem er det som definerer hvem? For slike definisjoner former oss. Men vi har et litt annet selvbilde, og det er en kamp å opprettholde det bildet fordi det alltid er noen andre som påtar seg retten til å definere og dermed har den makta. Det er et stigma ved begrepet utkant, og stigmaet er plagsomt. Og jeg vet ikke hvor mange ganger jeg har opplevd at folk har blitt overrasket over hvor mye vi får til.

Ordfører.

Analysemetode - et strategisk perspektiv på endring

Analysearbeidet starter ved den første kategoriseringen av rådata og bør følge datainnsamlingen parallelt. Mange studier unnlater imidlertid å gjøre rede for hvordan data er analysert (Law 2004, Ryen 2002). I dette arbeidet har jeg valgt en analysemodell som

muligens ikke er vanlig ved studier om interkommunale samarbeid ettersom modellen opprinnelig er tiltenkt studier av endring.

Et strategisk perspektiv på endring er en måte å studere og forstå organisasjoners reorganisering. Perspektivet kan brukes i ulike varianter, men fellesnevneren er at strategier, utviklet i og av organisasjonen, vurderes som bestemmende for utfallet av endringen. Dermed blir organisasjonens strategier objektet for undersøkelse og analyse (Fimreite 2005, s. 166). Blant flere ulike former for strategiske tilnærminger til endring, skal vi i det følgende se nærmere på retningen som kalles kontekstuell-prosessuell.

Det kontekstuelle-prosessuelle perspektivet vektlegger endringens substansielle, kontekstuelle og prosessuelle karakter. Sammen bidrar disse faktorene til en forståelse av hvorfor noen organisasjoner forsøker å endre seg og årsakene til at de lykkes eller mislykkes. Både substans, kontekst og prosess er avgjørende for å forklare hvordan endringen forløper og hva den resulterer i.

Endringssubstans omhandler hva som endres og hvor stor endringen er. Type endring refererer til hva som er endret og kan enklest studeres gjennom hva som faktisk er annerledes i organisasjonen etter reorganiseringen. Dette kan dreie seg om endring i tilpasningsdyktighet, teknologi eller roller (Fimreite 2005, s. 168). Omfanget av endring omhandler på sin side hvor omfattende denne endringen er.

Konteksten for endringene utgjør drivkreftene for organisasjonens tilpasning. Endring skjer ikke et tomrom, og endringskonteksten henspiller på de ytre og indre faktorene som organisasjonen forsøker å tilpasse seg, og som gjør endring nødvendig. Konteksten legger samtidig føringer for endringens substans, hva som er mulig å endre og i hvilket omfang.

Ytre kontekst er forhold utenfor organisasjonen som gjør reorganisering og endring mulig og ofte nødvendig. For en offentlig organisasjon som en kommune, er endringer i lovverk og retningslinjer av særlig betydning. Statlige reformer tvinger ofte fram endring, men legger

samtidig rammer for hva som er mulig for kommunen å gjøre. Den ytre kontekst kan imidlertid også være mindre generell enn eksempelet med en statlig reform. Dersom vi fortsatt forholder oss til en kommune som eksempel, kan demografiske endringer i kommunen, spesielle kompetansebehov eller regionale forhold også utgjøre en kontekst som på samme tid driver fram endring, men også legger visse begrensninger på mulighetsrommet.

Indre kontekst er på sin side organisasjonsinterne forhold som påvirker organisasjonens kapasitet og evne til endring. Organisasjonskultur, etablert struktur og ledelse er eksempler på slike forhold, det samme er økonomisk situasjon og kompetanse blant de ansatte. På samme måte som den ytre konteksten, utgjør slike forhold på samme tid både drivkrefter til endring og rammer for hvilken og hvor mye endring som er mulig. Spesielt kommer dette til uttrykk dersom den indre konteksten skifter.

Endringsprosessen binder sammen kontekst og substans, og omhandler hvordan endringen organiseres og hvem som deltar (Fimreite 2005, s. 171). Graden av deltakelse og åpenhet er avgjørende for hvordan prosessen kategoriseres. Dersom prosessen organiseres på en usegmentert måte, innebærer dette en åpen og fri samhandling med mange ulike aktører. I en kommune som skal endre sitt tilbud til eldre, vil en endringsprosess være usegmentert dersom det arrangeres folkemøter og alle impliserte parter deltar i debatten. Det innebærer at både pensjonister, pårørende, ansatte i helse- og omsorgstjenesten, politikere og administrasjon får bidra med sine perspektiver og meninger. En slik prosess kan imidlertid også være spesialisert eller hierarkisk organisert.

I en spesialisert prosess vil en endring i kommunens tilbud til eldre kun involvere de med spesifikk fagkunnskap om temaet. Fagfolk og spesialister vil både legge premissene for mulig endring og vurdere de ulike momentene opp mot hverandre. I dette eksempelet kan man tenke seg at kommuneoverlegen og andre helsefaglige ansatte, samt lokalpolitikere med særlig kunnskap om saksfeltet, er de som deltar i prosessen.

I en hierarkisk prosess er det derimot bare den øverste ledelsen i kommunen som deltar i beslutningene om et nytt tilbud til eldre. Skal endringer gjennomføres, er man derfor avhengig av at for eksempel rådmann eller ordfører engasjerer seg i spørsmålet.

Graden av åpenhet i prosessen er avtakende fra en usegmentert organisering til en spesialisert og endelig en hierarkisk organisering. Det samme vil trolig graden av uenighet og konflikt være ettersom gruppen av deltakere vil være mer homogene og derfor trolig dele virkelighetsoppfatning og referansebakgrunn. Dette utelukker imidlertid ikke ulike synspunkter mellom partene, eksperter kan være uenige om hva som er rett og galt, på samme måte som rådmann og ordfører kan ha forskjellige oppfatninger av en sak.

Kontekst knyttes til substans gjennom prosess dersom det mobiliseres rundt den indre og ytre kontekst og denne mobiliseringen gir legitimitet til endring (Fimreite 2005, s. 172). Mangfoldet blant dem som deltar i prosessen og åpenheten omkring den, vil ifølge det kontekstuelle-prosessuelle perspektivet påvirke hvilke koalisjoner som kan dannes i mobiliseringen. Dersom få er involvert, som i en hierarkisk organisering, er sjansene større for å nå fram til en enighet som kan danne utgangspunkt for en mobilisering for endring. Om prosessen på den annen side er preget av mange deltakere med ulike interesser, blir det vanskeligere å etablere en koalisjon som kan beslutte en endring. Usikkerheten i sistnevnte organisering gjør det også vanskeligere å spå endringsutfallet, altså substansen, fordi mye kan skje underveis når mange er involvert i prosessen. En mer lukket prosess vil derimot gi en enklere mobilisering og følgelig en større mulighet til å forutsi substansen i endringen ut fra kjennskap til konteksten som utløste behovet for forandring (Fimreite 2005, s. 172).

Resultater

I dette kapittelet vil jeg presentere det empiriske materialet. Framstillingen starter med en kort presentasjon av de to kaskommunene. Eksisterende interkommunale samarbeid innen helse- og omsorgssektoren nevnes også, før den ytre konteksten, som er tilnærmet lik for begge parter, beskrives. Deretter gjennomgås kommunene hver for seg ved hjelp av de samme seks kategoriene som er brukt under analysen av empirien. Foruten *kontekst*, *prosess* og *substans*, som ble presentert ved gjennomgangen av det kontekstuel-prosessuelle perspektivet, har jeg også brukt kategoriene *konflikt* og *framtid*.

Bragdøy kommune

«Bragdøy» kommune er en kystkommune med mindre enn 3000 innbyggere. Med landbruk og fiskeoppdrett som dominerende næringsveier, er det ikke overraskende at folk bor spredt. Bosetningsmønsteret er også preget av at kommunen i 1964 ble slått sammen med hele eller deler av nærliggende kommuner. Bragdøy har derfor flere små sentra. Folketallet har over lengre tid vært fallende. På de knappe 50 årene som har gått siden kommunesammenslåingen, er antall innbyggere redusert med over 40 %. Sammen med bosetningsmønsteret har dette gitt et krevende utgangspunkt for kommunens tjenesteproduksjon. Bragdøy har likevel utmerket seg ved å satse på fagutvikling innenfor helse- og omsorgstjenester, og har vært en foregangskommune på flere områder relatert til medisinske utfordringer i distriktskommuner.

Bragdøy ligger langt fra nærmeste by, og geografien er en utfordring. Avstandene er store innad i kommunen, det samme er reisetida til kommunesentrene i nabokommunene. Selv om Bragdøy har et omfattende samarbeid med omkringliggende kommuner, er man derfor vant til å klare mye på egenhånd.

Granli kommune

«Granli» kommune har i underkant av 2000 innbyggere og grenser til Bragdøy. Også her har innbyggertallet vært i tilbakegang, men de siste par årene har kurven snudd og gitt grunn til

forsiktig optimisme. Landbruk og fiske preger ikke lenger Granli slik det gjorde før. I stedet er det oppdrett, kraftproduksjon og turisme som dominerer næringslivet. Granli har også gjort seg bemerket nasjonalt for bevisst satsing på visse tjenester. Spesielt er kommunen dyktig innen integreringsarbeid og folkehelse. I likhet med Bragdøy har kommunen flere tettsteder som alle ønsker kommunale tjenester lokalisert i nærheten.

Felles for Bragdøy og Granli er en perifer plassering i forhold til større sentra. Kommunene er små hva gjelder folketall, men har en vidtrekkende geografi. Befolkningen bor spredt og er aldrende. Offentlig tjenesteyting sysselsetter mange, men plasseringen av ulike tilbud er omdiskutert på grunn av mange jevnstore tettsteder og lange avstander både internt og mellom kommunene.

Ulikhetene mellom kommunene handler kanskje i første rekke om størrelse og plassering. Bragdøy er og har alltid vært større, mens Granli kanskje ligger mer sentralt plassert i forhold til nabokommuner og har flere valgmuligheter når det gjelder samarbeidspartnere. Tar man utgangspunkt i kommuneklassene til Statistisk sentralbyrå (SSB), havner Bragdøy i gruppen *Blandede landbruks- og industrikommuner*, mens Granli kategoriseres som *Mindre sentrale, blandede tjenesteytings- og industrikommuner* (ssb.no). Kommunene er gode på litt ulike felt, og har derfor fordelt flere oppgaver mellom seg i tråd med den enkeltes kompetanseprofil.

Interkommunale samarbeid

Både Bragdøy og Granli har en rekke samarbeidsordninger med nabokommuner, i visse tilfeller også med kommuner som ikke ligger geografisk nært, men som deler visse fellestrekk og utfordringer innen enkelte tjenesteområder.

Innenfor helse og omsorg er det åtte sentrale interkommunale samarbeid. Tre av disse er organisert gjennom regionrådet og omfatter mange kommuner. De fem andre er samarbeid med ulik geometri.

De regionale samarbeidene innen helse består av et helse- og miljøtilsyn, et samarbeidsprosjekt knyttet til implementeringen av samhandlingsreformen og et forhandlingsutvalg for utarbeidelse av avtaleverk mellom kommunene og det regionale helseforetaket. De to sistnevnte samarbeidene har ifølge regionrådet en uviss framtid og vil muligens bli avvirket fra årsskiftet ettersom mandatet blir betraktet som oppfylt når samarbeidsavtalene er vedtatt av kommunestyrene.

De resterende samarbeidene består av ulike kommuner. Jordmortjeneste, alarmtelefon og legevakt er organisert mellom tre kommuner, inkludert Bragdøy og Granli. Disse tre kommunene samarbeider tett og fyller ifølge den siterte rapporten fra Vinsand m.fl. (2010) definisjonen til et regionråd. Det er imidlertid viktig å understreke at dette trepartssamarbeidet ikke er et formelt regionråd.

Et samarbeid som omhandler elektronisk samhandling i helsetjenesten inkluderer også en kommune i nabofylket. Denne kommunen tilhører derfor et annet regionalt helseforetak. Det siste samarbeidet som her skal nevnes, er et samarbeid Bragdøy har med to andre kommuner med tilsvarende helsesenter som det Bragdøy har.

Ytre kontekst

Demografi

Den mest sentrale faktoren i den ytre konteksten er allerede beskrevet i kapittelet om samhandlingsreformen. Som en omfattende statlig reform, leder den til endring og tilpasning i alle landets kommuner. Den ytre konteksten for Bragdøy og Granli består likevel av mer enn bare samhandlingsreformen og dens lovendringer. I tråd med eksemplene i presentasjonen av det kontekstuelt-prosessuelle perspektivet, vil jeg se nærmere på demografiske endringer, kompetansebehov og regionale forhold.

Prognoser på alderssammensetningen i Norge tyder på en betydelig økning blant de eldste eldre de kommende tiårene (NOU 2010:5). Grappa over 80 år er den mest ressurskrevende

pasientgruppa for offentlige helsetjenester, ikke minst på grunn av sykdommer som demens og hjerte-karsykdommer (Næss et. al 2007). Sykdommene som vil legge størst beslag på helsetjenestene i årene framover vil derfor være tettere knyttet til aldersrelaterede forhold enn tidligere. Dette er en generell utvikling for hele landet, men små kommuner med nedgang i nedgang i folketallet vil bli rammet først. En aldrende befolkning var et tema som flere av intervjuobjektene nevnte.

Flere av de små kommunene med en aldrende befolkning har i tillegg nedgang i innbyggertallet. Dette gjelder også Bragdøy og Granli. Kombinasjonen av disse demografiske endringene reduserer handlingsrommet til de to kommunene. Blant flere av intervjuobjektene var det en reell bekymring over at dette ville gå ut over helse- og omsorgstjenestene:

Skal man opprettholde dagens tilbud, trenger man friskt blod – unge tilflyttere. Dersom befolkningsutviklingen fortsetter, spørres det om vi klarer å opprettholde like gode tjenester. Vi blir jo bare færre og færre.

Kommuneoverlege, Bragdøy.

Dersom folketallet fortsetter å falle, tror jeg det blir vanskelig å opprettholde dagens tjenestenivå. Da må man tenke interkommunale løsninger og utradisjonelt. Vi klarer ikke å levere samme kvalitet på tjenestene, og pengene blir det ikke flere av. Det er ikke mulig økonomisk, og også rekruttering blir en stor utfordring. Løsningen blir da å jobbe interkommunalt på langt flere områder enn i dag.

Rådmann, Bragdøy

Folkehelseinstituttet (2010) peker i sin rapport på at det ikke bare er de aldersrelaterede lidelsene som vil prege sykdomsbildet i landet framover. Også sykdommer som diabetes, kreft, psykiske lidelser og rusproblematikk vil være merkbare for helsetjenesten på alle nivåer (Folkehelseinstituttet 2010). Dette er lidelser hvor livsstil og sosial ulikhet har betydning. Her har den nordlige landsdelen noen ekstra utfordringer. Lavere utdanningsnivå og svakere skåre på indikatorer for helseatferd, er trekk ved flere kommuner i nord. Dette påvirker sykdomsbildet. Magnussen-utvalgets beregninger tyder på at behandlingsbehovet innen

somatikk, psykiatri og rusbehandling her ligger 5,8 prosent over landsgjennomsnittet (NOU 2008:2, s. 167).

Kompetanse

Kompetansebehovet innen helse- og omsorgssektoren er betydelig for landet som helhet. I kampen om framtidig, utdannet arbeidskraft, kan de små kommunene fort bli tapere. Reformen vil kreve solid kompetanse i kommunenes helse- og omsorgssektor, men reformen stiller også nye krav til ledelse, organisering og prioriteringer. Betydningen av stabile fagmiljøer blir derfor viktig både innenfor helse- og omsorg, men også i kommunens administrasjon for øvrig.

Kompetanse og rekruttering er den største utfordringen. Det har vi til felles med andre småkommuner.

Kommunal leder, Granli

Vi er mange dyktige fagpersoner til sitt fag, men det å jobbe prosess og prosjekt krever en helt annen type fagkunnskap som veldig få av oss egentlig er utdannet til. Og det med ledelse er også blitt en større greie her. Når man skal jobbe mer tverrfaglig og med rutiner og koordinering og prioriteringer innen helsevesenet, krever det mer.

Kommuneoverlege Bragdøy

Flere av intervjuobjektene fra Granli understreket hvordan kompetanseutfordringen vil føre til mer interkommunalt samarbeid:

Vi har et isfjell av utfordringer i forhold til å få tak i nok kompetente folk. Og det alene vil tvinge fram flere samarbeidsordninger. Det er ikke nok folk til alle de funksjonene vi må ha besatt, og da vil vi tvinges til samarbeid.

Rådmann, Granli

Og:

Utgangspunktet er at alle vil ha alle tilbud selv, men vi blir innhentet av en virkelighet som vi ikke styrer. Rekruttering og kompetanseutfordringene er jo to slike elementer. Det å få kompetente leger, kompetente sykepleiere med spesialutdanning krever at vi kan tilby relevante fagmiljøer. Og da må vi samarbeide, vi blir tvunget til å

samarbeide. Vi har jo en interkommunal legevakt, og det var noe legene selv presset fram, i stor grad mot politikerne. Skulle vi hatt hver vår legevakt hadde det kostet

langt mer. Og hvorfor skal vi ha tre kommuneleger, vi kunne klart oss med en. Og det samme gjelder en lang rekke andre tjenester, og det er vi i gang med å undersøke.

Ordfører, Granli

Regionale forhold

Bragdøy og Granli ligger i et område med logistiske utfordringer. Det er langt til nærmeste større by for begge kommunene, og avstandene er store også internt. Geografien danner en ytre kontekst ved at den alltid må med i regnestykkene for mulige løsninger, ikke bare på tvers av kommunegrensener, men ofte også innad i den enkelte kommune. Det gjør det ikke lettere at regionen er preget av spredt bosetning:

Med vår geografi har vi større logistiske utfordringer enn andre kommuner, men tendensen er jo at folk samles i sentrene. Før bodde det jo folk i hver en krok, slik er det ikke i dag. Men det er klart, det er jo nok med en, så må vi ha et tilbud.

Kommunal leder, Granli

Og:

Forventningene sentrale myndigheter har hatt om utstrakt samarbeid mellom kommunene er vanskelig å få til i vårt område. Det er for langt mellom kommunesentrene i vår region. To timers kjøring er for mye til øyeblikkelig hjelp – tilbud, Helse Nords retningslinjer sier en time. Og da må vi bygge vårt eget. Og den delen av virkeligheten tror jeg ikke departementet og sentrale myndigheter har sett like tydelig som vi ser det. I utgangspunktet er kommunene våre for små til et øyeblikkelig-hjelp tilbud, men skal vi oppfylle reformens intensjoner om et likeverdig helsetilbud nær pasienten, er det dit vi må.

Ordfører, Granli

Paradoksalt nok kan likevel store avstander også vise seg å være en fordel ved implementeringen av samhandlingsreformen. Reformens nye ansvarsfordeling mellom

nivåene i helsevesenet innebærer at kommunene må behandle sykere pasienter enn hva de fleste kommuner gjorde tidligere. Med sin plassering langt fra sykehus er imidlertid helsepersonellet i Granli og Bragdøy vant til å håndtere utfordringer og faglig krevende pasienter:

Det at vi har så lange avstander til sykehus, gjør at folk er blitt vant til å være litt selvberget i forhold til tjenester, spesielt når det gjelder akutte tilstander og fødsel. Vi har ofte måttet klare oss selv.

Kommuneoverlege, Bragdøy

Enkelte hadde også erfaring fra andre, mer sentralt plasserte kommuner og kunne sammenligne med erfaringen derfra:

Samtidig må vi si at mye at det som kommer i samhandlingsreformen ikke er nytt for oss. Vi har så lang vei til sykehus at vi bestandig har lagt folk inn til observasjon på sykehjemmet dersom legen var usikker. Det er ikke noe nytt. Jeg har jobbet i eldreomsorgen i en kommune hvor det også var sykehus. Og der var det lav terskel for å legge inn. Mens her hadde vi behandlet de på sykehjemmet.

Kommunal leder, Granli

Ytre press

Flere toneangivende aktører har vært tydelige på at kommuner som Granli og Bragdøy er for små til å håndtere en reform som samhandlingsreformen. Et vanlig argument er at disse kommunene hverken har administrativ kapasitet eller tilstrekkelig kompetanse i primærhelsetjenesten til å ivareta de nye oppgavene. Blant instansene som har vært til dels overraskende aktive i denne debatten, er Helsedirektoratet. Helsedirektoratet er en premissleverandør i implementeringen av samhandlingsreformen, og har betydelig innflytelse. Helsedirektør Bjørn Inge Larsen har flere ganger tatt til orde for kommunesammenslåinger for å sikre tilstrekkelig kvalitet i helsetjenesten, og i sin høringsuttalelse i høringsrunden om samkommunemodellen skrev direktoratet følgende:

Innholdet i dagens primærhelsetjeneste og planene for fremtidens primærhelsetjeneste burde medføre et krav til kommunene om at små kommuner må slå seg sammen til

større enheter. Direktoratet har tidligere i forbindelse med samhandlingsreformen, St.meld.nr 47 (2008-2009) foreslått et befolkningsgrunnlag på 20-30 000 for å kunne ivareta de omfattende oppgavene som helse- og omsorgstjenestene i kommunene er forutsatt å få i fremtiden. Vi mener at dette bedre vil sikre innbyggerne likeverdige og tilgjengelige tjenester nær bostedet

Helsedirektoratet, 01.10.10.

Det er ingen mangel på slike uttalelser, og mange flere kunne vært sitert. Uansett illustrerer sitatet hvordan sterke krefter mener kommunene bør møte utfordringene som kommer med samhandlingsreformen. Hvorvidt slike utsagn påvirker aktørene i Granli og Bragdøy er uvisst. Men Helsedirektoratets holdning er uten tvil med på å danne en ytre kontekst for de små kommunenes implementering.

Bragdøy og samhandlingsreformen

Indre kontekst

Den indre konteksten påvirker også mulighetene for endring og tilpasning til en stor reform. Enten det er trang økonomi eller særlig stor kompetanse blant ansatte, kan slike kommuneinterne forhold være viktige drivkrefter for strategiske valg som kommunen tar.

Samhandlingsreformens økonomiske virkemidler var et sentralt tema under alle intervjuene i Bragdøy. Kommunens økonomiske situasjon hadde forverret seg de siste årene fordi driftsnivået ikke var redusert i takt med fallet i innbyggertallet. Selv om kommunal medfinansiering også ble nevnt, var det derfor først og fremst tilskuddene til drift av øyeblikkelig hjelp-plasser som vakte bekymring. Bragdøy hadde over år bygget opp et innholdsrikt helsesenter. Helsesenteret var en stolthet for kommunen, og flere var urolige for hva som ville skje dersom den foreslåtte finansieringsformen skulle bli en realitet:

Utfordringen er jo at i en kommune hvor vi blir færre og færre innbyggere så får vi problemer med å bemanne opp skikkelig. Problemet er at man må være 5000 innbyggere for å få fullt tilskudd for øyeblikkelig hjelp – plass, og vi er jo bare halvparten og får derfor bare halvparten av tilskuddet. Og det er ikke mulig. En seng koster det samme, en sykepleier koster det samme om man er 2500 eller 5000

innbyggere, så det synes jeg er en kjip sak. For vi har fasilitetene på plass, vi har bygd et senter som passer bra, og der har vi en fordel i forhold til andre. Men skal vi få full støtte, så må vi kanskje samarbeide med nabokommunene. Og da kommer dette med avstand inn i bildet, og det er ikke sikkert de andre kommunene vil. Det er jo en lang vei å gå der.

Ordfører, Bragdøy

Med finansiering knyttet til folketall, kunne en reform som skulle bidra til å bygge opp helsetilbudet i kommunene paradoksalt nok bidra til å redusere omfanget av helsetjenester i Bragdøy. Flere pekte på at helsesenteret hadde spart samfunnet for kostnader, men at kommunen ikke ble tilstrekkelig belønnet for dette:

Det er lite økonomisk motivasjon for oss selv om det er stor samfunnsøkonomisk gevinst av arbeidet.

Rådmann, Bragdøy

Helsesenteret hadde ikke bare effekt på de interne økonomiske forholdene, men virket også inn på kommunens tilgang på kompetanse. Selv om representantene fra Bragdøy også pekte på utfordringer framover i forhold til rekruttering av fagfolk, viste flere til en relativt gunstigere situasjon for kommunen på dette området. Helsesenteret fikk en stor del av æren for dette. De ansattes kompetanse ga kommunen gode muligheter til å lykkes med samhandlingsreformen, mente ordføreren:

Vi bygde helsesenteret og sentraliserte tjenestene, og det var en lykke. Der har vi en spesiell forutsetning for å lykkes. En annen forutsetning er at vi har god kompetanse på sykepleiersida. Det tror jeg skyldes mye at helsesenteret driver med mer enn bare pleie. Dermed får sykepleieren litt mer spennende oppgaver og det blir et fagmiljø. Det samme gjelder på legesida. Med et faglig miljø klarer vi å rekruttere. Før, når de var spredd på tre steder var det større problemer.

Stiller dere sterkere enn nabokommunene?

Ja, det gjør vi faktisk. Ikke for å skryte, men det er bare sånn det er.

Ordfører, Bragdøy

Kommuneoverlegen viste også til helse- og omsorgsarbeidere med mye kunnskap og erfaring. Ifølge henne var det en kultur for kompetanse i kommunen, samt en «tradisjon for å lykkes». Vedkommende understreket også betydningen av at legene i Bragdøy ikke var privatpraktiserende slik de var i nabokommunen:

Men det er bare 3 % av fastlegene som er helkommunale slik vi er, og det er en selvstendig faktor som er sentral. Kommunen har fastlønnede leger og derfor tilstrekkelig med tid til fastlønnede oppgaver slik at man har legekompentansen med i de prosessene man kjører.

Kommuneoverlege, Bragdøy

I sum tegnet intervjuobjektene et bilde av en kommune som over tid hadde bygget opp et kompetent helsefaglig miljø. Tanken om å behandle pasientene lokalt kom ikke med samhandlingsreformen, men var filosofien som helt fra 50-tallet hadde styrt kommunens arbeid. Dette ga særlige forutsetninger for å møte samhandlingsreformen, ja, i stor grad kunne man fortsette som før. Framtidens tilbud var likevel avhengig av tilstrekkelig finansiering.

Prosess

Implementeringen av samhandlingsreformen lokalt i Bragdøy har ifølge aktørene selv vært styrt av en mindre gruppe ledere. Opprinnelig hadde man planlagt å oppdatere kommunens helse- og omsorgsplan samtidig, men dette arbeidet ble forsinket:

Vi har en arbeidsgruppe som har jobbet i forkant av reformen, bestående av ordfører, rådmann, kommunelege og pleie- og omsorgsleder. Vi har ikke fått satt ned arbeidsgruppa for oppdateringen for helse- og omsorgsplanen.

Rådmann, Bragdøy

Om en prosess rundt kommunens helseplanverk hadde endret graden av involvering og engasjement rundt arbeidet med reformen, er vanskelig å si. Ifølge ordføreren, hadde interessen for samhandlingsreformen vært begrenset i det politiske miljøet. Iverksettingen var derfor i stor grad administrasjonens fortjeneste. Den manglende politiske diskusjonen hadde i følge ordføreren også sammenheng med at reformen bar preg av å være et statlig initiativ uten særlig grad av kommunal medvirkning:

«Det er mest administrasjonen som leder an. Kommunelegen har vært sentral i arbeidsgruppa som har utarbeidet avtalene. Så det er de som har lagt premissene. Befolkningen har vært null involvert, politikerne litte grann. Det er noen politikere som har forsøkt å komme med innspill, men det er i veldig stor grad administrasjonen, ja. Disse reformene kommer som direktiv ovenfra som man bare må tilpasse seg. Det kommer bare sånn pang.

Ordfører, Bragdøy

Interkommunal prosess

I intervjuene med politisk og administrativ ledelse i Bragdøy kommune, ble deltakelse i interkommunalt arbeid lite omtalt. Det ble henvist til regionrådets arbeid, men her deltok hverken ordfører eller rådmann. Unntaket er kommuneoverlegen som i følge ledelsen har deltatt i forhandlingsutvalget som regionrådet har etablert for å utarbeide samarbeidsavtaler med det regionale helseforetaket. Dette arbeidet ble ledet av ordføreren i Granli og vil derfor bli omtalt under Granli.

Ifølge kommuneoverlegen var forhandlingsutvalget langt fra den eneste interkommunale prosessen hun hadde vært involvert i. Blant annet trakk hun engasjert fram et forskningsprosjekt.

Bragdøy kommune hadde siden 2009 hatt et samarbeid med to andre nordlandskommuner med visse likhetstrekk. Kort fortalt var ingen av de kommunene spesielt folkerike, de lå langt fra nærmeste sykehus og de hadde kompetanse på det lokale helsesenteret / sykehjemmet som de ønsket å utnytte. De etablerte derfor tidlig et døgnbasert øyeblikkelig-hjelp tilbud, i tråd med kravene som alle kommuner må innfri innen 2016. Ved hjelp av døgnkontinuerlig bemanning, videreutdanning av personell og hyppig legetilsyn kunne disse tre kommunene tilby observasjon og enkel medisinsk behandling i inntil tre døgn (Skodvin m.fl. 2012, s. 793). Slik sparte kommunene en rekke sykehusinnleggelse. I tillegg var de fleste pasientene eldre mennesker som satt stor pris på mindre transport og kortere avstand til familie og pårørende.

Kommuneoverlegen nevnte også den interkommunale legevakta og nye mulige tjenester i tilknytning til denne. Legevakta ble etablert før samhandlingsreformen, men de potensielle nye tjenestene ble diskutert i relasjon til reformen:

Vi har jo en felles legevakt, og rundt det har vi hatt møter med de andre kommunene. Det har mest gått på hvordan vi kan unngå å legge inn pasienter på sykehuset og bruke sykehjemmene i kommunen. Og innenfor psykiatri er det laget til et interkommunalt prosjekt i samarbeid med Nordlandssykehuset som går på å få spesialistene mer ut for å veilede. Også innenfor kreft vet jeg at Granli har søkt om en kreftkoordinator, og det har de også tenkt kan brukes i samarbeid med andre kommuner.

Kommuneoverlege, Bragdøy.

Alt i alt tydet intervjudataene på at Bragdøy i lang tid hadde satset på helse- og omsorgstjenestene i kommunen. Helsesenteret ble omtalt som et flaggskip som lenge hadde ligget i front på døgnbasert øyeblikkelig hjelp-tilbud i førstelinjetjenesten. Den interne implementeringen var preget av få involverte, og den politiske og administrative ledelsen hadde primært fokus på lokal håndtering av reformen. Kommunen hadde likevel også prosesser gående med nabokommunene om interkommunalt samarbeid knyttet til reformen. Dette var prosesser hvor kommuneoverlegen var tungt involvert. Vedkommende hadde et stort faglig engasjement rundt flere av de omtalte samarbeidene.

Substans:

Som analysekategori omfatter substans både type endring og omfanget av eventuell endring i forbindelse med samhandlingsreformen.

Mye av tankegangen i samhandlingsreformen var, som tidligere referert, ikke ny for de to kaskommunene. Med lang vei til nærmeste sykehus var man vant til å håndtere mye lokalt. Samtidig innebar lovendringene og de økonomiske virkemidlene en ny hverdag for de ansatte i helse- og omsorgstjenesten. Kommunens politikere ønsket likevel ikke å ansette flere:

Fra sektoren var det et ønske om flere stillinger, men det valgte politikerne å stille i bero. Jeg tror ikke vi har den største utfordringen, vi har gjort mye av det arbeidet som mange kommuner må begynne med nå.

Rådmann, Bragdøy

Endringene var, naturlig nok, mer synlige for helse- og omsorgsarbeiderne selv. Selv om reformen ikke innebar en grunnleggende annerledes måte å jobbe på, var det en rekke rutiner som måtte innføres i det kliniske arbeidet. Dette var endringer som hadde vært vanskelige å forutse:

Vi har lagt om en del rutiner for korttidspasienter, de som er utskrevet fra sykehus, og der inngår det jo samarbeidsmøter, legevisitter, utskrivingsamtaler. Det var på en måte en ny praksis vi fikk kastet litt over oss første januar og som vi ikke hadde tenkt på. Det å komme ut fra spesialisthelsetjenesten og komme til et sykehjem, det er et ganske stort hopp for pasientene. I utgangspunktet er det ikke sikkert at man møter en sykepleier en gang, men kanskje en hjelpepleier eller noen ufaglærte dersom du ikke gjør noe for å oppruste tilbudet. Så det var ganske mye arbeid etter nyttår for å få på plass rutinene for samarbeidsmøter med dem som skriver ut fra sykehuset.

Kommuneoverlege, Bragdøy

Reformen resulterte også i andre oppgaver for kommuneoverlegen:

Jeg tenker at vi er mange fagpersoner som går ut av klinisk jobbing slik at det blir mindre direkte pasientrettet arbeid og mer over på prosess, skrive rapporter, regnskap, søke om midler. Det er arbeidsoppgaver som ikke ligger til vårt fagområde, men som vi må gå inn i.

Kommuneoverlege, Bragdøy

Omfanget av endringene i tiknytning til samhandlingsreformen hadde aktørene i Bragdøy ikke oversikt over da de ble intervjuet. Kun få måneder etter implementeringen var det ingen som våget å trekke bastante konklusjoner. Samtidig var det ingen som rapporterte om manglende kontroll. Riktignok mente rådmannen at kommunen hadde «et godt stykke å gå» når det gjaldt forebyggende helsearbeid, men eventuelle bekymringer var mer knyttet til framtidige konsekvenser av reformen enn umiddelbare behov for tilpasning:

Vi vet ikke hvordan reformen vil slå ut for oss, men så langt ser det ut til å gå bra. Det blir muligens mer utfordringer med legerrekruttering framover. Og økonomi er jo en tilbakevendende bekymring.

Rådmann, Bragdøy

Konflikt

Samhandlingsreformen har aktualisert en diskusjon om hvorvidt små kommuner bør søke sammen i arbeidet med produksjon av helse- og omsorgstjenester. Avveiningen mellom lokale og interkommunale strategier kan innebære vanskelige valg og spenninger mellom de ulike alternativene. Dersom helsetilbudet på sikt blir samlet rundt færre enheter, er det ikke usannsynlig at det oppstår konkurranse mellom kommunene for å sikre at tilbudet blir lokalisert innenfor egne grenser. I kommuner hvor næringsstrukturen er tradisjonell, vil helse- og omsorgssektoren representere mange verdifulle kvinnearbeidsplasser. Problemstillingen ble nevnt av intervjuobjektene, men foreløpig hadde diskusjonene dreid seg om mer spesialiserte tjenester:

Vi er hele tiden redd når det er snakk om interkommunalt samarbeid, for hvem som skal få arbeidsplassene, hvem skal få utviklingen som følger med. Jeg tviler på at nabokommunene vil legge inn pasienter her. Det har vært snakk om at vi skulle få røntgen her, men kommunene er ikke store nok til at alle kan få. Så vi er nødt til å samarbeide. Og da kommer spørsmålet om hvor det skal ligge, en gammeldags stedskrangel. Det ligger an til at røntgen havner hos oss.

Ordfører, Bragdøy

Det var imidlertid delte meninger om i hvilken grad kommunene konkurrerte med hverandre om helse- og omsorgstilbud. Enkelte hevdet at det var for stor forskjell mellom kommunene, Bragdøy hadde alltid driftet med avanserte kommunale helsetjenester og var i tillegg den største kommunen. Ifølge flere av de intervjuobjekt i Bragdøy måtte derfor et interkommunalt samarbeid innebære at de andre kommunene sendte pasienter til Bragdøy: (Det samiske / flerkulturelle helsesenteret blir beskrevet under Granli kommune).

Jeg har ikke noe inntrykk av at det er noen konkurranse mellom kommunene på dette feltet. Det har vært en prosess rundt dette samiske helsesenteret, men det er kanskje

mer personlig drevet enn et kommunalt initiativ. Og det er jo ikke vi en del av. Men det kommer til å presse seg fram en diskusjon om mer interkommunalt samarbeid. For eksempel når nabokommunene skal bygge opp en øyeblikkelig hjelp / døgntilbud-funksjon, da må de vurdere om de skal bygge opp noe eget eller sende pasientene til Bragdøy.

Kommuneoverlege, Bragdøy

Framtid

Samhandlingsreformen er en retningsreform. Lokale strategers framtidsscenarioer er derfor av interesse. I Bragdøy var det utstrakt enighet om at mer interkommunalt samarbeid ville tvinge seg fram. Meningene var mer delte om formen på et slikt samarbeid. Mens noen ivret for oppgavefordeling og spesialisering, så andre for seg en samlokalisering på Kobbeid, et tettsted i Granli kommune, relativt i midten mellom de ulike kommunene. Atter andre trodde et regjeringsskifte ville føre til kommunesammenslåing med den nærmeste byen:

Jeg tror ikke vi har bygd noe opp sammen med nabokommunene på Kobbeid. Det er jo der vi må bygge, om vi skal satse tungt på samarbeid. Og det kommer ikke på tale å flytte legevakta en meter lenger nord. Det vil være stor motstand sør i kommunen vår om mer samarbeid nordover. Dersom det blir regjeringsskifte tror jeg vi blir slått sammen med den nærmeste byen. Vi beholder helsesenteret, men administrasjonen blir slått sammen med den nærmeste byen.»

Ordfører, Bragdøy

Helsesenteret var et tilbakevendende tema i framtidsscenarioene. Senteret hadde kostet mye, men kommunens flaggskip lå unektelig langt vekke fra de andre kommunesentrene. En av de intervjuede luftet derfor tanken om hvordan situasjonen hadde vært om senteret hadde ligget på Kobbeid. En samlokalisering ville uansett føre til større avstand for folk flest:

«Ja, det vil være synd å ikke kunne bruke dette senteret. Men det blir langt for de andre kommunene. Det er noe med geografien her som gjør det ganske vanskelig. Så da hadde det kanskje vært bedre om det hadde ligget på Kobbeid. Men folk må nok

beregne å reise mer, både pasienter og fagfolk. Og det blir nok en sentralisering. Men det er tungt å gi fra seg slike tjenester, det har vært viktig å ha det i bygda.

Kommuneoverlege, Bragdøy

Selv om stortingsmeldingen om samhandlingsreformen understreker behovet for mer interkommunalt samarbeid, hadde enkelte i Bragdøy tatt til orde for samarbeidet nå måtte reduseres, ettersom kommunen nå mottok svakere pasienter fra sykehuset og derfor hadde større behov for tett legeoppfølging. Særlig ble dette betydningsfullt når de økonomiske virkemidlene ville straffe kommunen både for utskrivningsklare pasienter man ikke hadde kapasitet til å ta imot og reinnleggelser. Ordføreren mente imidlertid at det var umulig å trekke seg fra det interkommunale legevaktsamarbeidet:

Den interkommunale legevakten fungerer bra, men det noen politikere som mener at nå som legene skal behandle sykere folk på grunn av reformen, så må vi trekke legene tilbake og få en lokal legevakt fordi det blir for lang avstand til dagens interkommunale legevakt. Men det er ikke mulig. Vi har et par leger her, men de kan ikke gå vakt hele tiden, de vil ikke det. Vi er nødt til å samarbeide. Da får det heller være litt avstand.

Ordfører, Bragdøy

Interkommunalt samarbeid og avstand var i det hele tatt ord som gikk igjen. Interkommunale samarbeid ville tvinge seg fram og vokse i omfang. Men den enkelte aktør hadde problemer med å se for seg lokale aktører som kunne sette i gang en slik prosess. Mens ordføreren hadde tro på at et regjeringsskifte ville føre til større kommuner, pekte kommuneoverlegen på et regionalt alternativ som kunne koordinere ressursene. Lokalt stoppet arbeidet fort opp fordi oppgavefordeling og annet interkommunalt samarbeid ble et nullsumspill:

Det er vanskelig å få til gode interkommunale samarbeidsløsninger, både på grunn av geografi, men også på grunn av tradisjon. Det å se regionen under ett og tenke at dersom man skal utvikle og ha gode faglige tjenester, så må man kanskje etablere ulike tilbud i de ulike kommunene og så må folk reise den tida det tar imellom – det tror jeg sitter ganske langt inne å få til. Jeg ser på de søknadene vi har prøvd å få til, men bare det at det er tre ulike kommunestyre som skal godkjenne en søknad, er en ganske komplisert logistisk operasjon. Derfor hadde jeg håpet at det på et litt

overordnet nivå skulle kommet en slags funksjon som kunne ha tatt seg av for eksempel de prosjektene, og de midlene som var utlyst, og sett litt mer på hele regionen og vurdert hva vi har bruk for og hvilken kompetanse må vi bygge opp på de ulike plassene og som kunne koordinert det på et vis.

Hva slags funksjon tenker du på da? Tenker du på regionen eller de nærmeste kommunene?

Jeg har tenkt på regionen, og jeg har faktisk foreslått dette i et utvalg som jeg har sittet i. Og i den arbeidsgruppa har vi lagt fram et forslag om at regionrådet eller kanskje RESO (Regionalt overordnet samarbeidsorgan, min.anm.) kunne hatt en slik funksjon sammen med Nordlandssykehuset og Universitetet. Det kunne vært et utvalg som hadde sett litt mer overordnet på hele regionen, hvilken kompetanse er det vi trenger, hvilke prosjekter kunne vi kjørt, hvilke andre kommuner er det som har lignende prosjekter på gang, slik at vi kunne samkjørt oss litt. For nå er det sånn at vi kjører mange parallelle prosjekter som er ganske like, men ikke helt like, og jeg tror vi kunne utnyttet ressursene på en bedre måte. Jeg tror det er behov for dette, men jeg er spent på om forslaget i det hele tatt blir behandlet.

Om forslaget blir behandlet av lokale politikere er vanskelig å ha noen mening om. Det vil i tilfelle være avhengig av at også Granli kommune synes en slik funksjon er en god idé. Mye kan tyde på at aktørene i Granli har andre planer.

Granli kommune

Indre kontekst:

Mens usikkerhet omkring samhandlingsreformens økonomiske konsekvenser var et dominerende tema i Bragdøy, ble dette i mindre grad omtalt i Granli. Om det var på grunn av eller på tross av at kommunen befinner seg på Robek-lista, vites ikke. Granli er i dette registeret over kommuner i økonomisk ubalanse fordi kommunen ikke lenger følger vedtatt plan for dekning av tidligere underskudd (regjeringen.no og kommuneloven § 60 nr.1).

Selv om reformens belastning på det kommunale budsjettet ikke var framtrødende i intervjuene, ble det pekt på økonomiske utfordringer. Gammel bygningsmasse, mangel på

folk og mangel på utstyr ville kreve investeringer. Men selv om kommunen er på Robek-lista, ble dette betraktet fra et offensivt perspektiv. På spørsmål om hva i samhandlingsreformen som var viktigst for kommunen, svarte ordføreren slik:

Det å bli god på å spille vår rolle er det som er viktig. Vi har fått større ansvar, og det må vi møte. Vi må ha mer kompetanse, mer folk, mer utstyr, mer av det meste for å kunne ta vare på dårligere pasienter. Det blir ikke gratis, men det var vel heller ikke meningen. Vi har blant annet en god del bygningsmasse som er utdatert, så vi må både bygge om og bygge nytt.

Ordfører, Granli

Prosess

Granli kommune benyttet iverksettingen av samhandlingsreformen til et mer omfattende strategisk arbeid hvor kommunens helse- og omsorgstjenester ble gjennomgått for å trekke opp linjene for framtidens tilbud:

Vi har nå i forbindelse med implementeringen av samhandlingsreformen, kombinert med økonomiske og demografiske utfordringer, valgt å ta et skritt til siden og jobbe fram en ny helse- og omsorgsplan for kommunen hvor vi ser på alt på nytt. Vi kommer til å dimensjonere ned sykehjemstilbudet og dimensjonere opp omsorgsboliger. Selv inkludert med øyeblikkelig hjelp, rehabilitering og utskrivningsklare pasienter som ikke kan dra rett hjem, skal vi ned på antall institusjonsplasser. Så hele helse-, pleie- og omsorgssektoren støpes nå om, en ganske omfattende prosess.

Ordfører, Granli

Proessen rundt strategiarbeidet var preget av bred deltakelse. Arbeidet «begynte helt på golvet», som en av de kommunale lederne formulerte det. Politikere, administrasjonen og tillitsvalgte, ansatte i helse- og omsorgssektoren, elderrådet og brukerrepresentanter var involvert før et partssammensatt utvalg meisle ut et forslag som kommunestyret behandlet og godkjente. Underveis i prosessen fikk kommunen hjelp av en innleid konsulent.

Ifølge intervjuobjektene var avveiningene rundt det framtidige lokale helsetilbudet preget av konsensus. Når diskusjonen dreide inn på mulig interkommunalt arbeid ble det derimot større spredning i meningene og redselen for et nullsumspill kom til syne:

Det ble mer uro i gruppa da vi diskuterte interkommunalt samarbeid. Da kom det inn en del understrømmer og redsel, hva med våres og skal vi ikke ha det selv, og bosetting og hvor skal de bo og så videre, både blant politikere og brukerrepresentanter. Det var flere som ikke ville gi vekk noe og som var skeptiske.

Kommunal leder, Granli

Interkommunalt samarbeid var ikke bare en del av diskusjonen, men også en del av selve prosessen. Planen var å behandle problemstillingene knyttet til interkommunalt samarbeid på helsefeltet samtidig og sammen med nabokommunen (ikke Bragdøy):

Vi var faktisk så ambisiøse at vi faktisk inviterte den nærmeste nabokommunen med til å lage en felles plan. Og vi hadde noen møter sammen, men de var noen hakk etter oss i prosessen, så strandet det litt. Men vi hadde dialog og treffpunkter. Så det er ikke gitt opp, vi må bare gi det litt tid. Ting tar tid.

Kommunal leder, Granli

Ordføreren i Granli var også involvert i arbeidet med samhandlingsreformen på regionalt nivå. Regionrådet opprettet i 2010 en prosjektorganisasjon som skulle bistå kommunene i regionen med implementeringen av reformen, drive informasjons- og kompetansearbeid og kartlegge ressurser og utfordringer i hver enkelt kommune. I tillegg ble et regionalt overordnet samarbeidsorgan (RESO) mellom kommunene i regionen og det nærmeste sykehuset opprettet, for å utarbeide et omfattende, forpliktende avtaleverk som regulerer samarbeidet mellom sykehuset og kommunene. Som tidligere leder av samhandlingsprosjektet og nå leder av regionrådet, har ordføreren vært sterkt involvert i det regionale samarbeidet. Selv er han usikker på hvorvidt dette har hatt betydning for egen kommune:

Det innebærer at jeg sitter tett på prosessene og vet hvor de står til enhver tid. Jeg forholder meg aktivt til samhandlingsreformen i regionen hele tiden. Men om det gir

kommunen noen spesielle fordeler, det vet jeg ikke.

Ordfører, Granli

Selv om avtaleverket mellom kommunene og sykehuset ikke omfattes av denne studien, kan det likevel være grunn til å inkludere begrunnelsen for hvorfor kommunene i denne regionen valgte å stå sammen i forhandlingene med det regionale helseforetaket. Det skal i parentes bemerkes at dette har vært en vanlig framgangsmåte, mange steder har regionrådene tatt initiativ til felles front mot spesialisthelsetjenesten. På spørsmål om interkommunale samarbeid kan realiseres for å oppnå større gjennomslagskraft, svarte ordføreren slik:

Samhandlingsreformen er et veldig godt eksempel på dette. Det handlet om kompetanse og muskler, og det var hovedbegrunnelsen til at vi gikk sammen for å stå opp mot et annet system.

Ordfører, Granli

Oppsummert tyder dataene på at implementeringen av samhandlingsreformen i Granli har vært en bred og omfattende prosess. Mange har deltatt i arbeidet med den nye helse- og omsorgsplanen, og bevisstheten rundt reformens innhold er stor i hele organisasjonen. Ordføreren har også hatt lederverv i det regionale arbeidet med reformen.

Substans:

Samhandlingsreformen krevde, ifølge intervjuobjektene, tilpasninger i kommunens tilbud. Ikke minst var det et umiddelbart behov for å løse utfordringene rundt øyeblikkelig hjelp / utskrivningsklare pasienter. Men endringene stoppet ikke der. Den vedtatte helse- og omsorgsplanen hadde beredt grunnen for en strategisk utvikling av helsetjenestene, både lokalt og interkommunalt.

Helse- og omsorgsplanen til Granli kommune er en tolv siders kommunedelplan som sammen med øvrige delplaner vil legge grunnlaget for kommunens årlige behandling av budsjett og økonomiplan. Planen skal med andre ord være et verktøy for reelle politiske prioriteringer og beslutninger.

I innledningen understreker det partssammensatte utvalget hvordan de har tilstrebet å gjøre planen mest mulig konkret med spesifikke anbefalinger. Siste kapittel består derfor av 11 strategier og 38 tiltak. Alle disse skal ikke refereres, men noen punkter må gjengis.

Planens strategier og tiltak har ifølge forfatterne fire hovedlinjer:

- 1. Strategier vedrørende samhandlingsreformens krav til kommunal kompetanse på øyeblikkelig hjelp / utskrivningsklare pasienter (strategi 1-3)*
- 2. Fokus mot interkommunalt samarbeid (strategi 4)*
- 3. Endring av fokus fra omsorg, pleie og passiv behandling mot forebyggende behandling med vekt på mestring og økt fokus på folkehelse (strategi 5-8)*
- 4. Tilpassing av tjenester til gjeldende krav og forventninger (strategi 9-12).*

De fire hovedlinjene har alle en tett forbindelse til samhandlingsreformen. Her skal imidlertid punkt 1 og 2 stå i fokus.

Interkommunalt samarbeid går som en rød tråd gjennom dokumentet. Planen beskriver hvordan samhandlingsreformen stiller nye og tøffe krav til kommunen, samt hvilke utfordringer dette vil gi en såpass liten kommune som Granli. I den forbindelse stilles det spørsmål ved om kommunen er for liten til å make et slikt ansvar:

Med andre ord er den kommunale helsetjenesten gitt vesentlig flere og mer komplekse oppgaver og dermed større faglige utfordringer. Dette fordrer et utstrakt interkommunalt samarbeid om deltjenester dersom en ikke velger å gjøre noe med kommunestrukturen. Det antas at Granli kommune ikke vil kunne make disse utfordringene alene, men må inngå forpliktende samarbeid med nabokommuner. Å utvikle samarbeid mellom Granli og Vassvik kan være en god begynnelse, men for noen av de framtidige helsetjenestene vil selv et slikt samarbeid ikke bli robust nok.

Som vist, eksisterer det allerede interkommunalt samarbeid på tjenester som jordmor og legevakt. Det er imidlertid tydelig at man her ser for seg mer omfattende og dyptgripende samhandling. Beskrivelsen av framtidig tilbud til døgnbasert øyeblikkelig hjelp og til utskrivningsklare pasienter, illustrerer dette.

Granli kommune hadde i utgangspunktet ikke et døgnbasert øyeblikkelig hjelp-tilbud før samhandlingsreformen trådte i kraft. Det måtte også etableres et tilbud til utskrivningsklare pasienter. Granli har heller ikke et helsesenter slik Bragdøy kommune har, derfor måtte disse tilbudene opprettes på sykehjemmet. Samtidig understrekes det at tilbudet framover ikke nødvendigvis må ligge innenfor kommunens grenser:

Preob-senger (prehospital observasjonsenhet) skal etableres for innbyggerne i alle kommuner. Dette betyr ikke at alle kommuner skal ha egne plasser. Etablering av slike senger kan for eksempel ligge i tilknytning til legevakt. For Granli og nabokommunene kan dette for eksempel kunne være på Kobbaid uten at dette er realitetsbehandlet. Her vil et framtidig interkommunalt samarbeid være avgjørende.

Og det stopper ikke der. Planen skisserer også muligheten for at andre tjenester kan etableres og driftes sammen med nabokommunene. Og i tråd med planens referanse til samlokalisering som et suksesskriterium, pekes det på muligheten for å samle tjenestene i én av kommunene:

«Granli kan vurdere å inngå forpliktende samarbeidsavtale med en eller flere kommuner om etablering av felles tjenestetilbud og kompetanseenheter ut over hva tilfellet er i dag. Dette kan omfatte felles forvaltningskompetanse, felles kommunelege, felles tiltak for personer med ressurskrevende tjenester (eks. psykiatri, demens, rus). Særs viktig er denne strategien for å møte samhandlingsreformens konsekvenser de nærmeste 10 årene. Korttidsplasser, behandlingsplasser, rehabiliteringstilbud i sykehjem, kan vurderes lagt samla til en av de samarbeidende kommunene».

Granli har startet arbeidet med det interkommunale psykiatritilbudet. Dette inngår som ledd i det ordføreren selv betegner som en utviklingsstrategi knyttet til spesielle utfordringer folk i området har:

Et punkt jeg vil du skal ta med, og som også er en utviklingsstrategi for oss, det er psykisk helse. Det er jo en del av helsetilbudet som det ofte ikke snakkes så mye om. For oss er det også en viktig dimensjon fordi vi er en tokulturell kommune. Det samiske setter preg både i vår kommune og nabokommunene, om enn i varierende grad. Og i den spenningen som mange har levd i, særlig samene som har opplevd diskriminering og hard fornorsking, oppstår det både somatiske og psykiske

helselidelser. Så det har vi ved flere anledninger tatt opp, og vi har nå planer om å starte opp et tverrkulturelt psykiatritilbud som treffer den samiske befolkningen. Vi har fått penger til det fra departementet. Sammen med nabokommunen har vi også planer om et tverrkulturelt helsesenter hvor minoritetsperspektiv og urfolksperspektiv kan komme fram i lyset. Vi bosetter jo også mange enslige, mindreårige asylsøkere. Vi har vært litt på jakt etter hva det er som spesielt med oss, hva er det som kan gjøre at staten vil legge inn mere penger hos oss, selv om vi er så få, og jeg tror det er en av de tingene vi kan nå fram på. Dersom vi tør å være tydelig nok på at vi har noen utfordringer hos oss som ikke alle har, og som vi må ta på alvor, så er dette et av områdene hvor vi kan nå fram. Dette er en utviklingsstrategi som vi har sammen med nabokommunen.

Sammen med nabokommunen mobiliserer altså ordføreren for et særlig tiltak som kan utløse støtte fra staten.

Oppsummert kan det se ut som om problembeskrivelsen ikke skiller seg nevneverdig fra måten aktørene i Bragdøy kommune analyserer situasjonen, men Granli legger betydelig mer vekt på interkommunalt samarbeid. Oppstår det spenninger og konflikt mellom to så ulike strategier?

Konflikt

Bragdøy er nevnt flere ganger i Granlis helse- og omsorgsplan, men har ikke vært med på parallellprosessen som ble ført mellom Granli og Vassvik. Ordfører i Granli kommenterer det har oppfatter som årsaken slik:

De må svare for seg, men kanskje har de opplevd at de har vært gode på dette lenge og har investert tungt i helsesenteret sitt. De har ganske store ambisjoner for dette senteret, og har kanskje ikke sett at interkommunalt samarbeid hadde vært det som kunne ført dem videre.

Ordfører, Granli

For selv om helsetjenestene i Bragdøy har hatt et godt omdømme, peker flere i Granli på at den nabokommunens dominans på helsefeltet ikke nødvendigvis vil vare evig:

Nå skjer det jo ting, kommunen er jo en dynamisk organisasjon. Nabokommunen vår har ligget langt framme når det gjelder helsetjenester, de har jo vært forut for sin tid og hatt mange fagfolk. Men sånt går jo litt i bølger og er personavhengig på slike steder.

Kommunal leder, Bragdøy

Troen på interkommunalt samarbeid har imidlertid hatt noen omkostninger for Granli kommune. Det mener i alle fall en av de kommunale lederne:

Dersom du ser på situasjonen i dag, så har vår kommune, både politikere og administrasjon, i flere perioder, vært positive til å få i stand interkommunale samarbeid. Det har medført at vi har interkommunale samarbeid, men det er vi som finansierer årsverk i de andre kommunene. Andre veien er det ingenting. Det er det som er situasjonen. De som går i bresjen for samarbeid må gi mest.

Kommunal leder, Granli

Dersom kommunen som ivrer mest for interkommunalt samarbeid må være ettergivende i lokalisingskamper mellom de ulike samarbeidende kommunene, hvordan tror de framtida vil bli?

Framtid

Spørsmålet om hvordan helse- og omsorgstjenestene vil se ut i området om 10 år, gir mange ulike svar. Noen peker på Sametinget som en mektig aktør som vil presse på for å realisere et flerkulturelt helsesenter i Granlis nabokommune, andre argumenterer for felles institusjonsomsorg på Kobbeid. Atter andre rister på hodet over muligheten for sistnevnte:

Det blir som å bygge opp et nytt Brasilia.

Leder for eldrerådet, Granli

Nettopp institusjonsomsorg later likevel til å være et stikkord. Det er døgnbasert øyeblikkelig-hjelp og tilbud til utskrivningsklare pasienter som diskuteres og som later til å vekke det største engasjementet. På spørsmål om hvorfor det er slik, svarer den ene kommunale lederen på denne måten:

Jeg ser for meg fakkeltog. Alt som har med bygg å gjøre, da blir det mer hurlumhei. Det gjelder ikke bare her eller bare helse. Skole, for eksempel. Du har det mer i kroppen, i brystet. Det er her jeg hører til, det her er min skole, mitt sykehjem. Men det er ikke min hjemmetjeneste.

Kommunal leder, Granli

Det emosjonelle aspektet kommer fram i en rekke utsagn om framtidig interkommunalt samarbeid. Ofte preges intervjuobjektene av en tosidig erkjennelse; det rasjonelle trekker tydelig i interkommunal retning, mens det emosjonelle strever med et slikt scenario:

Jeg tviler på at våre demente, som har skjermingsbehov og trenger å være på helseinstitusjon, at vi skal sende de til nabokommunen. Det vil ikke bli akseptert. Og når vi likevel må ha en helseinstitusjon og noe døgnbasert, så om vi har noen senger der, så tror jeg det blir resultatet. Det handler om rom og det handler om kompetanse. Og det er et faktum, at dersom vi skal ha høyfaglig kompetanse, sykepleiere, og vi skal ha sykepleiere døgnet rundt på alle stedene i kommunene her, så begynner det å bli ganske mange sykepleiere bare i denne regionen. Og så mange sykepleiere finnes ikke.

Kommunal leder, Granli

Det er også enkelte som peker på at planer om interkommunalt samarbeid har mer framdrift så lenge det er den politiske og administrative ledelsen som holder i tøylene. Når bredere lag av det lokalpolitiske systemet skal behandle saken, stopper det litt opp:

Jeg har i alle fall inntrykk av at her i kommunen har politisk ledelse hatt stort fokus på interkommunalt samarbeid. Det kan ha sammenheng med at de har erfaring med å jobbe tett sammen, både ordfører og rådmenn. Så det har vært positivt hos oss. Men det vi ser, dersom nå vi skal kommentere videre, er at når du tar det enda et stykke lenger ut i det politiske systemet, så strander det litt. Hvis de forskjellige

kommunestyrene skal si sin mening. Det var det som skjedde i nabokommunen vår, tror jeg, når vi skulle ha fellesmøter.

Kommunal leder, Granli

Gjennomgangstone er likevel at mer interkommunalt samarbeid vil tvinge seg fram:

Det kommer til å tvinge seg fram, vi har ikke sjanse alene. Kravet til kompetanse tvinger det fram. Det er der det ligger.

Kommunal leder, Granli

Oppsummering

I dette kapitlet er det empiriske materialet presentert. Problembeskrivelsen er ikke ulik mellom de to kommunene, men i synet på hva samhandlingsreformen innebærer for kommunen og den rette veien videre, er det mer uenighet. Som et forenklet sammendrag av kapitlet peker tabell 1 på de mest iøynefallende forskjellene mellom Bragdøy og Granli, slik intervjuobjektene har presentert situasjonen.

Forenklet oversikt over ulike valg i Bragdøy og Granli	Bragdøy	Granli
Utarbeidet strategi for implementering av samhandlingsreformen	Nei	Ja
Spesielle forutsetninger for å lykkes med reformen	Ja	Nei
Samhandlingsreformen innebærer omfattende endring	Nei	Ja
Interkommunale strategier	Nei	Ja
Bred prosess i forkant av reformen	Nei	Ja
Helse- og omsorgstilbudet representerer en utviklingsstrategi for kommunen	Nei	Ja
Ressursutnyttende samarbeid	Ja	Ja
Ressursmobiliserende samarbeid	Nei	Ja

Diskusjon

Erfaringene fra kasus-kommunene illustrerer flere av utfordringene som lokale politikere og fagfolk må håndtere i møte med samhandlingsreformen. Det empiriske materialet viser også hvordan de samme aktørene har ulike vurderinger av og resonnementer til balansen mellom lokale og interkommunale løsninger på disse utfordringene. Forskjellene mellom hva de enkelte mener er den beste strategien i tiden framover, er interessante enkeltvis, men utgjør også samlet et moment som er verd å merke seg. De ulike løsningene på den samme reformen illustrerer hvordan samhandlingsreformen på en og samme tid både er statlig standardiseringspolitikk og statlig diversifiseringspolitikk.

Den statlige standardiseringen kommer til uttrykk gjennom nytt lovverk, generelle økonomiske virkemidler og forholdsvis standardiserte avtaler mellom kommunene og de regionale helseforetakene. Dette er håndfaste styringsvirkemidler som bidrar til at reformen har en enhetlig struktur (Holm 2012, s. 19). Samtidig flytter reformen ansvar fra forholdsvis homogene helseforetak til en kommunestruktur med stor variasjon. Kommunene skiller seg ikke bare fra hverandre på egenskaper som utstrekning, innbyggertall og økonomisk bærekraft, forskjellene er også store på områder som kompetanse, tilgang på utdannet arbeidskraft, helseprofil og avstand til sykehus. Kommunene har derfor svært ulike utgangspunkt når de starter implementeringen av reformen. Dette vil lede til større forskjeller i det helsetilbudet folk får.

Forskjellene øker imidlertid ikke bare som et resultat av at kommunene ikke er like i utgangspunktet. Samhandlingsreformen legger også opp til et lokalt mulighetsrom. Det innebærer at kommunene får større frihet til å bestemme hvordan de velger å løse sine nye oppgaver, hvem de vil samarbeide med og hvordan de organiserer helsetjenestene. Dette mulighetsrommet er ikke ubegrenset. Gjennom de nye vedtatte lovtekstene, samt avtaleverket mellom kommune og regionalt helseforetak, legges det en rekke føringer. Likevel er muligheten for variasjon større nå enn hva den har vært tidligere.

Noen vil hevde at et utvidet lokalt mulighetsrom bryter med det førende prinsippet i den norske velferdsstaten om at alle skal få et like godt tilbud uansett hvor man bor. Andre peker

på at reformen tar subsidiaritetsprinsippet på alvor ved å legge flere tjenester nærmere brukerne. Spørsmålet er om forskjellene i helsetilbud også vil øke på grunn av mangelfull evne til å tilfredsstille kravene i samhandlingsreformen.

Disse kravene blir forsøkt møtt på ulike måter av studiens to kaskommuner. Mens Bragdøy stoler på at fagmiljøet, som er bygd opp på helsesenteret, vil være tilstrekkelig og at de derfor i stor grad vil kunne håndtere reformens utfordringer ved hjelp av tilpasninger innenfor kommunens grenser, ønsker Granli å bygge opp et tettere interkommunalt samarbeid som et ledd i en implementering preget av store endringer.

Bragdøy – helsefaglig tilpasning

Sett utenfra utgjør Bragdøys helsesenter en avgjørende forskjell mellom kommunene. Helsesenteret har ført til en (selv)bevissthet omkring fag- og organisasjonsutvikling i helsetjenesten. Gjennom forskning, samlokalisering av en rekke tjenester og aktive ildsjeler har helsesenteret blitt omdømmebyggende for kommunen. Denne posisjonen har også skapt en arena for enkeltpersoner som står sterkt både faglig og organisatorisk. Dermed har disse personene også fått tyngde i administrative og politiske organer. Implementeringen av samhandlingsreformen i Bragdøy har derfor vært en prosess styrt av faglige vurderinger like mye som en politisk styrt prosess.

Ordføreren peker selv på administrasjonens grep om implementeringen av reformen. Hverken innbyggerne eller politikere er spesielt interessert. Når det politiske nivået er såpass lite engasjert, reduseres også muligheten for å gjøre større endringer i helsesektoren, og implementeringen blir en mer segmentert prosess med den medisinsk-faglige ekspertisen i førersetet. Ordføreren hevder imidlertid at det er begrenset hva kommunens politikere kan gjøre; Han omtaler reformen som et direktiv fra statlig hold og bruker ordet *tilpasning* for å beskrive kommunens respons.

Bruken av ordet tilpasning kan forklares med kommunens framskutte posisjon innenfor distriktsmedisin. Visjonene for samhandlingsreformen faller sammen med tankegangen som

har preget kommunens helsesektor. Bragdøy har lenge forsøkt å begrense innleggelse på det regionale sykehuset, og helsearbeiderne er vant med syke pasienter. Ja, inntil nylig hadde de også fødestue på helsesenteret. I den forstand er reformens ansvars- og oppgavefordeling ikke fullstendig ny for de styrende i kommunen. Så selv om kommuneoverlegen beskriver et omfattende arbeid med rutiner og retningslinjer, opplever ordføreren at det primært trengs tilpasninger for å oppfylle reformens krav. Men tilpasning kan også forstås på andre måter.

Tilpasning kan være et uttrykk for at det lokale handlingsrommet, på tross av reformens formuleringer og intensjoner, likevel ikke oppfattes å være særlig stort. Forklaringen på en slik opplevelse kan være mange. Ordføreren uttrykker selv en ambivalens omkring kommunens regionale tilknytning. I dag samarbeider kommunen nordover, men det er sterke krefter som heller vil utvikle kommunens relasjoner til kommunene sørover, og da spesielt den nærmeste byen. Dersom kommunen blir slått sammen med bykommunen i sør, slik ordføreren antar blir resultatet av en ny borgerlig regjering, vurderes det som irrasjonelt å investere tungt i strukturelle grep som muligens også vil inkludere nabokommunene i nord. Investeringer kan også være et nøkkelord for en tredje forklaring. Kommunen har investert betydelige ressurser i helsesenteret. Senteret representerer derfor en form for investeringsspesifikk transaksjonskostnad ettersom verdien er langt større med dagens bruk enn hva den vil være dersom kommunen bidrar til å realisere en eller annen form for interkommunalt helsesenter og dagens fasiliteter derfor må brukes til noe annet.

Selv om ordføreren ikke ser for seg konkrete interkommunale løsninger, er han ikke fremmed for tanken om at det må mer samarbeid til i årene som kommer. Det samme understreker kommuneoverlegen. Men mens ordføreren kobler det til et fortsatt fall i folketallet, slik at samarbeid blir et slags minste onde dersom nedgangen ikke snur, ser kommuneoverlegen økt samarbeid som en løsning på koordineringsproblemer.

Kommuneoverlegen er opptatt av det hun betrakter som mangelfull koordinering av faglig satsning. For å bøte på det hun omtaler som en delvis overlappende oppbygning av primærhelsetjenester, ønsker hun et regionalt organ som kan kartlegge den faglige standarden på ulike tilbud og komme med forslag om samordning av utbedringene som gjøres av den

enkelte kommune. Kommuneoverlegen begrunner forslaget med at de lokale demokratiske prosessene som må kjøres for at kommunene selv skal ta denne oppgaven, tar for lang tid. De samme prosessene er også for mye preget av snevre lokale interesser. Innspillet er verd å legge merke til. For selv om hun stiller spørsmål ved om forslaget noen gang blir behandlet, peker hun på koordineringsutfordringen som kommer i kjølvannet av samhandlingsreformen. Spørsmålet er om et interkommunalt samarbeid vil løse koordineringsutfordringene eller bare skape nye?

Granli – politisk endring

Granli har valgt en helt annen tilnærming enn Bragdøy. Ved hjelp av en bred prosess i organisasjonen og med konsulenthjelp utenfra, har kommunestyret vedtatt en helse- og omsorgsplan med ambisiøse mål.

Helse- og omsorgsplanen er et eksplisitt strategidokument som beskriver utfordringer, strategier og konkrete tiltak. Det legges vekt på at dokumentet skal brukes som grunnlag i kommunens budsjettarbeid, en kobling som ofte svikter i strategisk planarbeid (Gjertsen 2003, s. 193). Planen bærer preg av å være et politisk dokument, den setter dagsorden og kommuniserer visjoner. Slik vises den politiske rasjonalitetens ekspressive logikk (Gjertsen 2003, s. 188). Planens kommunikative stil kan tenkes å være like mye adressert til aktører utenfor kommunens grenser som til aktørene innenfor.

Interkommunalt samarbeid er én av fire hovedstrategier i planen. De konkrete forslagene dreier seg både om spesialiserte tjenester som dialyse og ergoterapikompetanse, men omfatter også en interkommunal satsing på rus- og psykiatribehandling. I dette prosjektet er også spesialisthelsetjenesten involvert. Profilen på forslagene er neppe tilfeldige. Som noen av intervjuobjektene påpekte, var det lettere å tenke seg interkommunalt samarbeid om tjenester. Institusjoner som sykehjem og tilbud om øyeblikkelig hjelp er vanskeligere å flytte ut av kommunen. Når det gjelder rus- og psykiatribehandling, er dette områder hvor tilbudet i dag er magert og hvor et interkommunalt prosjekt ikke kommer i konflikt med eksisterende lokale tilbud.

Granli er likevel åpen for fellesløsninger for institusjonsdrift. En av årsakene kan være at det ene tettstedet i kommunen, Kobbaid, ligger strategisk til for et eventuelt utvidet samarbeid. Kommunene i området samarbeider allerede om legevakt, og denne er som tidligere nevnt lokalisert der.

Ifølge ordføreren, er målene i samhandlingsreformen ikke kompatible. Reformen skal fremme mer oppfølging og behandling i pasientens nærmiljø, men legger også press på små kommuner som, ifølge arkitektene bak reformen, ikke vil være i stand til å yte helsetjenester på et tilstrekkelig høyt nivå. Derfor oppfordres de små kommunene til å gå sammen, noe som vil redusere tilgjengeligheten på tjenester. Dette går ikke i hop, mener ordføreren, ettersom det bryter med noe av idégrunnlaget i samhandlingsreformen. For å imøtekomme kravene i reformen må Granli derfor satse. Ordføreren legger ikke skjul på at dette vil koste mye for en kommune som sliter med gamle underskudd.

Plan og strategi som verktøy for interkommunalt samarbeid

Som vist i tabellen i forrige kapittel, er det tilsynelatende store forskjeller mellom Bragdøy og Granli. Med denne studiens fokus på lokale og interkommunale strategier, framstår nettopp plan- og strategiarbeidet som en avgjørende forskjell. Mens Granli har investert mye i planprosessen ved å inkludere mange, sette ned utvalg og arrangere høring, har Bragdøy foreløpig iverksatt samhandlingsreformen uten et slikt dokument. Men i hvilken grad kan man bedømme utsiktene til tettere interkommunalt samarbeid på bakgrunn av strategiske dokumenter?

Med utgangspunkt i Gjertsen (2003), vil jeg se nærmere på mulige forklaringer på de to ulike veivalgene som kaskommunene har gjort. Et rimelig startpunkt for å vurdere planleggingens betydning er å stille spørsmål ved hvorfor Granli har brukt ressurser på å lage en slik strategi. Er det fordi de må? Fordi de vil? Eller fordi de mener at de bør?

Kommunene har ikke hatt noen forpliktelse til å utarbeide spesielle dokumenter eller strategier før eller under iverksettingen av samhandlingsreformen. Å forklare forskjellen

mellom Granli og Bragdøy som en forskjell mellom lojalitet og opportunisme vil derfor være haltende. Selv om det ikke finnes eksplisitte holdepunkter for det i det empiriske materialet, kan det tenkes at forskjellen skyldes ulike syn på planlegging som styringsverktøy. Dersom vi forfølger en slik forklaring, illustreres noen sentrale poenger i utfordringen med kommuniserte interkommunale strategier.

Planlegging kan både betraktes som en hensiktsmessig måte å se målsetninger, virkemidler og handlinger under ett, og som en lite fleksibel håndtering av stadig skiftende omgivelser. Et tredje alternativ er at planen er et uttrykk for noe politiske og administrative ledere oppfatter de bør gjøre for å gi inntrykk av at problemstillingene som planen skal besvare blir prioritert og håndtert på en skikkelig måte. Mangel på strategi kan i et slikt perspektiv forklares med at kommunen allerede har et godt omdømme på politikkområdet, og at velgerne allerede er forsikret om at utfordringene blir håndtert på en forsvarlig måte. Virker disse forklaringene plausible i denne studiens tilfelle?

Det empiriske materialet gir holdepunkter for at Granli både må jobbe hardere og kommunisere tydeligere dersom målsetningen om helse og omsorg som utviklingsstrategi skal være troverdig. Bragdøy har en stolt tradisjon som distriktsmedisinsk sentrum, og er neppe like avhengige av å kommunisere nye visjoner til omverdenen. Igjen illustreres forskjellen mellom en politisk og en administrativ implementering av reformen. For politikerne i Granli må vyene presenteres og settes inn i en kontekst for at kommunen skal vinne terreng på dette tjenesteområdet. Og med Kobbaid som det mest troverdige alternativet for en eventuell samlokalisering av felles institusjonsutbygging, framstår en eksplisitt og formidlet satsning på interkommunalt samarbeid som rasjonell og forståelig ut fra Granli kommunes perspektiv. På samme måte som Kobbaid er en gunstig plassering for Granli, er det en ugunstig plassering for Bragdøy.

Om Granlis plan er forståelig, betyr det at Bragdøys mangel på plan er *uforståelig*? Er det foreløpige fraværet av en inkluderende planprosess uttrykk for en passiv og lite strategisk tilnærming til framtidens helse- og omsorgstjenester? Svaret er neppe så enkelt. Ettersom både rådmann og ordfører mener at mer interkommunalt samarbeid vil tvinge seg fram, er

problemforståelsen temmelig lik den i nabokommunen. Det er derfor god grunn til å se nærmere på andre mulige forklaringer på hvorfor Bragdøy ennå ikke har utarbeidet en offentlig strategi.

Mangel på kompetanse kan selvfølgelig forklare mangel på planverk. Spesielt i små kommuner kan manglende ressurser være en utfordring. For eksempel vil liten administrativ kapasitet kunne medføre at planleggingsoppgaver blir nedprioritert til fordel for rene driftsoppgaver. Intervjuene gir imidlertid få holdepunkter for en slik antakelse.

Ettersom det her er spørsmål om kommunens atferd i møte med en statlig reform, dras oppmerksomheten mot relasjonen mellom stat og kommune. Som tidligere referert opplevde ordføreren i Bragdøy at det lokale handlingsrommet var begrenset i møte med reformen, «*direktiv ovenfra*» var formuleringen han brukte. I møte med direktiver er det sjeldent mye handlingsrom igjen. Men uten en kommunisert plan kan noe av fleksibiliteten gjenvinnes. Ikke-planlegging blir på denne måten en strategi. En slik forståelse får ytterligere tyngde gjennom ordførerens ambivalens til kommunens framtidige regionale tilknytning. Når framtiden er usikker kan en vente-og-se strategi være rasjonell. Denne avventende holdningen kom også fram da ordføreren beskrev utsiktene til at mer samarbeid ville tvinge seg fram; *Dersom* folketallet fortsatte å falle, måtte interkommunale løsninger søkes. Før vedkommende fikk svaret på det, var mangel på plan for framtidens helse- og omsorgstjenester en åpenbar strategi.

Fraværet av en kommunisert plan kan også være uttrykk for et vanskelig politisk klima. Dersom geografiske eller politiske forhold gjør eksplisitte veivalg i et plandokument politisk kostbart, kan det være fornuftig å droppe en åpen agenda. I flere av intervjuene kommer det klart fram at spørsmålet om interkommunalt samarbeid innen helse- og omsorg nettopp er et tema hvor meningene og følelsene er sterke. Å argumentere for en tettere integrasjon mellom kommunene på et slikt kommunalt kjerneområde, kan lett gjøre en arbeidsløs som ordfører. Om utviklingstrekkene likevel skulle gå klart i en slik retning, vil det være bedre å si at samarbeidsløsningene tvinger seg fram.

Det er med andre ord grunnlag for å hevde at begge kommunene forholder seg strategisk til implementeringen av samhandlingsreformen og at avveiningen mellom lokale og interkommunale strategier er en del av denne strategien. Kaskommunene har valgt ulike veier, og med holdepunkt i det empiriske materialet er det enkelt å påstå at kommunene derfor ikke utgjør ideelle partnere for hverandre i et mulig interkommunalt samarbeid. Men også en slik påstand kan problematiseres.

Spørsmålet er om interkommunale samarbeid er avhengig av overordnede strategier for å bli realisert. Kan en slik form for samstyring like gjerne komme skrittvis? Og kan fastlagte beskrivelser av dagens situasjon og framtidige utfordringer, med tilhørende konkrete tiltak og strategier, lett bli en sperre mot videre eksplorering av mulige samarbeidsløsninger? Sannsynligvis kan eksplisitte strategiske beslutninger om interkommunale eller lokale løsninger fungere som stadig voksende fallhøyder for involverte lokalpolitikere. Klare og åpne valg begrenser politikernes handlingsrom og gjør det vanskeligere å komme til en framforhandlet enighet. Selve strategiprosessen kan i seg selv stenge flere muligheter, eller som Scharpf (1988) formulerer det:

Battles over the proper definition of the common goal, or over appropriate strategies, might indeed be more divisive than the search for mutually agreeable compromises at the bargaining table.

Scharpf 1988, s. 260, i Gibson og Goodin, 1999, s. 362.

Motiver for samarbeid

Det kan som vi har sett være ulike grunner til at et interkommunalt samarbeid er etablert eller vurdert etablert. Den teoretiske redegjørelsen presenterte seks ulike drivkrefter for samarbeid. De ulike formene er vist i tabell 2:

<i>Type samarbeid</i>	<i>Eksempel fra det empiriske materialet</i>
Rekrutteringsdrevet	Interkommunal legevakt
Kompetansedrevet	Framtidig samarbeid om øyeblikkelig hjelp
Risikoreduserende	Samordning av fagutvikling
Ressursutnyttende	Alarmtjenester
Ressursmobiliserende	Flerkulturelt helsesenter
Forhandlingsstyrke	Regionvis forhandling med helseforetak

Rekrutteringsdrevet interkommunalt samarbeid handler om å kunne tilby stillinger som er attraktive nok til å tiltrekke kompetente søkere. For kommunene er det ofte snakk om å slå seg sammen for å kunne tilby heltidsstillinger. Ordfører i Bragdøy ga et annet eksempel da han understreket hvor viktig det er å tilby legene en akseptabel vaktbelastning. Når legevaktarbeidet deles på flere blir det færre kvelder og helger på jobb for legene. Kommuneoverlegen pekte også på at mens redusert tjenestetilgjengelighet som oftest er en negativ konsekvens av samarbeid, vil den for et legevaktsamarbeid ofte i sum være positiv, i alle fall for kommunen. Med noe reisevei til legevakten går bruken blant pasienter med lette lidelser ned og flere velger i stedet å komme i legekontoets vanlige åpningstid.

Kompetansedrevet samarbeid handler om kommunenes behov for kvalifisert arbeidskraft og robuste fagmiljøer. I mange små kommuner kan viktige tjenester være avhengig av én person. I slike tilfeller kan det være mye å tjene på å bringe ansatte fra forskjellige kommuner sammen. For ansatte i små kommuner kan samarbeid også bidra til større avstand til brukerne, noe som i mange tilfeller kan gjøre det lettere å være profesjonell fagperson. Flere av intervjuobjektene pekte nettopp på behovet for kompetanse som den fremste drivkraften for interkommunale samarbeid. For å bemanne et døgnbasert øyeblikkelig hjelp-tilbud, mente flere at man trolig ville være avhengige av samarbeid for å få bemanningskabalene til å gå opp.

Når hensikten er å redusere risiko, søker kommunene sammen for å slippe å ha aleneansvar for en investering eller driftskostnad. I studiens empiriske materiale peker kommuneoverlegen

i Bragdøy på behovet for en mer koordinert satsing på etter- og videreutdanning. En liten kommune kan risikere å tape penger på å utdanne en sykepleier innen et fagfelt det ikke blir bruk for på lang tid. I et større fellesskap vil dette være en ressurs som kan komme til nytte andre steder.

Ressursutnyttende interkommunalt samarbeid er kanskje det flest tenker på når kommuner samarbeider. Motivet er stordriftsfordeler og sparte kostnader. Samarbeidet om alarmtjenestene er et typisk eksempel. Enhetskostnaden per nødanrop ville blitt svært høy dersom Granli skulle driftet dette alene med alt det innebærer av personell og utstyr.

Ressursmobiliserende samarbeid handler om å skaffe til veie investeringer og arbeidsplasser. Som tidligere redegjort for, er slike koalisjoner ikke spesielt vanlige ettersom det nesten alltid oppstår et nullsumspill; vinner den ene kommunen, taper den andre. I studiens empiriske materiale, finner vi imidlertid et eksempel på at én kommune søker samarbeid med en annen kommune for å opprette arbeidsplasser. Og attpåtil handler innsatsen til Granlis ordfører om et flerkulturelt helsesenter lokalisert i nabokommunen.

Når hensikten er økt forhandlingsstyrke, vil som regel flere små aktører gå sammen for å balansere en potensielt dominerende aktør. I det regionalt baserte forhandlingsutvalget som har forhandlet fram de lovpålagte avtalene med det regionale helseforetaket, har flere kommuner slått seg sammen for å bli mest mulig likeverdige en sterk statlig motpart.

Det empiriske materialet gir altså eksempler på interkommunale samarbeid hvor hensikten med samarbeidet er forskjellige. De ulike årsakene til samarbeid utelukker ikke hverandre, de fleste eksemplene kunne også stått et annet sted i tabellen. Men er det noe overraskende i dette materialet, eller følger resultatene mønsteret som de teoretiske perspektivene har tegnet opp?

Svaret på et slikt spørsmål er både ja og nei. I materialet er det flere eksempler på ressursutnyttende og kompetansedrevne interkommunale samarbeid. Noe annet ville også vært påfallende. Men det finnes også overraskelser. En av dem er det ressursmobiliserende arbeidet som Granlis ordfører har lagt ned. Et engasjement for et helsesenter i nabokommunen bryter med hva en kunne anta på bakgrunn av Ljungquists (1998) hypoteser.

Ifølge Ljungquist (1998) vil et arbeid hvor hensikten er å etablere ny virksomhet innen en kommune stort sett være preget av konkurranse mellom kommuner, ikke samarbeid. Og dersom kommunene likevel samarbeider, vil et slikt samarbeid ha lav formaliseringsgrad slik at hver aktør kan skifte strategi og bryte samarbeidet uten for store omkostninger. Lite vites foreløpig om det flerkulturelle helsesenteret, og det var åpenbart delte meninger om et slikt samarbeid blant flere av intervjuobjektene. Om ordførerens strategi skulle lykkes, kan man anta at det er et samarbeid som er bindende. Et nytt helsesenter, med både psykiatriske og somatiske tjenester, vil kreve betydelige investeringer. Og selv om ordføreren håper at mange av midlene vil komme fra statlig hold, er det lite trolig at Granli slipper unna uten selv å ta en del av regningen. Det vil i tilfelle forplikte. Ut fra hva ordføreren forteller, er motivet for dette arbeidet et ønske om å mobilisere på et politisk felt han er opptatt av. Det kan også virke som om ordføreren vurderer hvilke komparative fortrinn området har med tanke på muligheten for å generere statlige tilskudd. Den politiske dimensjonen er uansett tydelig.

Selv om forhandlingsstyrke er nevnt spesifikt i det teoretiske materialet, er det også verd å merke seg det regionale forhandlingsutvalgets rolle. Det regionale helseforetaket er en svært ressurssterk motpart med betydelig forhandlingskompetanse. Fra lovens side har helseforetakene allerede i utgangspunktet en fordel ettersom det er sykehusets leger som bestemmer når en pasient er utskrivingsklar. Når et stort antall jurister og økonomer og deres samlede forhandlingskompetanse kommer i tillegg, blir kommunene fort underlegne. Det har derfor ikke vært noen uenighet omkring den interkommunale strategien, ifølge intervjuobjektene i denne studien. Men ved å forhandle på vegne av kommunene, har forhandlingsutvalget bundet kommunene. Det har i praksis vært lite kommunestyrene i de enkelte kommunene har hatt mulighet til å endre når de har fått avtaletekstene til godkjenning

Til slutt er det betimelig å peke på hovedbegrunnelsen for samarbeid. Feiock (2007, s. 49) pekte på stordriftsfordeler som den sterkeste motoren i interkommunalt samarbeid. Flere av intervjuobjektene bekymrer seg for kommunens nåværende og framtidige økonomi, men begrunnelsen dominerer på ingen måte. Kompetanseutfordringen derimot, vil, som flere sier, tvinge kommunene til å samarbeide.

Kompetanse som drivkraft for interkommunalt samarbeid

Kompetanseutfordringen er enorm. Ikke minst skyldes det en endret demografi. Flere eldre vil kreve sitt, ikke bare i Granli og Bragdøy, men i de aller fleste av landets kommuner. I tillegg kommer økte krav til kvalitet, både gjennom brukernes ønsker om valgmuligheter og individuell tilpasning, og gjennom statens standarder og retningslinjer. Legger man så til de siste årenes jevne fraflytting fra Granli og Bragdøy, ja, da spørres det om regnestykket i det hele tatt går opp.

«*Et isfjell av utfordringer*» var formuleringen rådmannen i Granli brukte om kompetanseutfordringen. Hun understreket hvordan dette alene ville presse fram flere interkommunale samarbeid. Metaforen antyder at det kun er en liten del av utfordringene som er synlige på overflaten, i realiteten er trusselen langt større. Det er ikke enkelt å forutse hva som ligger skjult i framtida, men både oppbygging og nedbygging av fagmiljøer har en tendens til å ha en selvforsterkende effekt. En ressursperson får ofte følge av flere, enten det er den ene eller andre veien.

På tross av et økende behov for kvalifisert arbeidskraft, hadde flere av intervjuobjektene et håp om at samhandlingsreformen ville gjøre det lettere å få tak i kvalifiserte arbeidstakere. Argumentasjonen handlet først og fremst om at mer ansvar for kommunene ville gi mer utfordrende arbeidsoppgaver for de ansatte. Nå skulle de kommunale arbeidstakerne ikke lenger legge inn alt som fra et faglig perspektiv var krevende og interessant, men behandle det selv. Dermed ville det ikke lenger bare bli pleieoppgaver, slik en av de intervjuede formulerte det. Dette skulle resultere i at flere søkte seg til kommunehelsetjenesten. Beslektet med dette argumentet er hypotesen om at flere vil bli overtallige i spesialisthelsetjenesten når

kommunene nå står for mer av behandlingen og oppfølgingen. Slik vil samhandlingsreformen føre til mange ledige hender som ønsket å søke arbeid i primærhelsetjenesten.

Sett utenfra framstår disse argumentene som svakt funderte. Først og fremst er det et spørsmål om scenariene i det hele tatt vil slå til. Dersom samhandlingsreformen oppfylder målsetningen om å redusere veksten i spesialisthelsetjenesten, er det riktignok ikke utenkelig at nyutdannede vil måtte søke arbeid på sykehjem i stedet for sykehus. Men få tror vel egentlig at sykehusene vil få mindre å gjøre i årene som kommer. Ifølge samhandlingsreformen skal veksten reduseres i spesialisthelsetjenesten og økes i kommunehelsetjenesten. Med andre ord endres den relative fordelingen, men med økt etterspørsel av helsetjenester vil det neppe bli en reduksjon på noen av nivåene. Når det gjelder antakelsen om at de kommunale helsejobbene vil bli mer spennende, kan nok den ha noe for seg. Andelen pleie skal reduseres til fordel for mer behandling. Helsefaglig utdannede som velger jobb ut fra ønsket om faglige utfordringer vil likevel søke seg vekk fra kommunene. Om andelen pleie reduseres i kommunene, forsvinner den nærmest helt fra sykehusene. Pasienter som først og fremst trenger pleie vil bli definert som utskrivningsklare og bli sendt tilbake til hjemkommunen.

Selv om samhandlingsreformen i seg selv neppe fører til økt søkning til helse- og omsorgssektoren i Bragdøy og Granli, betyr ikke det at kommunene ikke kan klare å rekruttere tilstrekkelig antall kvalifiserte helsearbeidere. To elementer vil trolig være av særlig betydning, ledelse og utviklingsstrategi.

Kommuneoverlegen var en av dem som var mest bekymret for hvordan kommunene i området ville klare å rekruttere kompetente arbeidstakere i tiden framover. Men uroen kretset ikke utelukkende rundt mangelen på klinisk kompetanse. Gang på gang understreket hun hvordan ledelse nå var blitt viktigere i kommunehelsetjenesten. Den økte betydningen av ledelse begrunnet hun med flere rutiner, tøffere prioriteringer og en mer finmasket koordinering mellom sykehus og primærhelsetjeneste. Prosessforståelsen var viktig for å utvikle gode prosjekter og skaffe finansiering til disse, slik at helsetilbudet kunne utvikles videre. I tråd med Romørens påstand som ble sitert i innledningen (Romøren 2011, s. 220),

belønner samhandlingsreformen kommuner som med kreativt lederskap og erfaring fra søknadsprosesser ovenfor staten, klarer å lage interessante prosjekter. For disse kommunene er det mye penger å hente. Dette vil være kommuner hvor innovasjon og faglig utvikling vektlegges, og det vil trolig også være attraktive arbeidsplasser. I kampen om kompetanse er det derfor god grunn til å lytte til kommuneoverlegens merknad om ledelse og prosessforståelse.

Lokalt handlingsrom

Kommuneoverlegens fokus på ledelse og prosessforståelse handler om utvikling. Og nettopp utvikling har vært ett av denne studiens perspektiver. Alle intervjuobjektene ble spurt om folkehelse og / eller helsetilbudet var en utviklingsstrategi for kommunen. Svarene var ulike, og som vist var det en tydelig forskjell mellom Bragdøy og Granli, hvor aktørene i Granli svarte bekreftende på spørsmålet.

Denne forskjellen var noe overraskende, tatt i betraktning Bragdøys langvarige satsning på helsesenteret. Men utviklingsstrategier handler kanskje mest om hva som skal komme, det som allerede har skjedd er det kanskje for sent å gjøre noe med? Eller er forskjellen i respons et uttrykk for ulike vurderinger av det lokale handlingsrommet?

For å kunne utrope et politikkområde til utviklingsstrategi, er de lokalt folkevalgte avhengig av et visst handlingsrom. Handlingsrommet er nødvendig for å kunne se oppgaver i sammenheng, samordne tiltak og prioritere mellom dem. Denne samordningsfunksjonen er både lokalpolitikernes privilegium og deres lodd. Det er gjennom koordineringsfunksjonen det lokale nivået kan oppnå synergier og god lokal tilpasning, men det er sjeldent nok ressurser til alt som politikerne ønsker å gjøre. Samordningen er derfor også en tøff og vanskelig prioriteringsprosess.

Ved første øyekast legger samhandlingsreformen opp til et betydelig handlingsrom. Kommunene kan implementere reformen selv, eller de kan velge å samarbeide med andre kommuner. Dersom kommunene trenger samarbeidspartnere, kan de selv velge hvem dette

skal være. Innledningsvis ble det referert til hvordan staten forutsetter interkommunalt samarbeid, men lar det være opp til kommunene å finne ut av hvordan.

Samtidig er samhandlingsreformen ett av flere uttrykk for en nyere type statlige styringsvirkemidler. Sektorspesifikke satsninger, lovfestede rettigheter for brukerne og økonomiske tilskudd til satsningsområdene er eksempler på enkeltvis styring av definerte politikkområder. Denne formen for styring begrenser kommunenes handlingsrom og setter lokalnivåets samordningsfunksjon under press (Fimreite 2002, s. 23).

Flere av intervjuobjektene gir tydelig uttrykk for at de merker dette presset. Som allerede nevnt peker ordføreren i Bragdøy på hvordan han opplever at slike reformer blir tredd ned over hodene på lokalt folkevalgte og at man ikke har annet å gjøre enn å effektivere så godt man kan. Ordføreren i Granli nevner på sin side rettighetsfestingen og de stigende forventningers misnøye.

Uansett standpunkt til samhandlingsreformen, er det liten tvil om at reformen reduserer kommunenes handlingsrom innenfor helse- og omsorg. Nasjonal standardisering er vel nettopp et av poengene med reformen. Og når handlingsrommet innenfor en sektor reduseres, minsker også det handlingsrommet kommunene har til å samordne og se oppgaver i sammenheng.

Et redusert handlingsrom kan ramme muligheten for å se helse- og omsorgstjenester i et utviklingsperspektiv, men det kan også ramme selve ideen bak samhandlingsreformen. La oss se på det første først.

Helse som utviklingsstrategi

Innledningsvis ble det referert til Finstad og Aarsæthers (2003) diskusjon vedrørende skillet mellom velferdstjenester og utviklingsoppgaver. Vanligvis nevnes disse oppgavene ikke i samme åndedrag. For mens tjenesteproduksjonen driftes jevnt og trutt i tråd med statlige

retningslinjer og individuelle rettigheter, handler utviklingsoppgaver mer om næringsliv og verdiskaping, lokale fordeler og politisk kløkt. Finstad og Aarsæther (2003) stiller imidlertid spørsmål ved en slik todeling. En av årsakene til det er velferdstjenestenes store betydning for lokal sysselsetting.

Velferdstjenestenes betydning for sysselsettingen henger tett sammen med den norske velferdsmodellen. Kommunene har alltid hatt en sentral plass i velferdsstaten. Først som pionerer og entreprenører, senere som iverksettere av statlig bestemt velferdspolitik. Velferdssamfunnet er med andre ord bygd ut gjennom kommunene.

Den norske kommunestrukturen består av et finmasket nett av noen store og mange små kommuner. Medianen for de 429 kommunene er 4600 innbyggere (Smith 2011, s. 51). Med et likt ansvar for håndteringen av en rekke velferdsoppgaver, innebærer de mange små kommunene at arbeidsplasser og institusjoner er spredd ut over hele landet. Oppbygningen av velferdsstaten har foregått parallelt med nedbyggingen av primærnæringene. Dermed er driften av velferdstjenestene i mange kommuner blitt en hjørnesteinsbedrift. Eller for å sette det på spissen; sykehjemmet kan være den største arbeidsplassen (Naustdalslid 2012, s. 20).

Samhandlingsreformen er som tidligere nevnt et eksempel på hvordan staten bruker kommunene til å iverksette statlig politikk, men reformen kan også representere et brudd med mønsteret vi hittil har sett. Årsaken er simpelthen den at reformen kan overskride mange kommuners tålegrense for hva som kan håndteres. Og det spørres om kommunene kan forvente en tilsvarende vekst i antall ansatte som veksten de senere år.

I perioden fra 2005 til 2010 steg antallet ansatte i norske kommuner med 16 %, fra 444 000 til 516 000, opp fra 167 000 i 1970 (Vanebo 2012, s. 2). Selv om oppgavene økte, blant annet gjennom lovpålagt krav om krisesentre, ble det flere hender i kommunene til å løse disse oppgavene. Den økonomiske situasjonen var helt sikkert krevende for den enkelte kommune, men jobben ble gjort. Det hjalp nok også at de nye oppgavene ikke var av den typen innbyggerne bryr seg mest om, derfor ble det mulig å inngå i noen geografisk vidtrekkende

interkommunale samarbeid. Men denne gangen er det annerledes. Styringssignalene er, som vi så innledningsvis, tydelige på at ansvaret som kommer med samhandlingsreformen må løses sammen med andre kommuner, ikke ved å opprette mange nye stillinger. I tillegg er tjenestene ikke av den typen som innbyggerne er likegyldige til, slik flere av intervjuobjektene påpekte.

Det kan derfor argumenteres for at utviklingsperspektivet er viktig ved implementeringen av denne reformen. Forskjellen mellom de som blir vertskap for en eventuell interkommunal satsning på helse og omsorg og de som ikke blir det, vil trolig bli svært stor. Det vil være snakk om desto flere arbeidsplasser dersom tilbudet til flere kommuner samles på ett sted, for eksempel om et døgnbasert øyeblikkelig-hjelp tilbud samlokaliseres for to eller tre kommuner.

Hvorfor er ordføreren i Bragdøy da såpass avmålt til helse- og omsorgstjenester som utviklingsstrategi for kommunen han leder? For å bruke terminologien til Finstad og Aarsæther, kan Bragdøys tilnærming til reformen betegnes som passiv eller minimalistisk. Som jeg tidligere har vært inne på i drøftingen av de to kommunenes ulike valg, kan mangel på strategi eller synlig politisk engasjement være fullt ut rasjonelt. Og i denne sammenheng kan vi spekulere på flere årsaksforhold som illustrerer spenningen mellom lokale og interkommunale strategier.

For det første kan den avmålte holdningen forklares med geografisk plassering. Statens styringssignaler mer enn antyder et ønske om at helse- og omsorgstjenestene trenger et større nedslagsfelt enn de knappe 3000 innbyggerne i Bragdøy kommune kan utgjøre. Et interkommunalt samarbeid i området vil, som vi har vært inne på, lokaliseres et annet sted enn Bragdøy. I det interkommunale nullsumspillet vil Bragdøy derfor trekke det korteste strået. Det er i seg selv et argument for å ligge lavt i terrenget og satse på et status quo.

En annen forklaring kan være det manglende handlingsrommet som ligger i helse- og omsorgssektoren. Ordføreren har selv vært vitne til hvordan viktige funksjoner har forsvunnet

fra helsesenteret på grunn av nye retningslinjer og statlige standarder. Kommunen mistet fødestuen på grunn av nye rutiner. De rikspolitiske visjonene for den kommunale helsetjenesten kan skremme noen og enhver av lokalpolitikere, som politikkområde er helse en sektor hvor det er best å oppfylle brukernes og statens krav, men være varsom med å satse og investere tungt.

En tredje forklaring handler om samordning og har en klangbunn som plasserer selve grunnideen i samhandlingsreformen i et nytt lys. Ordføreren i Bragdøy omtaler samlokaliseringen av en rekke tjenester til helsesenteret som en lykke. Ikke bare var det kostnadssparende, men det ga også en rekke faglige fordeler. Ved å bygge et kompetansesenter innen helse ble fagmiljøet bedret, rekrutteringen av fagfolk ble enklere og tjenester som ofte kan være vanskelige å koordinere, kom under samme tak og samarbeidet derfor bedre. Kort sagt ble helsesenteret en illustrasjon på kommunens evne til å samordne og koordinere et bredt utvalg tjenester og slik oppnå resultater som vanskelig lar seg realisere med ren sektortenkning.

«Helse i alt vi gjør» for kommunen, men hva når kommunen ikke lenger gjør alt?

I innledningskapittelet i denne studien ble det redegjort for kommunens ansvar etter den nye folkehelsesloven. Kommunen skal være hovedaktør i folkehelsearbeidet og har ansvar for en helhetlig tilnærming.

Med sin brede og omfattende kontakt med borgerne har kommunen særlige forutsetninger å lykkes med et slikt arbeid. Mens statsforvaltningen er sektorbasert og tidvis har store samordningsproblemer, kan kommunen bruke kunnskap om lokale forhold, se ulike politikkområder i sammenheng og prioritere mellom dem. Folkehelsesloven pålegger derfor kommunene å ta hensyn til helse også når det utarbeides tiltak og strategier for andre sektorer.

Tanken med et slikt pålegg er at dersom alle kommunens avdelinger tar hensyn til folkehelsearbeidet, så vil den samlede koordinerte innsatsen bidra til en sunnere befolkning.

Helse i alt vi gjør er både et slagord og en erkjennelse av at ting henger sammen. Det som gjøres blant ingeniørene på teknisk sektor har en sammenheng med det som gjøres blant lærerne på skolen. Forholdene på skolen påvirker igjen ungdoms trivsel og helse. Evnen til å se disse årsakskjedene i sammenheng er *helse i alt vi gjør* i praksis. Og som vi husker fra presentasjonen av samhandlingsreformen, premieres kommunene økonomisk dersom befolkningen holder seg friskere. En samlet, koordinert innsats vil med andre ord få direkte utslag i lavere kostnader for kommunen.

Helse i alt vi gjør handler altså om kommunens brede tilnærming og gevinstene i et slikt perspektiv. Men dersom de ulike leddene i årsakskjedene blir spredt på forskjellige interkommunale samarbeid, forsvinner oversikten og sammenhengen. Hverken rådmann eller kommunestyre har lenger samme mulighet til å koordinere og samordne de ulike tjenestene. Dette var et begrenset problem så lenge samstyringen var begrenset til områder som vann og teknisk sektor. Men når myndighetsutøvelse ble et mulig samarbeidsområde da vertskommunemodellen ble introdusert, ble også kommunale kjerneoppgaver mulige samarbeidsområder (Røiseland og Vabo 2012, s. 157-158). Dette er i mange tilfeller mer komplekse og sammensatte tjenesteområder hvor sammenheng er ekstra viktig. Når den helhetlige tjenesteytingen kan falle fra hverandre, skaper det ikke bare koordineringsproblemer. Det setter selve prinsippet i folkehelseloven under press.

Ekstra vanskelig blir det dersom de forskjellige interkommunale samarbeidene har ulike deltakere. Om døgnbasert øyeblikkelig hjelp er et samarbeid mellom kommune a og kommune b, mens felles kommuneoverlege er delt mellom kommune a og c og folkehelsekoordinatoren er delt mellom b og c, oppstår det fort koordineringsvansker (Røiseland 2012b, s. 3). En slik uensartet geometri ser man allerede eksempler på i samarbeidene som Granli og Bragdøy deltar i. Som et eksempel består det interkommunale samarbeidet om miljørettet helsevern og legevaktsamarbeidet av forskjellige kommuner. Dersom forslagene som ligger i Granli kommunes helse- og omsorgsplan blir realisert, øker trolig samordningsproblemene.

Et annet eksempel på uensartet geometri finnes i leddet over de interkommunale samarbeidene i dette området. De tre kommunene som samarbeider om flere tjenester, tilhører to ulike regionale helseforetak. Det kompliserer trolig situasjonen ytterligere.

Samhandlingsreformen forutsetter at kommunene samarbeider og at de finner sine samarbeidspartnere selv. Ved at initiativet så tydelig plasseres hos kommunene, øker variasjonen i de ulike interkommunale samarbeidene. Rett nok gir en slik initiativrett kommunene en fleksibilitet i valg av samarbeidspartner(e). Men det bidrar også til å øke kompleksiteten (Aars 2002, s. 40).

Økt kompleksitet gir dårligere kår for god koordinering. Denne koordineringsproblematikken er et innebygget paradoks i samhandlingsreformen. De små kommunene forutsettes å samarbeide med hverandre. Samtidig skal de hver for seg ha et hovedansvar innen folkehelsearbeidet, hvor evnen til å integrere helse i alt som gjøres i de ulike kommunale sektorene over tid, premieres. Et mer omfattende interkommunalt samarbeid innen helse vil ganske sikkert bedre den interkommunale samordningen, men risikoen er stor for at koordineringen internt i kommunen blir tilsvarende svekket.

Et interkommunalt helsesamarbeid har også noen andre implikasjoner. Dersom beskrivelsen av den politiske interessen rundt interkommunale samarbeid som ordføreren i Bragdøy ga er riktig, og at interkommunale samarbeid oppfattes som noe som er «*delegert bort*», blir ansvarsforholdene utydelige for borgerne. Selv om bestillerkommunen er ansvarlig for tjenestene som leveres i et samarbeid, og et kontraktsfestet forhold kan endres på, kan det faktiske ansvaret være mer komplekst, ikke minst for velgerne / brukerne.

I sum kan et interkommunalt helsesamarbeid ha noen negative langtidseffekter for de av kommunene som ikke blir vertskommune eller får en institusjon lokalisert innenfor egne grenser. Kommunene som ikke er tilstrekkelig robuste til å håndtere samhandlingsreformen på egenhånd, kan stå i fare for å gjøre en dårligere folkehelseinnsats og bli straffet økonomisk fordi de har dårligere mulighet til å se helse i sammenheng med andre sektorer. Satt på spissen

kan man hevde at det vil være vanskelig å sørge *for helse i alt vi gjør* i en kommune som ikke lenger gjør alt.

Generalistkommunen versus generalistkommunesystemet

Spissformuleringen om kommuner som ikke lenger gjør alt leder uvegerlig mot en diskusjon av generalistkommunen. Diskusjonen bygger på Røiseland (2012b), Flo (2002), Fimreite (2002) og Aars (2002).

Generalistkommunebegrepet har ingen entydig definisjon og kan forstås på flere måter (NOU 1992:15; NOU 2000:22). Prinsippet er at en kommune utgjør et uavgrenset fellesskap og har ansvar for et bredt spekter av de viktigste offentlige oppgavene innenfor et gitt territorium. Skole og helse/omsorg står nok i en særstilling blant folk flest, men oppgavespenet omfatter i tillegg til tjenesteproduksjon også demokrati og utviklingsoppgaver. Kommunen blir slik et politisk sentrum med de oppgaver og funksjoner som er tillagt det lokale forvaltningsnivået.

Siden de samme oppgavene utføres av alle landets kommuner, kan vi snakke om et generalistkommunesystem. Systemet bygger på at alle landets kommuner er generalistkommuner som kan prioritere og samordne. I generalistkommunesystemet ligger det også et implisitt krav om likhet og likeverd. Det tolereres derfor ikke store variasjoner i for eksempel tjenestetilbud mellom ulike kommuner, hverken fra staten eller fra innbyggerne. Generalistkommunesystemet gir staten mulighet til å likebehandle kommunene og derfor bruke de samme styringsmetodene, enten det er snakk om store eller små kommuner, fattige eller ressurssterke. Det er heller ikke behov for å differensiere ansvarsområder. I oppbygningen av en universell velferdsstat var generalistkommunesystemet derfor avgjørende for at kommunene kunne være iverksettere av nasjonalt vedtatt politikk. Et slikt kommunesystem skiller seg fra organiseringen av lokalnivået i en rekke andre land hvor særkommuner og ulike kommunetyper eksisterer side om side slik det er i USA, Storbritannia, Canada og Tyskland, for å nevne noen (Røiseland 2012b, s. 1).

Enkelte har hevdet at generalistkommunen nå er under press. Presset kommer ikke nødvendigvis fra motstandere av systemet, men fra krav og forventninger som til sammen sprenger kapasiteten enkelte kommuner har til å håndtere tunge oppgaver, ikke minst innenfor helsesektoren (Flo 2002, s. 9). Samhandlingsreformen omtales som ett av eksemplene på dette.

Styringsdokumentene i samhandlingsreformen sier eksplisitt at enkelte kommuner ikke har de nødvendige forutsetninger for å håndtere oppgavene som kommunen nå har fått ansvaret for, og at manglene må utbedres gjennom interkommunalt samarbeid. Hvilke konsekvenser kan dette få for generalistkommunen?

Interkommunalt samarbeid står i et spenningsforhold til generalistkommunen. Jo flere av en kommunes oppgaver og funksjoner som løses gjennom interkommunalt samarbeid, desto mindre vil denne kommunen framstå som et selvstendig politisk sentrum (Røiseland 2012b, s. 2). Det er derfor en grense for hvor mange av kommunens oppgaver som kan overlates til interkommunale organer før kommunen selv får en forholdsvis perifer rolle i tjenesteproduksjon og utvikling. Hvor denne grensa går er imidlertid vanskelig å fastslå. Likevel er det grunn til å tro at helse- og omsorgsoppgavene, samt skole, har en sentral plass i det bildet folk har av en selvstendig kommune (Aars 2002, s. 39).

Samtidig er interkommunale samarbeid ofte en forutsetning for å få en oppgave løst. Det er flere eksempler i det empiriske materialet hvor intervjuobjektene er tydelige på at det ikke finnes alternativer til de interkommunale løsningene. Ett slikt eksempel er diskusjonen rundt den interkommunale legevakten. I det tilfellet bidrar den interkommunale løsningen til at tjenesten i det hele tatt blir produsert. Dermed kan man fastslå at samarbeidet utvider kommunens problemløsningskapasitet. Gjennom samarbeid kan små kommuner på denne måten løse de samme utfordringene som større kommuner løser. Det legger et grunnlag for at staten fortsatt kan likebehandle kommunene, eller med andre ord, at generalistkommunesystemet kan opprettholdes. Generalistkommunesystemet ivaretas på denne måten av interkommunale samarbeid (Røiseland 2012b, s. 3).

Samhandlingsreformens vektlegging av interkommunalt samarbeid framstår som et forsvar av generalistkommunesystemet, realisert gjennom å ofre deler av generalistkommunen. Tanken er at når de svakeste kommunene samarbeider, kommer også de opp på et nivå som gjør at staten kan styre med samme virkemidler og metoder som brukes overfor andre kommuner. Når motstanden mot tvungen kommunesammenslåing er bastant i deler av regjeringen, kan interkommunalt samarbeid sikre statens mulighet til å styre kommunene som prinsipielt likeverdige politiske sentra (Røiseland 2012b, s.3).

Spenningsforholdet mellom interkommunale samarbeid og generalistkommunen illustrerer noen av de mulige motsetningene mellom kaskommunenes lokale og interkommunale strategier. Om reformen på sikt sprenger kapasiteten til kaskommunene, kan interkommunale samarbeid bidra til at generalistkommunesystemet likevel opprettholdes. En slik løsning passer nok staten. Om, og eventuelt hvor lenge, det passer de to kaskommunene er mer usikkert. De står midt oppe i vanskelige valg. Som vi har sett i det empiriske materialet i denne studien, er noen beslutninger allerede tatt. Granli har gått lengst i å omforme egen tjenesteproduksjonen og er også kommunen som mest aktivt søker interkommunalt samarbeid. Likevel er det fortsatt mye som skal på plass før alt er iverksatt. Bragdøy fortsetter mer i samme spor som tidligere og vet både hva de har og hva de får. Hva som etter hvert *vil tvinge seg fram*, vil framtida vise.

Konklusjon

Oppsummering

Intensjonen med denne studien har vært å gi en beskrivelse av to kommuners lokale og interkommunale strategier i møte med samhandlingsreformen. Gjennom presentasjon og analyse av data fra kaskommunene har jeg forsøkt å avdekke hvordan strategiene er utviklet og hvem som har vært med på prosessen og avdekke mulige spenninger mellom de forskjellige tilnærmingene til reformen. Det har også vært et mål å gi et dekkende bilde av den indre og ytre konteksten som preger iverksettingen av reformen.

De to kommunene har valgt forskjellige tilnæringsmåter til reformen. I Bragdøy har implementeringen av samhandlingsreformen vært en faglig styrt prosess. Med utgangspunkt i et selvbevisst fagmiljø på kommunens helsesenter, har fokus vært rettet mot medisinske rutiner og retningslinjer. Prosessen har vært forholdsvis segmentert og lukket. Den lokalpolitiske interessen har vært begrenset, de fleste har trolig stolt på at kommunens omdømme som en foregangskommune innen distriktsmedisin ville sikre et fortsatt solid tilbud i kommunen. Helsesenterets sterke posisjon har trolig også bidratt til at interkommunale løsninger med nabokommunene har kommet lenger ned på dagsordenen. Dette til tross, enigheten om at mer interkommunalt samarbeid vil tvinge seg fram, er gjennomgående. Det tas blant annet til orde for bedre koordinering av faglige prosjekter og kompetansetiltak. Internt i kommunen er det imidlertid strid om kommunen bør fortsette å orientere seg nordover eller om tiden er inne for å skifte samarbeidspartnere. Sagt på en annen måte har kommunen alternativer til et samarbeid nordover. Det kan derfor tenkes at fraværet av en synlig, kommunisert strategi er et rasjonelt grep. Med en sterk stilling innen helse- og omsorgsfeltet kan det virke som om kommunen velger å se an situasjonen. Interkommunalt samarbeid vil nok tvinge seg fram, men det er ingen grunn til å påskynde en slik prosess.

Granli har valgt en helt annen framgangsmåte. Her har implementeringen av samhandlingsreformen gitt mulighet for en bred gjennomgang av kommunens helse- og omsorgsplan. Arbeidet med planen har vært en stor og inkluderende prosess, og sentrale aktører har tatt sjansen på å slippe andre til i et strategisk viktig arbeid. Med sentrale posisjoner i regionens arbeid med samhandlingsreformen, har ordførerens mulighet til å

fungere som metastyrer av kommunens prosess vært god. Samtidig er det liten tvil om at iverksettingen av reformen har vært en politisk prosess. Interkommunalt samarbeid har vært en sentral del av kommunens strategi, og allerede under utarbeidelsen av planen ble det tatt kontakt med nabokommunen for å samkjøre prosessen. Forsøket førte imidlertid ikke fram. Likevel fortsetter planene om omfattende samarbeid med den ene nabokommunen. Ordføreren har til og med engasjert seg i et ressursmobiliserende arbeid til fordel for et flerkulturelt helsesenter i nabokommunen. Interkommunalt samarbeid vil tvinge seg fram, og da er det best å forsøke å styre prosessen.

Mens aktørene i Granli gjennomgående svarer bekreftende på spørsmålet om helse- og omsorgstilbudet er en utviklingsstrategi for kommunen, er svaret motsatt i Bragdøy. Vissheten om at et interkommunalt samarbeid om helse- og omsorg kan bli et nullsum-spill hva angår arbeidsplasser, er likevel tilstede i begge kommunene.

Som kritiske kasus for interkommunalt samarbeid i anledning samhandlingsreformen, illustrerer kommunene både drivkrefter og hindre for samarbeid. Som den fremste drivkraften står kompetanse og stabile fagmiljøer fram. Dette understrekes av nær sagt alle som intervjues. Faktorene som begrenser lysten på et tettere samarbeid på området, er i første rekke tjenestetilgjengelighet og arbeidsplasser. Politisk og administrativ ledelse er også bekymret for hva befolkningen vil godta av lengre reisevei og færre tilbud lokalt. Hvilke faglig-teoretiske implikasjoner er det så mulig å trekke ut fra studien?

Små kommuner, store forventninger

Tittelen på denne studien henspiller på en frase som gikk igjen hos alle som ble intervjuet. Enigheten om at interkommunalt samarbeid ville tvinge seg fram var unison. Med unntak av enkelte aktører i Granli, var det likevel begrenset med initiativ til å ta styring over denne visstnok uunngåelige utviklingen. Sett utenfra er det både forståelig og uforståelig.

Området kommunene ligger i er preget av store avstander og krevende geografi. Et udiskutabelt sentrum finnes ikke, i stedet er det flere små tettsteder som gjør hverandre rangen

stridig. På samme tid som det er vanskelig å se at den enkelte kommune kan takle det nye ansvaret samhandlingsreformen gir og den nye retningen for primærhelsetjenestene som reformen peker ut, finnes det ikke en ubestridt strategi for å samle kommunene om samarbeidsløsninger som gir tilstrekkelig kapasitet til å bære børen av nye oppgaver. Omkostningene ved interkommunalt samarbeid, både når det gjelder tjenestetilgjengelighet, arbeidsplasser og transaksjonskostnader, framstår i dag som for store.

Samtidig har de to kaskommunene alltid hatt betydelig avstand til nærmeste sykehus. Kommunene ligger derfor på sett og vis i forkant av reformens intensjon om mer lokal pasientbehandling.

De fleste av intervjuobjektene beskriver en situasjon hvor det åpenbart er spenninger mellom lokale og interkommunale strategier. På den ene siden forteller de om hvordan mer samarbeid og kanskje til og med kommunesammenslåing vil tvinge seg fram, samt gir en rekke argumenter for hvorfor en slik utvikling vil være rasjonell. Samtidig vegrer de seg for å ta de første skrittene på veien mot en slik prosess. Denne dobbeltheten framstår som et paradoks. Rasjonelle argumenter om kompetanse og stordriftsfordeler viker plassen for hensyn til den lokale autonomien og hva som kan godtas av innbyggerne / velgerne. Som Andersen (2010, s. 24) formulerer det:

Dermed vil det lokalpolitiske lederskapet være tilbøyelige til å vokte om de kommunale kjerneområdene og vegre seg mot å involvere seg i omfattende prosjekter som innebærer en risiko for at egen kommune taper funksjoner og arbeidsplasser. I verste fall kan ens egen oppslutning lokalt rakne og sette den politiske karrieren på spill.

Sitatet retter fokus mot en gruppe som ikke har kommet nevneverdig til orde i denne studien, nemlig kommunens innbyggere. Muligens vil iveren etter å bygge opp mer robuste fagmiljøer gjennom interkommunale samarbeid komme når innbyggerne merker forskjell i tilbudet som blir gitt sammenlignet med andre, større kommuner.

Personlig tror jeg ikke det vil skje. Samtidig som de to kaseskommunene med overmot bygger opp tilbud innenfor egen kommunegrense, vil samhandlingsreformens hybris synliggjøres. Den underliggende teorien i reformen er neppe gyldig uavhengig av tid og sted, og paradoksene som ligger implisitt i reformen vil tre fram.

Ett av paradoksene er drøftet tidligere i oppgaven. Dersom *helse i alt vi gjør* skal være det førende prinsippet, må mange sentrale oppgaver være samlet på samme sted. Potensialet for bedre folkehelse ligger i muligheten til å se mange politikkområder i sammenheng. Prinsippet vil derfor virke bremsende for både vidtrekkende interkommunale samarbeid og kanskje også kommunesammenslåing for såpass geografisk perifere kommuner som her er studert. Det gir ikke høye odds å spå en kommende revisjon av kommunestrukturen i dette landet. Men om det er kommuner som Granli og Bragdøy som først får fokuset rettet mot seg, er mer usikkert.

Blir samhandlingsreformen iverksatt fullt og helt?

Studien har tatt det for gitt at alle reformens bestemmelser blir iverksatt. Avslutningsvis er det imidlertid god grunn til å spekulere på akkurat det spørsmålet. Spørsmålet er relevant fordi det kan endre det sterke presset mot interkommunale ordninger som er rettet mot kommuner som Granli og Bragdøy.

Samhandlingsreformen er stor og komplisert. Jo mer man leser, desto mer omfattende framstår reformens visjoner og målsetninger. Kanskje er det grandiose ved reformen en av årsakene til den positive mottakelsen reformideen fikk da Bjarne Håkon Hanssen lanserte forslaget. Selv om den etterfølgende helseministeren muligens tok vyene noe ned, er det omfattende endringer i vente dersom alt skal iverksettes.

Personlig har jeg for eksempel blitt noe mer i tvil om reformens punkt om døgnbasert øyeblikkelig hjelp vil bli realisert alle steder. En grundig lesning av styringsdokumentene har gjort meg mer spørrende til argumentasjonen og løsningene som presenteres. Reisene til Bragdøy og Granli har forsterket inntrykket av at det kan stilles spørsmålstegn ved flere av påstandene i stortingsmeldingen. Dette skyldes blant annet det tynne vitenskapelige

grunnlaget flere av reformens forslag er bygget på (Reinertsen 2009). En annen grunn er påstanden som flere av intervjuobjektene videreformidlet, nemlig påstanden om at det vil være rimeligere for samfunnet om mer av pasientbehandlingen skjer lokalt i stedet for på sykehus.

At et liggedøgn på sykehus er mer kostbart enn et døgn på sykehjemmet i for eksempel Granli, er en vedtatt sannhet. Det er også et godt pedagogisk poeng som de fleste forstår. Det betyr ikke at det alltid er riktig. Professor Tor Inge Romøren er en av dem som har stilt spørsmål ved dette (Romøren 2010). Og det er ikke vanskelig å forstå svakheten i stortingsmeldingens resonnement. Kostnadsforskjellen mellom sykehus og sykehjem er basert på gjennomsnittstall for begge institusjoner. Tar man vekk de pasientene det kan bli aktuelt å flytte fra sykehuset, er dette pasientgrupper som er langt mindre kostbare enn den gjennomsnittlige sykehuspasient. Samtidig er den samme pasientgruppen langt dyrere enn gjennomsnittet for alle sykehjemspasienter, i alle fall så lenge de skal få et kvalitativt like godt tilbud som de får i dag. Pasientene blir ikke rimeligere av å flyttes. Skal kostnadene reduseres, må personaltettheten være vesentlig lavere.

Det argumenteres også med at et kommunalt tilbud om døgnbasert øyeblikkelig hjelp, vil spare mange unødvendige innleggelses. Tallene som presenteres i stortingsmeldingen er basert på at de unødvendige innleggelsene har like lang liggetid som gjennomsnittet. Det har de ikke. Et annet problem er at det kan være svært vanskelig å forutsi hvem som ikke trenger sykehusbehandling. Spesielt gjelder dette eldre, hvor symptomene ofte er uklare og hvor avansert medisinsk teknologi er en forutsetning for riktig diagnostisering. Dette er utstyr man ikke har råd til, eller kompetanse til å bruke, på andre steder enn sykehus (Hofstad 2011). Kravet til kompetanse synliggjøres i uttalelsene som blant annet helsedirektøren har kommet med. Selv om man nøyer seg med samarbeidsområder som har langt færre innbyggere enn de anslåtte 20 000, vil det i områder som det som her er studert, innebære geografiske avstander til et slikt tilbud som gjør sykehuset til et like naturlig reisested. Det bor rett og slett ikke nok folk i kommuner som Granli og Bragdøy, og de som bor der, bor for spredt.

Spørsmålet blir derfor om det er samfunnsøkonomisk lønnsomt å bygge opp tilbud om øyeblikkelig hjelp i slike områder. Trolig er det ikke det. Det kan godt tenkes at det er penger

å spare på at splitte opp sykehustjenestene i en høyspesialisert del og en mindre spesialisert del, men da bør det ifølge Romøren (2010) vurderes om det heller bør skje internt i sykehussektoren. Det er sykehusene som har erfaring med drift av akuttmedisinske institusjoner, ikke kommunene. Det er sykehusene som har best utgangspunkt for å rekruttere kompetent medisinsk personale, ikke kommunene. Dersom sykehusene drifter de lokalmedisinske sentrene vil en trolig få likere tilbud over hele landet, og lokalpolitikernes diskusjon om lokale eller interkommunale løsninger vil falle vekk i kommuner som Bragdøy og Granli.

Kanskje vil de interkommunale løsningene ikke tvinge seg fram, likevel?

Litteraturliste

- Andersen, Ole Johan (2010) "Sammen er vi sterke, men det kan også gå på tverke" - *Regional samstyring som mulighet og problem*, i Norsk statsvitenskapelig tidsskrift
- Andersen, Ole Johan (2008). «Offentlig-offentlig partnerskap som problemløsningsstrategi og styringsproblem», i Andersen, Ole Johan og Asbjørn Røiseland (red.). *Partnerskap – problemløsning og politikk*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Andersen, Ole Johan og Asbjørn Røiseland (2008). «Introduksjon», i Andersen, Ole Johan og Asbjørn Røiseland (red.). *Partnerskap – problemløsning og politikk*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Andreassen, Tone Alm, Knut Fossetøl og Kristin Reichborn-Kjennerud (2009). *Hvordan går Nav-reformen?* Aftenposten 12.03.
- Baldersheim, Harald (2012). «På barrikadene for status quo». I *Plan* 2/2012:16-19.
- Baldersheim, Harald, Per Arnt Pettersen og Lawrence E. Rose (2011). *Den krevende borger. Utfordringer for demokrati og tjenesteyting i kommunen*. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Baldersheim, Harald og Lawrence E. Rose (2005) *Det Kommunale laboratorium: teoretiske perspektiver på lokal politikk og organisering*. Bergen: Fagbokforlaget
- Bjørge, Frode (2011). Rapport fra datainnsamling.
- Blaikie, Norman (2010) *Designing social Research*. Cambridge: Polity Press
- Brastad, Bjørn, Arild Gjertsen, Roar Samuelsen og Gisle Solvoll (2006) *Kommunestruktur i Salten*. NF-rapport 8/2006. Bodø: Nordlandsforskning.
- Econ (2006) *Interkommunalt samarbeid i Norge- omfang og politisk styring*. Rapport 057. Econ Analyse
- Feiock, Richard C. (2007) «Rational choice and regional governance» *Journal of Urban Affairs*, 29 (1): 47–63.
- Fimreite, Anne Lise (2005). «Reorganiseringsteori – hvorfor kommer kommunene aldri i mål?», i Baldersheim, Harald og Lawrence E. Rose (red.). *Det Kommunale laboratorium: teoretiske perspektiver på lokal politikk og organisering*. Bergen: Fagbokforlaget
- Fimreite, Anne Lise (2002) «Framtidens kommune(r). Ulike kommunescenarier som følge av eventuelle endringer i forvaltningsstruktur, kommunestruktur og oppgavefordeling». I

Generalistkommune og oppgavedifferensiering. Notat 23/2002, s. 7-20. Bergen: Røkkansenteret

Finstad, Nils og Nils Aarsæther (2003). *Utviklingskommunen*. Oslo: Kommuneforlaget.

Flo, Yngve (2002). «Generalistkommunen i et historisk perspektiv». I *Generalistkommune og oppgavedifferensiering*. Notat 23/2002, s. 7-20. Bergen: Røkkansenteret

Flyvbjerg, Bent (1991). *Rationalitet og magt- et case- baseret studie af planlægning, politik og Modernitet*. København: Akademisk Forlag

Folkehelseinstituttet (2010). "Folkehelse rapport 2010. Helsetilstanden i Norge". Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter (2011). Helse- og omsorgsdepartementet.

Gibson, Diane og Robert E. Goodin (1999). «The Veil of Vagueness: A Model of Institutional Design» I Morten Egeberg og Per Lægred (red.) *Organizing Political Institutions. Essays for Johan P. Olsen*. Oslo, Stockholm, Copenhagen, Oxford, Boston: Scandinavian University Press.

Gjertsen, Arild (2003). «Ikke-planlegging som planstrategi – statlig standardisering og lokalt handlingsrom», i Finstad Nils og Aarsæther, Nils (red.). *Utviklingskommunen*. Oslo: Kommuneforlaget.

Gossas, Markus (2006). *Kommunal samverkan och statlig nätverksstyrning*. Örebro Studies in Political Science Report 13. Örebro Universitet.

Helsedirektoratet (2010). *Høringsuttalelse – Mulig ny modell for interkommunalt samarbeid – Samkommunemodellen*. Hentet fra http://www.regjeringen.no/upload/KRD/Vedlegg/KOMM/horinger/Samkommunemodellen_horing/Helsedirektoratet.pdf >. [Lesedato: 10.08.12].

Hofstad, Eivor (2011). «Samhandlingsreformen kan ta liv». I *Sykepleien* 6/12: 30-32.

Holm, Frank Egil (2012). *Samhandlingsreformen: Helsereform eller samfunnsreform?* Rapport 1/2012. Bygdeforskning.

Hovik, Sissel og Inger M. Stigen (2008). *Kommunal organisering 2008*. NIBR-rapport 2008:20. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.

Jacobsen, Dag Ingvar (2012). «Viktig, men uoversiktlig», i *Plan* 2/2012:32-35

Jacobsen, Dag Ingvar (2009). *Perspektiver på Kommune-Norge*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Kommunal Rapport (2011). «Helsereform presser fram sammenslåing. Artikkel av Marte Danbolt, 11.05.
- Langørgen, Audun og Rolf Aaberge (2011). *Gruppering av kommuner etter folkemengde og økonomiske rammebetingelser*. Oslo: Statistisk Sentralbyrå
- Law, John (2004). *After method: mess in social research*. London: Routledge
- Lundqvist, Lennart J. (1998). «Local-to-Local Partnerships among Swedish Municipalities: Why and How Neighbours Join to Alleviate Resource Constraints» i Jon Pierre (red.) *Partnerships in Urbane Governance. European and American Experience*. Basingstoke og New York: Palgrave.
- Meld. St. 30 (2011-2012). *Se meg!* Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 16. (2010-2011). *Nasjonalt helse- og omsorgsplan*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Myrvold, Trine Monica (2001). *Smått og godt? Om de minste kommunenes evne til å imøtekomme generalistkommunekravet. En kunnskapsoversikt og indikatordiskusjon*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning (2001:1).
- Naustdalslid, Jon (2012). «Baklengs inn i framtida», *Plan 2/2012*: 20-23
- NOU 2010:5. *Aktiv deltakelse, likeverd og inkludering*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste
- NOU 2008:2. *Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste
- NOU 2000:22. *Om oppgavefordelingen mellom stat, region og kommune*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- NOU 1995:17. *Om organisering av kommunal og fylkeskommunal virksomhet*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- NOU 1995:15. *Kommune- og fylkesinndelingen i et Norge i forandring*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste
- Næss, Øyvind, Marit Rognerud og Bjørn Heine Strand (red.) (2007). *Sosial ulikhet i helse. En faktarapport*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Ot.prp. nr. 42 (1991-92). Om lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)
- Peters B. Guy (1998). «'With a Little Help From our Friends': Public-Private Partnerships

as Institutions and Instruments» i Jon Pierre (red.) *Partnerships in Urban Governance. European and American Experience*. Basingstoke og New York: Palgrave.

Pierre, Jon og Guy B. Peters (2000). *Governance, politics and the state*. London: MacMillan.

Repstad, Pål (2007). *Mellom nærhet og distanse*. Oslo: Universitetsforlaget

Michelsen, Svein, Helge Ramdal og Turid Aarseth (2002). «Kommunal organisering og posisjoneringa av profesjonane». I Bukve, Oddbjørn og Audun Offerdal (red.). *Den nye kommunen*. Bergen: Samlaget.

Prop. 90 L (2010-2011). Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven). Helse- og omsorgsdepartementet.

Regjeringen.no (2011). 132 mininyheter om samhandlingsreformen.

<<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/aktuelt/nyheter/2011/132-mininyheter-om-samhandlingsreformen.html?id=641066>> [Lesedato: 10.08.2012].

Regjeringen.no (2012). Kommuner som er oppført i registeret.

<<http://www.regjeringen.no/nb/dep/krd/tema/databaser-og-registre/robek-2.html?id=449305>> [Lesedato: 10.08.2012].

Reinertsen, Maria (2009). «Jukse-Hanssen». Artikkel i Morgenbladet 21.08.2009.

Rokkan, Stein (1987). *Stat, nasjon, klasse*. Oslo: Universitetsforlaget.

Romøren, Tor Inge (2011). «Eldreomsorg», i Hatland, Aksel, Stein Kuhnle og Tor Inge Romøren (red.). *Den norske velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal akademisk

Romøren, Tor Inge (2010). «Et kritisk blikk på samhandlingsreformen». Paper presentert på konferansen Den andre nasjonale konferansen om omsorgsforskning, Gjøvik gård 21.10.10.

Ryen, Anne (2002). *Det kvalitative intervjuet*. Bergen: Fagbokforlaget.

Røiseland, Asbjørn og Signy Irene Vabo (2012). *Styring og samstyring – governance på norsk*. Bergen: Fagbokforlaget

Røiseland, Asbjørn (2012b). Om generalistkommune. Upublisert. Bodø: Samfunnsvitenskapelig fakultet, Universitetet i Nordland.

- Røiseland, Asbjørn og Signy Irene Vabo (2008). «Governance på norsk». *Norsk Statsvitenskapelig Tidsskrift*, nr. 1-2/2008, s. 89-108.
- Statistisk årbok (2011). Oslo: Statistisk sentralbyrå
- Skelcher, Chris (2007). «Democracy in Collaborative Spaces: Why context Matters in Researching Governance Networks» i Marcussen, Martin og Jacob Torfing (red.) *Democratic network governance in Europe*. New York: Palgrave Macmillan.
- Skodvin, Kjell Gunnar, Ivar Johannes Aaraas, Anne Karin Forshei, Kaj Brynjar Hagen og Magnus Jonsbu (2012). «Øyeblikkelig hjelp-oppgaver for sykehjem i små kommuner», i *Tidsskrift for den norske legeforening* 132:792-794
- Smith, Eivind (2011). *Hinderløypa: grunnlovsfesting av kommunalt selvstyre i Norge?* i Eivind Smith og Harald Baldersheim (red.). *Lokalt demokrati uten lokalt selvstyre?* Oslo: Abstrakt forlag.
- St.meld. nr. 25 (2005-2006). *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Sørensen, Eva og Jacob Torfing (2005). *Netværksstyring: fra government til governance*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.
- Thorbjørnsen, Per A. (2011). «Garanterer du, helseminister», Rogalands Avis 20.06.2011. <<http://www.rogalandsavis.no/meninger/kommentar/article5645319.ece>> [Lesedato: 10.08.2012]
- Thorne, Knut Fredrik (2011) «Samhandlingsreformen – genistrek eller ny helseskandale?» <<http://www.pasientombudet.no/artikkel/257/>> [Lesedato: 10.08.2012]
- Vanebo, Ove (2012). *Kommunesammenslåing. Færre og sterkere kommuner*. Rapport. Oslo: Civita
- Vinsand, Geir og Jørund K Nilsen (2007). *Landsomfattende kartlegging av regionråd – status, utfordringer og endringsplaner*. NIVI-rapport nr. 2. Oslo: NIVI analyse.
- Vinsand, Geir, Jørund K Nilsen og Magne Langset (2010). *Status for interkommunale samarbeid i Nordland*. Rapport nr. 2. Oslo: NIVI Analyse.
- Yin, Robert K. (1989). *Case Study Research. Design and Methods*. Newbury Park, London, New Delhi: Sage Publications.

Østre, S. (2005). *Kommunalt selvstyre for demokrati og individtilpasset velferd*. Oslo: Kommuneforlaget

Aars, Jacob og Anne Lise Fimreite (2005). «Local Government and Governance in Norway. Stretched Accountability in Network Politics. *Scandinavian Political Studies* Vol. 28 (3): 239-256.

Aars, Jacob (2002). «Oppgavedifferensiering og kommuneinstitusjonens legitimitet». I *Generalistkommune og oppgavedifferensiering*. Notat 23/2002, s. 7-20. Bergen: Rokkansenteret.

Masterstipend nr 2

"Interkommunalt samarbeid som lokal utviklingsstrategi"

Det er ledig stipend for masterstudent ved MAPOS som ønsker å skrive sin masteroppgave i tilknytning til et forskningsprosjekt der Universitetet i Nordland deltar sammen med Vasa Universitet, Åbo akademi, Umeå Universitet og Nordlandsforskning.

Problemstillingen i oppgaven skal være knyttet til interkommunalt samarbeid, med fokus på lokale utviklingsstrategier. Kommuner kan i dag samarbeide om mange tjenester, likevel er omfanget av interkommunalt samarbeid relativt lite. Er det frykt for å miste funksjoner og arbeidsplasser som ligger til grunn, eller frykt for mindre tilgjengelighet til tjenester lokalt? På hvilke måter inngår interkommunalt samarbeid i lokale utviklingsstrategier, og hvordan er spørsmål om interkommunalt samarbeid koblet til kommunestruktur og kommunesammenslåinger? Hvordan ulike aktører reflekterer rundt slike problemstillinger blir en sentral del av oppgaven.

Empiriske data til oppgaven skal hentes fra Steigen kommune, eventuelt med Hamarøy kommune som tilleggsbase. Datainnsamling vil omfatte en kartlegging av alt interkommunalt samarbeid som kommunen(e) er involverte i, analyse av dokumenter samt kvalitative intervju med relevante aktører. Oppgaven utformes i samråd med veileder (Ole Johan Andersen).

Det forventes at studenten, i tillegg til selve masteroppgaven, også lager en 20-30 siders kortversjon av arbeidet som kan inngå i en forskningsrapport fra prosjektet. Masteroppgaven bør leveres innen sommeren 2012.

Til denne oppgaven er det knyttet et stipend på kroner 45.000,-. Stipendiet utbetales i to rater, halvparten ved arbeidets begynnelse, og halvparten når oppgaven leveres. Stipendiet er ment å dekke alle kostnader ved arbeidet, som reise og nødvendig opphold. Stipendiet utbetales uten skattetrekk, men rapporteres inn til skattemyndighetene. Spørsmålet om eventuell beskatning må studenten selv ta opp med skattemyndighetene. En hovedregel med slike stipend er at stipend er skattefrie så lenge de dekker direkte utgifter, men blir skattepliktige så snart stipendiet får karakter av lønn. I lys av dette bør studenten ta vare på alle utgiftskvitteringer i forbindelse med arbeidet, avklare skattemessige detaljer med skattemyndighetene, og sette av en del av pengene til eventuelt kommende restskatt.

Ved tildeling av stipend legger vi størst vekt på tidligere oppnådde karakterer. Der det er relevant vil vi også legge vekt på at kandidatene har en relevant kurssammensetning. Studenter som ønsker å komme i betraktning til stipendiet må skrive en kortfattet søknad innen 15. mars 2011. Søknaden sendes til Asbjørn Røiseland, FSV (ikke e-post). Vedlagt søknaden må følge kopier av vitnemål og karakterutskrifter, inkl. en oversikt over karakterer gitt på kurs i MAPOS. Det må framgå av søknaden hvilket av de to stipendene man søker på, eventuelt at man søker begge stipendiene. Vi tar sikte på en rask søknadsbehandling, med svar innen utgangen av mars. Eventuelle spørsmål om stipendiet kan rettes til Ole Johan Andersen, FSV.

Intervjuguide:

Løst prat

Jeg skriver oppgave om små kommuners lokale og interkommunale strategier i møte med samhandlingsreformen. Og det er i den forbindelse jeg er her. Dataene fra dette vil bli brukt i oppgaven for å illustrere tematikken.

Dere og kommunen vil bli anonymisert i oppgaven, men jeg kan ikke garantere at ikke noen vil forstå hvilken kommune det er snakk om.

Er det greit at jeg bruker opptaker under intervjuet?

Jeg regner med at vi vil bruke mellom tre kvarter og en time. Du kan når som trekke deg fra intervjuet dersom du ønsker det

Spørsmål:

Hva tror du andre mener om kommunens helse- og omsorgstilbud? Hva er dere kjent for? (oppvarming)

Har kommunen spesielle utfordringer framover innen denne sektoren, både på kort og lang sikt? (indre kontekst)

Hva i samhandlingsreformen anser du som viktigst for deres kommune?

Hvordan påvirker samhandlingsreformen behovet for endring (ytre kontekst)

Har kommunen utarbeidet spesielle strategier for iverksettingen av reformen, og hva har i tilfelle disse gått ut på? (prosess)

Gjelder strategiene kun for egen kommune slik at det er snakk om lokale strategier, eller er også nabokommuner involvert i strategiene slik at det er snakk om interkommunale strategier?

Hvem har vært involvert i utviklingen av de lokale strategiene, og hvilken rolle har de ulike aktørene hatt? (prosess)

Hvem har vært involvert i utviklingen av de interkommunale strategiene, og hvilken rolle har de ulike aktørene hatt? (Prosess)

Er det åpenbare eller latente motsetninger mellom de ulike strategiene? (Lokal – interkommunal, lokal denne kommunen – lokal nabokommuner Steigen).

Mener du at kommunen har spesielle forutsetninger for å lykkes med sin strategi, f.eks politisk ledelse, administrativ ledelse eller kompetanse innen helse- og omsorgssektoren, eller andre forhold?

Har dere etablert nye tilbud i forbindelse med samhandlingsreformen? (substans – hva endres)

Vil du karakterisere endringene dere må gjøre i kjølvannet av samhandlingsreformen som omfattende (substans - omfang av endring)

Er folkehelse og / eller helsetilbudet en utviklingsstrategi for din kommune?

Gjennom samhandlingsreformen er dere forpliktet til å ha et døgnåpent tilbud for øyeblikkelig hjelp i kommunen 1/1 2016. Hva avgjør om dere velger å realisere dette gjennom en interkommunal strategi eller en lokal strategi?

Hadde det vært mulig å gjøre det annerledes?

Hvordan tror du helse- og omsorgstilbudet er organisert i Nord-Salten om ti år?

Er det noe du vil legge til eller utdype?