

Fag>bladet

# SAMFUNN ØKONOMI

## KOMMUNE-NORGE

- Innbyggernes tilfredshet med kommunale tjenester og kommune størrelse  
BERG ERICHSEN/JENSEN/NARUD
- Økonomiske effekter av treparts-samarbeid  
BJERKE/EILERTSEN
- Samhandlingsreformen og kommunens ansvar for integrerte legetjenester  
GASKI/ABELSEN

 FAGFORBUNDET



## REDAKSJONSRÅDET



### Bjarne Jensen

Professor i offentlig økonomi ved Høgskolen i Hedmark, avd. for økonomi og ledelsesfag, Rena. Sosialøkonom fra Universitetet i Oslo. Spesielt opptatt av finansiering, styring og planlegging i kommuner og offentlige velferdstjenester. Tidligere adm.dir. i Kommunekreditt, rådmann i Bergen og Kristiansand, førsteamanuensis ved Høgskolen i Agder og ansatt i Finans- og Sosialdepartementet. Han har skrevet flere bøker om Kommune-Norge, og har også ledet flere offentlige utredninger om finansiering og styring av offentlige velferdstjenester. Underviser i offentlig økonomi og finansiering på masterstudiet i offentlig ledelse og styring (MPA).

[bjarne.jensen@hihm.no](mailto:bjarne.jensen@hihm.no)



### Fanny Voldnes

Registrert revisor og leder av Samfunnsøkonomisk avdeling i Fagforbundet. Cand. philol. fra Universitetet i Oslo (2000) og registrert revisor fra BI (1988), har revisorbevilling og har arbeidet flere år i et av de store private revisjonsselskapene. Ble ansatt i Fagforbundet i 2010 fra nestlederstilling i næringspolitisk avdeling i LO. De siste ti årene i hovedsak arbeidet med problemstillinger knyttet til markedsrettingen av offentlig sektor, om konsekvenser for politisk styring, innsyn og kontroll og spesielt bruken av forretningsorienterte regnskaper og selskapsorganisering anvendt på velferdsoppgaver. Har sittet i offentlige utvalg for LO.

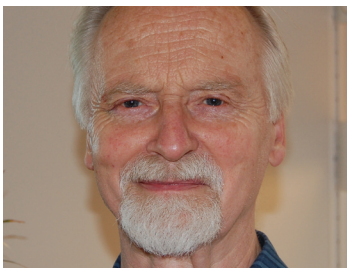
[fanny.voldnes@fagforbundet.no](mailto:fanny.voldnes@fagforbundet.no)



### Nils Aarsæther

Dr.philos., professor ved Universitetet i Tromsø, Institutt for sosiologi, statsvitenskap og samfunnsplanlegging. Forskningsfelt: Lokalt demokrati og kommunal planlegging. Kva rolle spelar kommunar for lokal velferd, samfunnsbygging, næringsutvikling – og som politisk arena? Kva slags utviklingstendensar ser vi i kommunane i dag? Aarsæther har arbeidd med dette regionalt, i dei nordiske landa, og mot russiske og kanadiske kommunar. Forskinga på lokaldemokratiet er vidareført gjennom anvendt forskning og rådgiving. Instituttleder (2005–2009) og underviser nå på den samfunnsfaglige planleggarutdanninga ved Universitetet i Tromsø, ved sidan av innsats i vidareutdanning og foredragsverksemd.

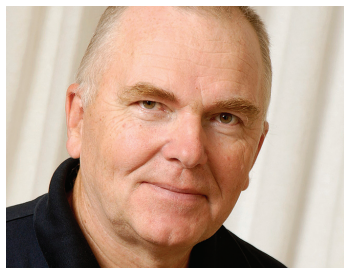
[nils.aarsæther@uit.no](mailto:nils.aarsæther@uit.no)



### Alf-Inge Jansen

Dr.philos., professor emeritus, Universitetet i Bergen, Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap og forsker I, Transportøkonomisk institutt, Oslo. Forskningsfelt: Offentlig politikk og forvaltning, blant annet formingen og etableringen av miljøvern som politisk sektor i Norge. Har sammen med Oddgeir Osland og Atle Nyhagen publisert artikler og papers om klimapolitikken og økologisk modernisering. Arbeider nå med spørsmål vedrørende temaer som: Økonomiske instrumenter som virkemidler i miljøpolitikken på transportfeltet, og Økonomene og offentlig politikk. Gjesteforsker og foreleser ved europeiske universiteter, og har vært medlem av internasjonale, faglige komiteer.

[alf-inge.jansen@toi.no](mailto:alf-inge.jansen@toi.no)



### Ove Gustafsson

Førsteamanuensis ved Trondheim økonomiske høyskole. Har statsvitenskap som hovedfag, med spesiell interesse for offentlig politikk og administrasjon, samt velferdspolitikk. Forskningsfeltet er konkurranseutsetting. Har gjennom ulike vitenskapelige artikler tatt opp temaene konkurranseutsetting av kommunale tjenester og hvordan dette virker inn på kommunene og tjenestene. Noen artikler har hatt fokus på styring av organisasjoner i grenseområdet mellom offentlig og privat sektor. Dekan ved Trondheim økonomiske høyskole i perioden 2007–2011. Underviser i statsvitenskap og samfunnsvitenskapelige metode. Underviser og veileder MPA-studenter ved Copenhagen Business School.

[ove.gustafsson@hist.no](mailto:ove.gustafsson@hist.no)



### Magni Melvær

#### BIBLIOTEKLEDER

Arbeider blant annet med forskningsdokumentasjon. Skal være bindeleddet mellom forskere og dem som utfører fagfelle-

vurderingene av vitenskapelige artikler.

[magni.melvar@hihm.no](mailto:magni.melvar@hihm.no)

# INNHOOLD

<b>Fakta, frivillighet og folkeavstemninger</b> Bjarne Jensen .....	4
<b>Innbyggernes tilfredshet med kommunale tjenester og kommunistørrelse</b> Alexander Berg Erichsen, Bjarne Jensen og Ole Gustav Narud .....	6
<b>Stort er ikke nødvendigvis godt</b> Hallvard Bakke .....	22
<b>Økonomiske effekter av trepartssamarbeid</b> Paul Bjerke og Roar Eilertsen .....	24
<b>Sammenslåtte kommuner – positivt for regional utvikling?</b> Bjarne Jensen .....	40
<b>Hva er problemet med dagens kommunestruktur?</b> Mette Nord ...	50
<b>Samhandlingsreformen og kommunens ansvar for integrerte legetjenester</b> Margrete Gaski og Birgit Abelsen.....	52
<b>Overordnet kommunal planlegging i et folkehelseperspektiv</b> Arve Negaard .....	68
<b>Et land av skiterreng og badeplasser</b> Harry Herstad .....	82

**Fag**·bladet  
**SAMFUNN**  
**ØKONOMI**

Redaksjonen avsluttet 10.11.2015  
ISSN 1893-3009  
Ansvarlig redaktør: Kirsti Knudsen  
Fagredaktør: Bjarne Jensen  
Opplag: 8000

Postboks 7003, St. Olavs plass  
0130 OSLO  
Telefon 23 06 40 00

Design: Avrio design/Anne Vines  
Trykkeri: Aktietrykkeriet AS

## BESØKSADRESSE

Keyzers gt.15  
Inngang Munchs gate  
0165 Oslo  
[www.fagbladet.no](http://www.fagbladet.no)

Send tips til [tips@fagforbundet.no](mailto:tips@fagforbundet.no)

## ADRESSEENDRING

[fane2@fagforbundet.no](mailto:fane2@fagforbundet.no)

pressens faglige utvalg  
**PFU**

**Fagpressen** **F**  
OPPLAGSKONTROLLERT

Fagbladet redigeres etter Redaktørplakaten og Vær Varsom-plakatens regler for god presseskikk. Den som likevel føler seg urettmessig rammet, oppfordres til å ta kontakt med redaksjonen. Pressens Faglige Utvalg (PFU) behandler klager mot pressen.

PFUs adresse er Rådhusgt. 17, Postboks 46 Sentrum,  
0101 OSLO.  
Telefon 22 40 50 40

# Fakta, frivillighet og folkeavstemninger

*Da Høyre/Frp-regjeringen lanserte sin kommune-reform, kom Fagforbundet med følgende råd: En reform må bygge på fakta, frivillighet og folkeavstemninger.*

**Fagforbundet understreket** kompleksiteten i en slik reform, dens omfattende konsekvenser, at den krever tid og at også de ansatte i kommunene må tas med på råd.

At en slik reform må baseres på kunnskap og fakta, vil de fleste umiddelbart være enig i. Men Ytre Sogn avis kunne, etter et kommunestyremøte i Høyanger, rapportere at Høyre og Frp var mot at kommunereformen skulle bygge på fakta. De hadde stemt imot et forslag basert på Fagforbundets prinsipper, og som alle de andre gruppene hadde støttet.

**Foreligger det så** et godt faktagrunnlag? Et utvalg, som Regjeringen Solberg benevnte som Ekspertutvalget, ble nedsatt. Det fikk under tre måneder på å frambringe fakta for «større og mer robuste» kommuner.

I sin innstilling overopppfylte de til og med Solberg og Sanners forventninger om kommunestørrelse, og foreslo på vitenskapelig grunnlag at kommunene burde ha en minstestørrelse på mellom 15 000 og 20 000 innbyggere. Det ville gi Norge ca. 100 kommuner. Det virket som om de ikke engang visste at

de foreslo å gi Norge de klart største kommunene i Europa, og at det i tilfelle ville bli den største reformen i kommunesektoren siden vi innførte folkestyre i 1837.

«Ekspertene» **konkluderte** med at så store kommuner ville gi oss bedre demokrati, tjenester med høyere kvalitet, bedre myndighetsutøvelse og bedre samfunnsutvikling og samfunnsplanlegging. Dette har de selvsagt ikke noen vitenskapelig dokumentasjon på. At for eksempel demokratiet blir bedre om mer enn halvparten av antall folkevalgte forsvinner, avstanden mellom folk flest og politikerne og ansatte i kommunen øker, og færre får anledning til å delta i styringen, strider både mot sunn fornuft og konklusjonene fra våre fremste forskere på lokaldemokrati.

Det fins heller ikke forskning som mer generelt konkluderer med at myndighetsutøvelse, samfunnsplanlegging og samfunnsutvikling eller tjenestekvalitet blir bedre om kommunene slås sammen.

**I dette nummeret** av Samfunn og økonomi er det to artikler som drøfter hva vi vet om to av disse aspektene. Vi har også gjengitt hovedkonklusjonen fra en rapport fra september 2015, utarbeidet på oppdrag for Kommunal- og moderniseringsdepartementet, hvor et hovedtema var å avklare våre kunnskaper om næringsrettet utviklingsarbeid og kommunestørrelse. Etter å ha gått igjennom 100 publikasjoner, konkluderer forskerne med at vi ikke vet om dette arbeidet blir bedre med større kommuner.



Lokalt har kommuner, regionråd og ikke minst konsulentbransjen gått i gang med å utrede fordeler og ulemper med kommunesammenslutninger. Fløstparten anbefaler sammenslåing fordi det vil gi oss bedre demokrati, bedre myndighetsutøvelse, tjenester med høyere kvalitet og bedre samfunnsutvikling og samfunnsplanlegging. Faktagrunnlaget er konklusjonene fra «Ekspertutvalget».

Den største aktør i konsulentbransjen er Telemarkforskning. Vi har registeret at de allerede har utredet spørsmål om kommunesammenslutning for 80 kommuner. Et av medlemmene i «Ekspertutvalget» leder dette arbeidet i Telemarkforskning. Ikke nok med det. Når «Ekspertutvalget» konkluderer med at det blir bedre samfunnsplanlegging og samfunnsutvikling med større kommuner, henviser de til dokumentasjon fra dette medlemmet av utvalget. Argumentasjonen går med andre ord i ring.

**Da reformen ble lansert**, regnet nok mange med at regjering og Storting i siste instans ville basere reformen på tvang. De kommunene som frivillig ikke vil bli sammenslått, skulle tvinges. Her er Stortinget kommet til samme konklusjon som Fagforbundet: Alle partiene går nå inn for frivillighet som hovedprinsipp. Det henger litt i lufta at det kan bli brukt økonomisk tvang. Men et stort mindretall i Stortinget (Ap, Sp og SV) har eksplisitt uttalt at de ikke vil akseptere økonomisk tvang.

Hva så med det tredje prinsippet – folkeavstemninger? I spørsmål om kommunesammenslutning og kommuneoppdeling har det siden vi fikk folkestyre i kommunene i 1837 vært praksis at dette har vært forelagt dem i kommunen som har stemmerett. I de første 100 årene etter 1837 dreide det seg i all hovedsak om kommuneoppdelinger. Forutsetningen for at et sogn skulle bli egen kommune var at flertallet av de stemmeberettigete i sognet

*Ordførere og kommunestyre som velger å overhøre innbyggernes ønsker om folkeavstemning, har etter min mening ikke forstått sine roller i vårt lokale demokrati.*

gikk inn for det. Senere synes det å ha vært fast praksis at var det usikkerhet om innbyggernes holdning og ble det fremmet krav om rådgivende folkeavstemning, så ble den holdt. (Jeg har da sett bort fra de seks kommunene som ble slått sammen i 1943 og 44.)

Kommunestyrets endelige standpunkt ble selvsagt resultatet fra den rådgivende folkeavstemning enten det ble ja eller nei. Slik må det fungere i et lokaldemokrati. De folkevalgte kan ikke overprøve de resultater egne velgere har kommet til.

**Når så mange** av ordførerne oppnår og nyter stor respekt, er det særlig to forhold som er avgjørende. For det første blir de ordfører og talsperson for hele kommunen og ikke bare for den gruppa som har stemt dem inn i kommunestyret. Den andre er å være garantist og fremste forsvarer for lokaldemokratiet og dets spilleregler.

Vi har sett eksempler på at fylkesmenn advarer ordførere og kommunestyre om folkeavstemning ved spørsmål om kommunesammenslutninger. Fylkesmannen i Vestfold og tidligere byrådsleder i Oslo, Erling Lae, er et slikt eksempel. Begrunnelsen synes å være at spørsmålet er for komplisert for velgerne. Den virkelige årsaken er selvsagt at de regner med at svaret blir nei.

Dessverre har enkelte ordførere og kommunestyre denne gangen har gått imot folkeavstemning. De er heldigvis svært få, og de utsetter seg for historiens dom. Ordførere og kommunestyre som velger å overhøre innbyggernes ønsker om folkeavstemning, har etter min mening ikke forstått sine roller i vårt lokale demokrati.

*Bjarne Jensen*

Høgskolelektor **Alexander Berg Erichsen**,  
professor **Bjarne Jensen** og amanuensis **Ole Gustav Narud**  
Høgskolen i Hedmark

# Innbyggernes tilfredshet med kommunale tjenester og kommunestørrelse

ARTIKKELEN ER FAGFELLEVDERT

*Hovedbegrunnelsen for å slå sammen og få større kommuner bør være at det vil øke innbyggernes tilfredshet med kommunale tjenester. I denne artikkelen analyseres forholdet mellom innbyggernes tilfredshet med kommunale tjenester og størrelsen på kommunen målt i innbyggertall. Dataene fra innbyggerundersøkelsene i 2010, 2013 og 2015 viser at innbyggernes tilfredshet med de viktigste kommunale tjenestene innenfor pleie og omsorg, sosialomsorg, oppvekst og grunnskole synker med økende kommunestørrelse. Nærmere 80 prosent av kommunenes utgifter går til disse tjenesteområdene. Alle analyser av innbyggernes tilfredshet med disse kommunale tjenestene som vi har hatt tilgang til, viser at innbyggernes tilfredshet synker med økende kommunestørrelse.*

## Problemstilling

Noe av det viktigste for en kommune er å yte gode velferdstjenester til innbyggerne. Derfor bør forhold som gjør innbyggerne tilfredse med kommunale tjenester være viktig for hvordan kommunesektoren organiseres og struktureres. I denne artikkelen drøfter vi om det er sammenhenger mellom kommunestørrelse målt i folketall og innbyggernes tilfredshet med kommunale tjenester. Det vi har sett nærmere på er:

- Hvordan kommer forskjellene i innbyggernes tilfredshet med kommunale tjenester etter kommunestørrelse til uttrykk i resultatene fra innbyggerundersøkelsen i 2013 og 2015 (Difi)<sup>1</sup>?
- På hvilke tjenesteområder har kommunestørrelse betydning for tilfredsheten med tjenestene?
- Hvor godt er sammenhengene mellom innbyggernes tilfredshet med tjenester og kommunestørrelse dokumentert?

I analysene vil vi også se nærmere på sammenhenger mellom kommunestørrelse og innbyggernes deltakelse og informasjon om lokalpolitiske saker og kommunale tjenester. Disse problemstillingene er særlig interessante på bakgrunn av regjeringen Solbergs forslag om en storstilt reform for å fjerne de mindre kommunene og få færre og større kommuner. Vabo-utvalget<sup>2</sup>, som er satt ned for å utrede regjeringens kommunereform, tar til orde for at minstestørrelsen på kommunene bør være mellom 15 000 og 20 000 innbyggere. Det vil redusere antall kommuner i Norge fra 428 i dag til ca. 100, og øke gjennomsnittlig kommunestørrelse fra 12 000 innbyggere i dag

til ca. 50 000. Signy Vabo og hennes utvalg hevder, i strid med forskningen på området, at kommunestørrelse ikke betyr noe for innbyggernes tilfredshet med kommunale tjenester. De hevder at andre forhold enn størrelsen forklarer at innbyggerne i små kommuner er mest tilfredse med tjenestene, og at tilfredsheten synker med økende innbyggertall for de viktigste kommunale tjenestene (Vabo-utvalgets delrapport 1, s. 48–49).

## Andre forhold som påvirker innbyggernes tilfredshet med tjenestene

Det er flere forhold som kan påvirke innbyggernes tilfredshet med kommunale tjenester. De er tema i denne artikkelen i den grad de reelt forklarer forskjellen som er registrert i innbyggernes tilfredshet med kommunale tjenester etter størrelse. I tillegg til størrelse kan kommunens inntektsnivå være en viktig faktor, fordi det bestemmer det økonomiske grunnlaget for å yte tjenestene både når det gjelder omfang og kvalitet. Dessuten vil flere andre forhold eller karakteristika ved kommunen og innbyggerne kunne være viktige for hvordan kommunene kommer ut i rangeringen av innbyggernes tilfredshet med tjenestene. Det gjelder særlig befolkningens alders- og kjønns sammensetning, utdanningsnivå og innbyggernes politiske holdninger.

Kommunens beliggenhet og forhold som sentralitet, arbeidsmarked og bosettingsstruktur kan også påvirke innbyggernes vurderinger. En kommune, som ligger sentralt, vil for eksempel ha bedre tilgang til kulturtjenester som teater og konserter rett og slett fordi slike tilbud er lokalisert i de største og mest sentrale byområdene regionalt og i hovedstadsområdet. Det samme gjelder kollektivtransport. Kollektivtransport er ikke mulig å bygge ut på samme måte i en spredtbygd utkantkommune som i en tettbygd og folkerik bykommune. Dette gjelder også

---

<sup>1</sup> Direktoratet for forvaltning og IKT (Difi) har gjennomført innbyggerundersøkelsen ved tre anledninger; i 2010, 2013 og 2015.

<sup>2</sup> Ledet av professor Signy Vabo. Utvalget gav ut to delrapporter i 2014; om kriterier for kommunestruktur og oppgavefordeling mellom stat, fylke og kommuner.

spesialisthelsetjenestene som gjerne er koblet til et sykehus som vanligvis er lokalisert i større bykommuner. Selv om disse tjenestene dels er fylkeskommunale (kollektivtransport) og statlige (spesialisthelsetjenester), vil ikke befolkningen skille dem klart fra de kommunale tjenestene. Vi må også kunne anta at kommunens egen innsats og valg knyttet til hvor «flink» den er til å drive og utvikle kommunale tjenester vil ha betydning for tilfredsheten med tjenestene. Derfor vil både store og små kommuner kunne skåre høyt på tilfredshet, og store og små skåre svakere på tilfredshet.

Begrunnelsen for at kommunestørrelse har betydning for innbyggernes tilfredshet er knyttet til at innbyggerne i mindre kommuner lettere kan medvirke og påvirke utviklingen av tjenestene, at de som mottar og yter tjenestene har bedre kjennskap til hverandre og at kontakt og kommunikasjon mellom politikere, administrasjon og innbyggere er enklere i små kommuner. Samlet er dette betegnet som nærhetseffekten (Østre 2011).

Kvalitet er et utfordrende begrep når vi skal vurdere kommunale tjenester. Tilfredshet kan defineres som et mål på innbyggernes opplevde kvalitet. Fagfolk kan bruke andre mål. Når det for eksempel gjelder sykehjem, vil forhold som fordeling mellom enerom og dobbeltrom, om rommene har eget bad, størrelsen på rommene, bemanning, lege og fysioterapikapasitet være del av kvalitetsbegrepet. Vi kan også trekke inn forhold som feilmedisinering, om det er egne avdelinger for demente eller ikke, klager og lignende i slike kvalitetsbegrep. Tilfredshet er et relativt enkelt mål. Gjennom Difi-undersøkelsen er det tilgjengelig på en slik måte at det også kan si noe om hvordan kvaliteten varierer for kommuner med ulik størrelse.

Når en kommune skal vurdere sin egen kvalitet på kommunale tjenester og utviklingen i den, vil det være for enkelt kun å bruke slike spørreundersøkelser. Derfor må det understrekes at det vi her uttaler oss om er hvordan innbyggernes opplevde kvalitet varierer med kommunestørrelse. Undersøkelser eller

analyser basert på andre kvalitetsindikatorer ville, om de hadde foreligget, vært interessante supplementer til det kvalitetsmålet vi har brukt.

## Tidligere undersøkelser av innbyggernes tilfredshet med kommunale tjenester og kommunestørrelse

I dette avsnittet vil vi gå gjennom hovedkonklusjonen i seks norske analyser fra den senere tiden som drøfter innbyggernes tilfredshet med kommunale tjenester. Fem av disse bruker dataene i innbyggerundersøkelsen fra 2010 som grunnlag for sine analyser. Denne forskningen viser at innbyggernes tilfredshet med de viktigste kommunale tjenestene, tilliten til kommunen og mulighetene til å influere på og få informasjon om tjenestene er bedre i de små kommunene enn i de større.

Et viktig spørsmål er om innbyggernes tilfredshet med tjenestene bør analyseres med utgangspunkt i den enkelte tjenesten eller med utgangspunkt i tjenestene sett under ett. Med andre ord, skal vi analysere resultatene knyttet til tjenester som grunnskole, sykehjem, hjemmesykepleie, brannvesen, folkebibliotek osv. eller skal vi bruke en indikator for generell tilfredshet med kommunale tjenester? I innbyggerundersøkelsen foreligger begge typer data. Etter vår vurdering er det opplagt at analysen må ta utgangspunkt i enkelttjenestene. I en samlet og helhetlig vurdering må vi så vurdere hvordan disse resultatene skal håndteres blant annet ut fra de enkelte tjenestenes betydning for innbyggerne og hvordan negative effekter kan motvirkes med andre tiltak.

Da får vi for det første fram stadig mer nyansert informasjon om sammenhengen mellom kommunestørrelse og innbyggernes tilfredshet med tjenestene. For det andre kan tilfredsheten for noen tjenester være høyest i de mindre kommunene, mens den for andre tjenester er høyest i de store kommunene.

Ett eksempel på tjenester hvor tilfredsheten er høyest i store kommuner er kollektivtransport. På andre områder som sykehjem, hjemmehjelp, barnehager, sosialtjenester osv. er tilfredsheten høyest i de minste kommunene. Ved spørsmål om generell tilfredshet vil slike forskjeller motvirke hverandre og forskjeller ikke komme fram. Dessuten vet ikke innbyggerne alltid hvilke tjenester kommunen, fylkeskommunen og staten har ansvar for. Innbyggernes tilfredshet med de kommunale tjenestene kommer derfor ikke like klart fram når vi kun ser på den generelle tilfredsheten.

I alle undersøkelsene basert på Difi-resultatene, med ett unntak, tar analysene utgangspunkt i tilfredsheten med spesifiserte kommunale tjenester og viser at tilfredshet og kommunestørrelse kan variere fra tjenesteområde til tjenesteområde. Unntaket er analysene til Monkerud og Sørensen i 2011. De baserer sine hovedkonklusjoner på en indikator for generell tilfredshet med kommunale tjenester. De har også analyser basert på enkelttjenester, og de viser et mønster som er relativt likt det mønsteret de andre undersøkelsene konkluderer med. Vabo-utvalget støtter seg på analysen til Monkerud og Sørensen. Utvalget har også laget en egen analyse (Vabo-utvalgets rapport fra mars 2013, s. 48/49) basert på vurderingene av generell tilfredshet med kommunale tjenester. De gjør ikke oppmerksom på at resultatene basert på vurderingen av de enkelte kommunale tjenestene gir andre og mere nyanserte konklusjoner.

**Pettersen og Rose** (i Baldersheim et al, 2003) konkluderte i 2003 med følgende om lokaldemokratiet:

- Informasjon er enklere, politikken mer oversiktlig for den enkelte innbygger og innbyggerne betrakter kvaliteten på systemet som bedre i små kommuner.
- I de små kommunene er organisasjonene og foreningene mest aktive og rekrutterer medlemmer, som siden engasjerer seg i samfunnsgagnlig arbeid.

- Kommunestørrelse spiller i så henseende en sentral rolle for vilkårene for et åpent og gjennomskuelig lokalt selvstyre der de folkevalgte og systemet blir oppfattet på en positiv måte. For opprettholdelse av det lokale selvstyrets grunnvoll er dette ganske vesentlig.

**Monkerud og Sørensen** (heretter omtalt som MS) uttaler i 2010 følgende om årsakene til høyere tilfredshet med tjenestene i de små kommunene (s. 256):

- *Folketallet i kommunen har en svak, negativ effekt på respondentenes tilfredshet med de fleste tjenestene. Utdanningsnivå, alderssammensetning og nivået på kommunens inntekter er betydelig viktigere enn folketallet i seg selv. Våre analyser tyder på at sammenslåinger av kommuner vil øke befolkningens samlede tilfredshet med kommunale tjenester noe. Dette skyldes at sammenslåing vil medføre overføring av inntekt fra kommuner med høye til kommuner med lave inntekter, og at kommunenes kjøpekraft vil øke på grunn av stordriftsfordeler.*

MS konkluderer med at innbyggernes tilfredshet med de viktigste kommunale tjenestene synker med økende kommunestørrelse, men hevder samtidig at andre faktorer enn størrelse har større effekt. Det gjelder særlig kommunenes inntektsnivå. De konkluderer også med at dette tyder på at kommunesammenslåinger vil være positivt, fordi det vil medføre overføringer av inntekter fra små til større kommuner og det vil kunne øke befolkningens samlede tilfredshet med kommunale tjenester. De synes altså å mene at redusert tilfredshet med kommunale tjenester for innbyggerne i de mindre kommunene vil mer enn kompenseres med høyere tilfredshet i de større kommunene.

Denne siste delen av konklusjonen i MS om at kommunene bør slås sammen for at inntektene i de andre kommunene skal bli

høyere framstår i en forskningsmessig sammenheng som tøvete. Dersom vi ønsker å øke velferden ved å omfordele inntekter fra små til større kommuner, så kan vi endre inntektsfordelingen mellom kommunene. Da ville vi beholde gevinstene ved små kommuner og oppnå det samme for de større. Vabo-utvalget støtter seg også til dette litt tøvete argumentet i MS når de går inn for større kommuner. Det er imidlertid viktig å vite at årsaken til at de små kommunene gjennomsnittlig har et høyere inntektsnivå er at det koster mer å yte de samme tjenestene i disse kommunene.

I artikkelen til MS analyseres sammenhengen mellom innbyggernes tilfredshet med kommunale tjenester med utgangspunkt i to typer indikatorer fra innbyggerundersøkelsen i 2010:

- Indikatoren for generell tilfredshet med kommunale tjenestene.
- Indikatorene for tilfredshet med de enkelte kommunale tjenestene.

Når det gjelder sammenhengen mellom kommunestørrelse og generell tilfredshet viser dataene at innbyggernes tilfredshet med kommunale tjenester synker med økende kommunestørrelse, men MS konkluderer med at sammenhengen ikke er signifikant. Derimot konkluderer de med at sammenhengen mellom innbyggernes generelle tilfredshet og inntektsnivået i kommunene er signifikant. Ut fra dette konkluderer MS med at forskjeller i tilfredshet med kommunale tjenester først og fremst skyldes forskjeller i inntektsnivå og at kommunestørrelse betyr mindre.

De minste kommunene målt i gjennomsnittlig folketall har høyere inntekter enn de mellomstore kommunene, men de aller største kommunene har også gjennomsnittlig høyere inntekter enn de mellomstore kommunene. Årsaken til at de minste kommunene tildeles høyere inntekter er at det koster mer å yte tjenestene i disse kommunene. Det har primært sammenheng med at disse kommunene er mer spredtbygde og at det derfor er vanskeligere å

oppnå full kapasitetsutnyttelse i skoler, barnehager, eldreomsorg osv. Disse forholdene tas det etter vår vurdering ikke godt nok hensyn til i begrepet korrigerede inntekter som brukes i disse beregningene. I tillegg tar MS i sin analyse med andre faktorer enn størrelse og inntektsnivå. Det gjelder sentralitet og andel av befolkningen i tettbygde strøk. Begge disse faktorene er sterkt korrelert med kommunestørrelse. Dermed er det stor usikkerhet med konklusjonene i MS' analyse.

MS presenterer også analyser av sammenhengen mellom kommunestørrelse og tilfredshet med de enkelte kommunale tjenestene i sin artikkel. Da framstår et mer nyansert bilde som også er i samsvar med analysene i andre undersøkelser. For de tjenestene MS har beregnet slike sammenhenger er det en signifikant negativ sammenheng mellom kommunestørrelse og sykehjem, omsorgsboliger, hjemmehjelp, hjemmesykepleie, barnehager, skolefritidsordning, sosial omsorg og plan- og bygningsvesen. Innbyggernes tilfredshet med disse tjenestene er størst i de minste kommunene, og synker med økende kommunestørrelse. Dette gjelder også for grunnskole, men her er ikke sammenhengen signifikant i analysene til MS. Når det gjelder kollektivtransport og folkebibliotek øker innbyggernes tilfredshet med økende kommunestørrelse. Men sammenhengen er bare signifikant når det gjelder kollektivtransport.

Mye av det som ligger i begrepet «generell tilfredshet med kommunale tjenester» kan ha med andre forhold enn kommunens innsats å gjøre. At kollektivtransport er bedre i store og folkerike kommuner enn i tynt befolkede kommuner, har selvsagt lite med kommuneinndeling å gjøre. Det er avhengig av befolkningsunderlag og bosettingsstruktur. Til tross for slike forhold er innbyggerne i de små kommunene også på generell basis mer tilfreds med de kommunale tjenestene enn i de store kommunene.

Når MS analyserer om det er kommunestørrelsen eller nivået på frie inntekter som forklarer at innbyggerne i de små kommunene



er mest tilfreds med kommunale tjenester, trekker de i sine regresjonsberegninger også inn variablene sentralitet og andel av befolkningen som bor i tettbygde strøk i kommunen. De er begge negativt korrelert med kommunestørrelse og svekker, som nevnt, konklusjonene fra analysen.

Sørensen, som er hovedpersonen bak denne analysen, har i artikler, intervjuer og foredrag i de siste 10–15 årene vært en aktiv advokat for at antallet kommuner i Norge skal reduseres til 100<sup>3</sup>.

Østre (2011) tilbakeviser påstandene fra Monkerud og Sørensen (2010). Han viser at høyere inntekter i små kommuner skyldes høyere kostnader som følge av større avstander og dermed lavere kapasitetsutnyttelse. Dessuten er det ikke slik at kommunenes inntekter synker jevnt med økende kommunestørrelse. De minste kommunene har høyest inntektsnivå pga. høyere kostnader knyttet til å yte tjenester i spredtbygde områder, men de største kommunene har også høyere inntekter enn de mellomstore kommunene. Med andre ord er inntektskurven i forhold til kommunestørrelse nærmere U-formet, mens tilfredshetskurven synker jevnt med økende kommunestørrelse og er lavest for de største kommunene. Østre skriver at det ikke er påvist at innbyggerne i små kommuner mottar flere tjenester, og viser til at små kommuner har en fordel av at det er kortere avstander mellom dem som yter tjenestene og dem som mottar dem. Årsaken er trolig primært av kvalitativ karakter. Nærhetseffekten betegner at store deler av befolkningen i mindre kommuner kjenner hverandre. Østres kritikk er ikke senere tilbakevist.

---

<sup>3</sup> SSØ-dagene 24. januar 2008 «Styringsutfordringer i offentlig sektor» var et av hovedpoengene at «100 kommuner er nok» eller intervju i forskning.no 10. mars 2008 med hovedoverskrift «Det er nok med 100 kommuner» og senere i en artikkel i tidsskriftet Magma 5/2012 «Hvorfor har vi så mange små kommuner» basert på et foredrag på NHOs årskonferanse i 2012.

Christensen (2011) analyserte resultatene i innbyggerundersøkelsen fra 2010 for KS. Denne analysen fokuserer på fem sentrale kommunale tjenester: Barnehage, grunnskole, sykehjem, omsorgsbolig/aldershjem og hjemmesykepleie, og ser på sammenhengene mellom innbyggernes tilfredshet med tjenestene og kommunenes størrelse, inntektsnivå i kommunene og innbyggernes alder og utdanning. I sammendraget (s. 4) oppsummeres konklusjonene på følgende måte:

- *Hva forklarer tilfredshet med kommunale velferdstjenester? Er det innbyggernes erfaringer med velferdstjenestene, kommunenes velferdstilbud eller andre faktorer knyttet til innbyggerne eller kommunene uavhengig av tjenestetilbudet? Dette notatet analyserer disse spørsmålene med bakgrunn i både individ- og kommunedata. Den empiriske analysen viser at et varierende velferdstilbud mellom kommuner ikke gir seg utslag i varierende tilfredshet med tjenestene. Det er andre egenskaper ved kommunene som blant annet kommunens inntekter, størrelse og befolkningsstruktur som ser ut til å forklare det meste av variasjonen i tilfredshet mellom kommuner.*

Når det gjelder kjennetegn ved individene konkluderer Christensen på følgende måte (s. 15):

- *Hvis vi begynner med tjenestetilfredshet og individforklaringene, viser det seg for det første at utdanning (på universitetsnivå) har liten betydning for innbyggernes tilfredshet med velferdstjenestene. Innbyggere med høyere utdanning skiller seg ut kun når det gjelder mindre tilfredshet med grunnskolen. Høyinntektstakerne er mindre tilfredse med grunnskole og sykehjem. Resultatene viser også at menn er gjennomgående mindre tilfredse med velferdstjenestene enn det kvinnene er. Selv om effektene er statistisk signifikante, er det snakk om små forskjeller.*

I denne artikkelen er det størrelsen på kommunen og innbyggernes tilfredshet med tjenestene som er tema. Rapporten til Christensen (2011) har følgende konklusjoner knyttet til kommunestørrelse:

- *For det andre ser vi at innbyggere i større kommuner er gjennomgående mindre fornøyde med tjenestene enn innbyggere i mindre kommuner.» (s.17)*
- *På kommunenivå viser det seg igjen at tilfredsheten er størst i de mindre kommunene, mens inntektsnivået ikke ser ut til å ha nevneverdig betydning for dette utvalget av kommuner. Inntektsnivået til kommunene har ikke effekt i disse modellene.» (s.19)*
- *Det denne analysen viser er at selv om tjenestetilbudet varierer mellom kommunene slår denne variasjonen ikke særlig merkbart ut i varierende tilfredshet med disse tjenestene. Det er andre egenskaper ved kommunene som blant annet størrelse og bosettingsstruktur som forklarer det meste av variasjonen i tilfredshet mellom kommuner.» (s.20)*
- *En annen og tilsvarende debatt handler om småkommunenes betydning for velferdstjenestene. Argumentet er at disse kommunene vil få (og har) problemer med å levere likeverdige og kvalitetsmessig gode velferdstjenester. Vår analyse, og andre (Monkerud og Sørensen 2011), viser at store kommuner ikke nødvendigvis har bedre tjenester eller mer fornøyde innbyggere.» (s. 20–21)*

**Baldersheim, H., Pettersen, P. A. og Rose, L.E. (2011)** undersøker hvilken effekt diverse individkjennetegn, husholdningstyper, kommunale inntekter og lokale kjennetegn har på tilfredsheten med kommunale tjenester. De viser til resultatene fra sin empiriske analyse (s. 46–47):

- *Innbyggerne i mindre kommuner er systematisk mer tilfreds med egen kommunes*

*innsats og tjenester enn innbyggerne i større kommuner. Dette er den mest robuste sammenhengen i tabellen.»*

- *Med unntak for tjenester for barn og unge er det ingen sammenheng mellom kommunale inntekter og tilfredshet – det er altså ikke slik at innbyggerne er mer tilfreds når de frie inntektene relativt til behov øker, slik det hevdes i andre studier (Monkerud og Sørensen, 2010).*

De finner videre at korrigerede fire inntekter har begrenset effekt på tilfredshet, og at kommunestørrelse (befolkning) har en større effekt på tilfredshet. Både Monkerud og Sørensen (2010) og Baldersheim et al. (2011) bruker samme datagrunnlag på kommunale inntekter.

**I Christensen og Midtbø (2011)** blir også tjenestene fastlege, hjemmesykepleie, legevakt og sosialtjeneste undersøkt. Her benyttes en «dummy-variabel<sup>4</sup>» som viser om kommunen kan defineres som en småkommune eller ikke (forfatterne har definert en befolkning under 10 000 som småkommune). Resultatene (s. 15) viser at:

- Småkommune har en positiv signifikant effekt på hjemmesykepleie og sosialtjeneste, og en negativ signifikant effekt på legevakt. Frie inntekter har en positiv effekt på legevakt og hjemmesykepleie.

Christensen og Midtbø (2011) konkluderer (s. 17) med at:

- *Vår analyse viser at store kommuner ikke nødvendigvis har bedre tjenester eller mer fornøyde innbyggere. Det finnes sikkert mange gode argumenter for kommunesammenslåinger, men større brukertilfredshet med velferdstjenestene er neppe et av dem.*

---

<sup>4</sup> Variabel med kun to verdier; Dikotom variabel (Johannessen, Tuft og Christoffersen, 2011). I dette tilfellet om kommunen beregnes som «småkommune» eller ikke.

Når problematikken kommunestørrelse analyseres med utgangspunkt i de enkelte kommunale tjenestene er resultatene i MS (2010), analysene fra Christensen (2011), Christensen og Midtbø (2011) og Baldersheim et al. (2011) relativt like. Alle konkluderer med at kommunestørrelse er en viktig forklaringsfaktor for tilfredsheten med de mest ressurskrevende kommunale tjenestene. Selv når vi korrigerer for frie inntekter, utdanning, kjønn og alder har fortsatt kommunestørrelsen betydning.

Vabo-utvalget velger å vektlegge kun de oppsummerende konklusjonene i undersøkelsen til MS (Vabo-utvalget s. 48–49) og går til og med lenger enn MS i deres konklusjon fra 2010. Vabo-utvalget hevder at det er inntektsnivået som er avgjørende for at tilfredsheten er høyere i mindre kommuner. Videre argumenteres det i Vabo-utvalget med at både alder og utdanningsnivå er årsaken til at mindre kommuner har høyere tilfredshet. Her referer de også til MS (2010) selv om de i sine analyser finner at utdanning ikke har en signifikant effekt<sup>5</sup>.

## Tilfredshet med kommunale tjenester og kommunestørrelse – resultater fra innbyggerundersøkelsen 2013 og 2015 (Difi)

I dette avsnittet er innbyggerundersøkelsen 2013 og 2015 benyttet til å beregne nivået på innbyggernes tilfredshet med kommunale tjenester og kommunestørrelse. Samvariasjonen mellom tilfredshet ved kommunale tjenester og antall innbyggere i kommunen er også beregnet<sup>6</sup>. Det vil også bli gitt beskrivende statistikk over temaer som deltakelse i lokalpolitiske saker og informasjon.

### Datagrunnlag og metode

Datagrunnlaget er fra innbyggerundersøkelsen 2013 og 2015 med utvalgsvekter for innbyggernes tilfredshet med kommunale tje-

nester, tillit til lokalpolitikkerne og muligheten for innbyggerne til å påvirke lokalpolitikken. I innbyggerundersøkelsen 2013 er det også opplyst hvor mange innbyggere det er i kommunen hvor respondenten bor. Det er derfor brukt som datagrunnlag for kommunestørrelse.

Innbyggerundersøkelsen er en omfattende spørreundersøkelse for å kartlegge innbyggernes inntrykk av alle offentlige tjenester. 30 000 innbyggere fikk tilsendt innbyggerdelen. Både i 2013 og 2015 var svarprosenten på om lag 41 prosent (Difi-rapport 2015:5, s. 5).

For å kunne forstå resultatene/tallene er det viktig å vite hvordan de bør tolkes. Her vises det til forklaringen i innbyggerundersøkelsen (Difi-rapport 2013:7, s. 5):

- *Tall kan formidles på mange måter. I spørreskjemaene fikk respondentene en rekke spørsmål der de for eksempel ble bedt om å svare på hvor godt eller dårlig inntrykk de har av ulike forhold på en syvpunktsskala fra -3 til +3, der -3 betyr svært dårlig og +3 betyr svært godt. I våre presentasjoner av disse resultatene har vi valgt å ta utgangspunkt i gjennomsnittet av alle svarene på svarskalaen fra -3 til +3 i presentasjonen av resultatene.*

Gjennomsnittet til alle svarene blir av Difi omregnet gjennom en formel<sup>7</sup>, som gir gjennomsnittsskåren (indeksskår). Den blir fordelt på en skala fra 0–100. Innenfor den skalaen er det fire bolker som representerer hvordan inntrykket framstår:

---

<sup>5</sup> Jacobsen og Baldersheim konkluderer også med at utdanning ikke har systematisk effekt. Christensen (2011) viser at utdanning har effekt på tilfredsheten på noen tjenester (grunnskole og sykehjem).

<sup>6</sup> Samvariasjonen er beregnet med datagrunnlag fra innbyggerundersøkelsen 2013 som var det nyeste datagrunnlaget tilgjengelig da arbeidet med artikkelen startet.

<sup>7</sup>  $S = (X-1) * (100/6)$  hvor X er gjennomsnittet av alle svar på skalaen fra 1–7 og S er indeksscoren (0–100). Skalaen har blitt endret først fra -3 til +3, til hvor -3=1, -2=2, -1=3, ..., 3=7.

- Dårlig/nøytralt (0–50)
- Delvis godt (51–70)
- Godt (71–80)
- Svært godt (81–100)

Hvis respondenten har svart «Vet ikke» blir svaret utelatt<sup>8</sup> fra gjennomsnittsskåren. Det er derfor kun dem som har mening om forskjellige aspekter ved tjenestene som blir representert i gjennomsnittsskåren. Konsekvensen av dette er at forskjellige tjenester har forskjellig antall observasjoner. Videre blir det kun sett på resultatene for kommunale tjenester, og ikke de andre delene av offentlig sektor. Datagrunnlaget til innbyggerundersøkelsen 2013 og 2015 finnes på Difis hjemmeside<sup>9</sup> og er brukt til å produsere resultatene og figurene<sup>10</sup>.

Metoden for å beregne samvariasjon mellom kommunestørrelse og innbyggernes tilfredshet er *Pearson r korrelasjon*. Korrelasjon<sup>11</sup> er et mål på den lineære samvariasjonen (forholdet) mellom to variabler. (For å benytte seg av Pearson r korrelasjon må minst én av variablene måles på intervallnivå. Den andre variabelen kan måles på ordinalnivå (Johannessen et al. 2011). Med befolkningsstørrelse i kommunen (intervallnivå) og tilfredshet med kommunale tjenester (ordinalnivå) som struktur på datagrunnlaget er forutsetningen for metoden til stede.

For å få med størst mulig datagrunnlag og et nøyaktig empirisk resultat, er metoden parvis

korrelasjon<sup>12</sup> benyttet. Begrunnelsen for dette valget er at det er en klassisk metode som mange forstår. Korrelasjonskoeffisienten viser også i hvilken retning samvariasjonen (forholdet) beveger seg; positiv, negativ eller fraværende.

Korrelasjon er ikke det samme som kausalitet (årsak – virkning), men en indikasjon på at det kan eksistere en sammenheng mellom to variabler. Det økonomiske dataprogrammet Stata 13 er benyttet til å beregne korrelasjonsmatrisene. Excel 2013 er også brukt for behandling av datagrunnlaget og til å produsere figurer.

### Innbyggernes inntrykk av kommunale tjenester etter kommunestørrelse

Difi deler kommunene blant annet inn i fire grupper; kommuner under 5000 innbyggere, mellom 5000 og 20 000, 20 000 og 110 000 og kommuner med over 110 000 innbyggere. Derfor vil kommunene bli delt inn i de fire gruppene. For å få et bilde av hvordan inntrykket er av de kommunale tjenestene, er resultatene vist i figur 1–3 nedenfor. Skalaen på y-aksen er endret, for å vise differanser. Det som er viktig for leseren, er å tolke differansene i lys av tilfredshetsskalaen (0–100) fra Difi.

### Kommentarer til figur 1–3

Her vil det hovedsakelig gis kommentarer til resultatene fra 2015, men det er relativt stor likhet til resultatene fra 2013. Benyttes

<sup>8</sup> Men ikke resten av svarene fra respondenten, som ville vært tilfelle med listevis korrelasjon.

<sup>9</sup> www.difi.no

<sup>10</sup> De originale resultatene med fem desimaler er brukt, og ikke de avrundede tallene som gis i selve rapporten fra Innbyggerundersøkelsen 2013 og 2015. Dette for å få et så nøyaktig som mulig resultat. Deretter har resultatene blitt gjort om til figurer ved hjelp av Excel 2013.

<sup>11</sup> Korrelasjon viser om det er en lineær samvariasjon mellom to enheter, eller for å si det på en annen måte; om det er et forhold mellom to variabler. Hvis korrelasjonskoeffisientene (verdiene) er signifikante til under 5 prosent signifikansnivå, kan det avvises at variablene er statistisk uavhengig av hverandre til 5 prosent signifikansnivå. Et statistisk signifikant forhold, vil si at forholdet er et faktisk forhold, og

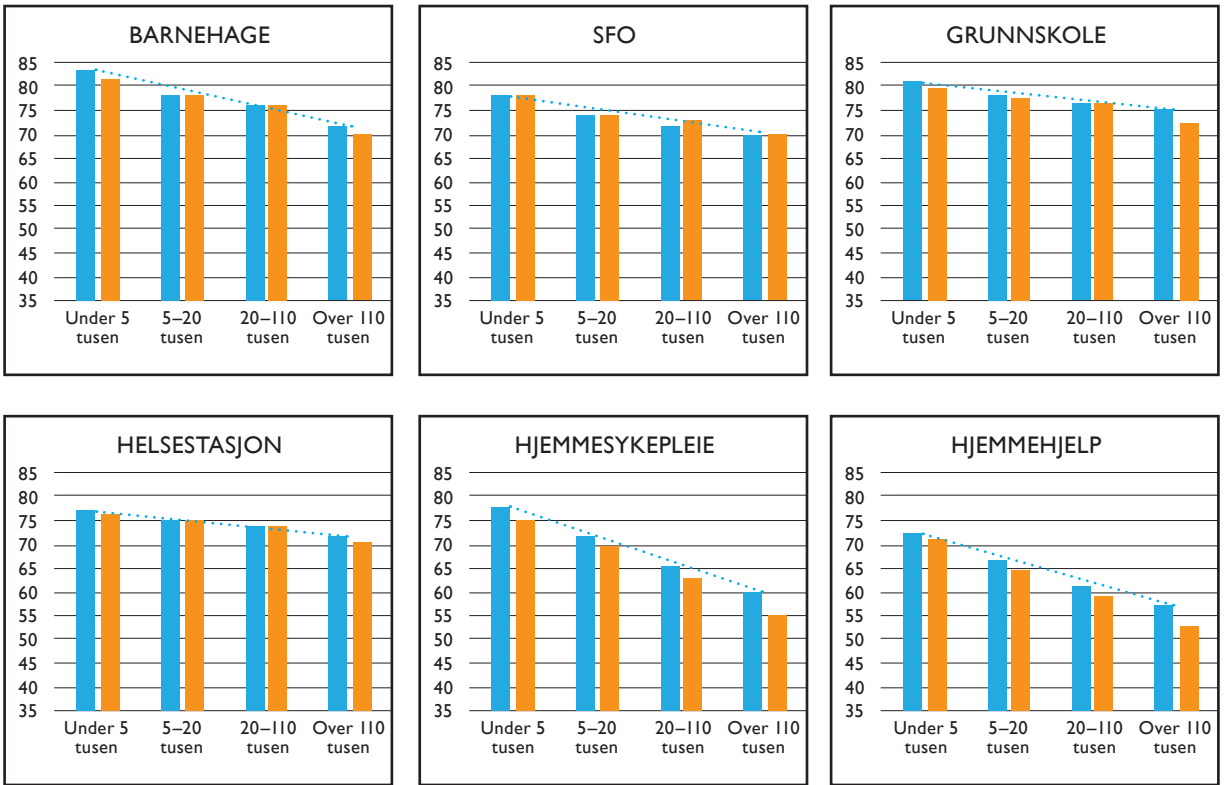
ikke et resultat av tilfeldigheter eller stort datagrunnlag. En annen måte å si det på, er at man kan avvise nullhypotesen om at variablene er uavhengige av hverandre. Nullhypotesen ved alle korrelasjonsmatrisene vil være at variablene er uavhengig av hverandre.

Nullhypotesen vil bli avvist, hvis korrelasjonskoeffisienten har en p-verdi mindre enn 0.05. P-verdien viser det laveste signifikansnivået, hvor nullhypotesene om at variablene er uavhengige av hverandre kan avvises (Wooldridge, 2009). Hvis p-verdien er under 0.05, kan vi avvise nullhypotesen om at variablene er uavhengige av hverandre til 5 prosent signifikansnivå. Hvis p-verdien er over 0.05, kan vi ikke avvise nullhypotesen om at variablene er uavhengige av hverandre til 5 prosent signifikansnivå.

<sup>12</sup> Hvis en respondenten har svart «Vet ikke», vil ikke den samlede observasjonen (respondenten svar) utelates.

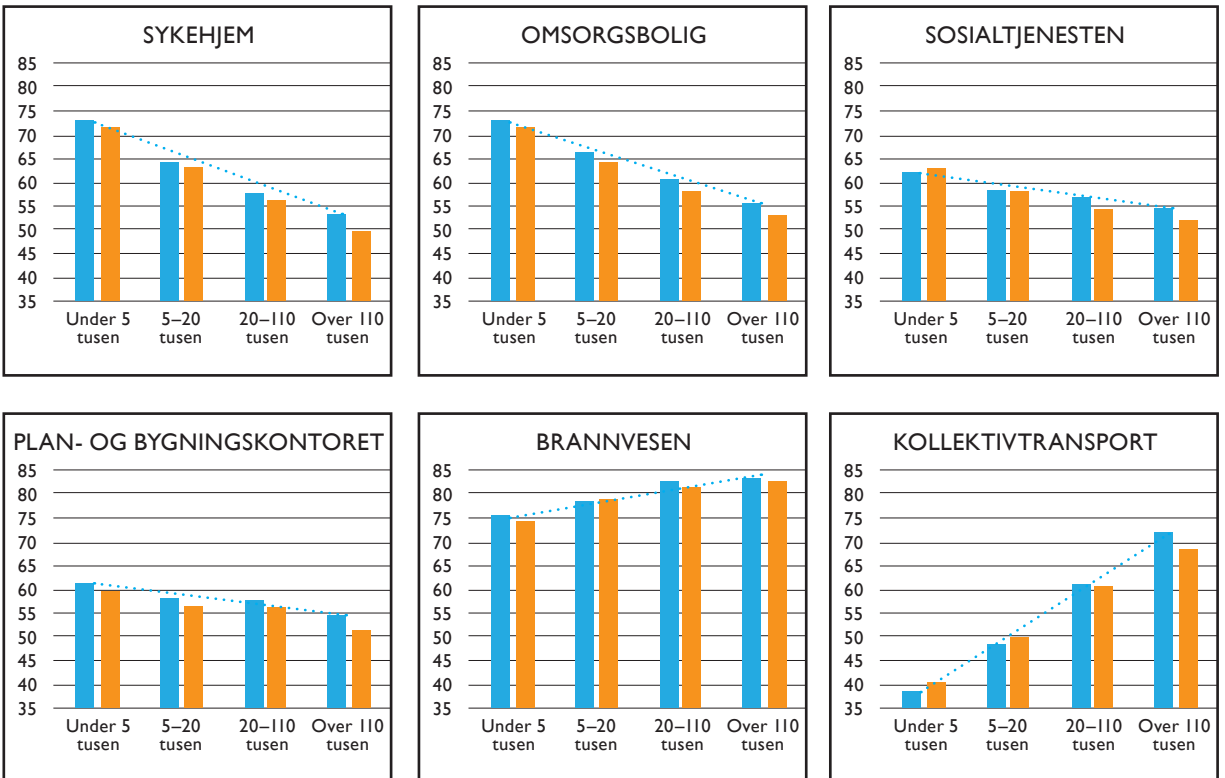
**Figur 1** TILFREDSHET MED KOMMUNALE TJENESTER 2013 OG 2015

■ 2015 ■ 2013



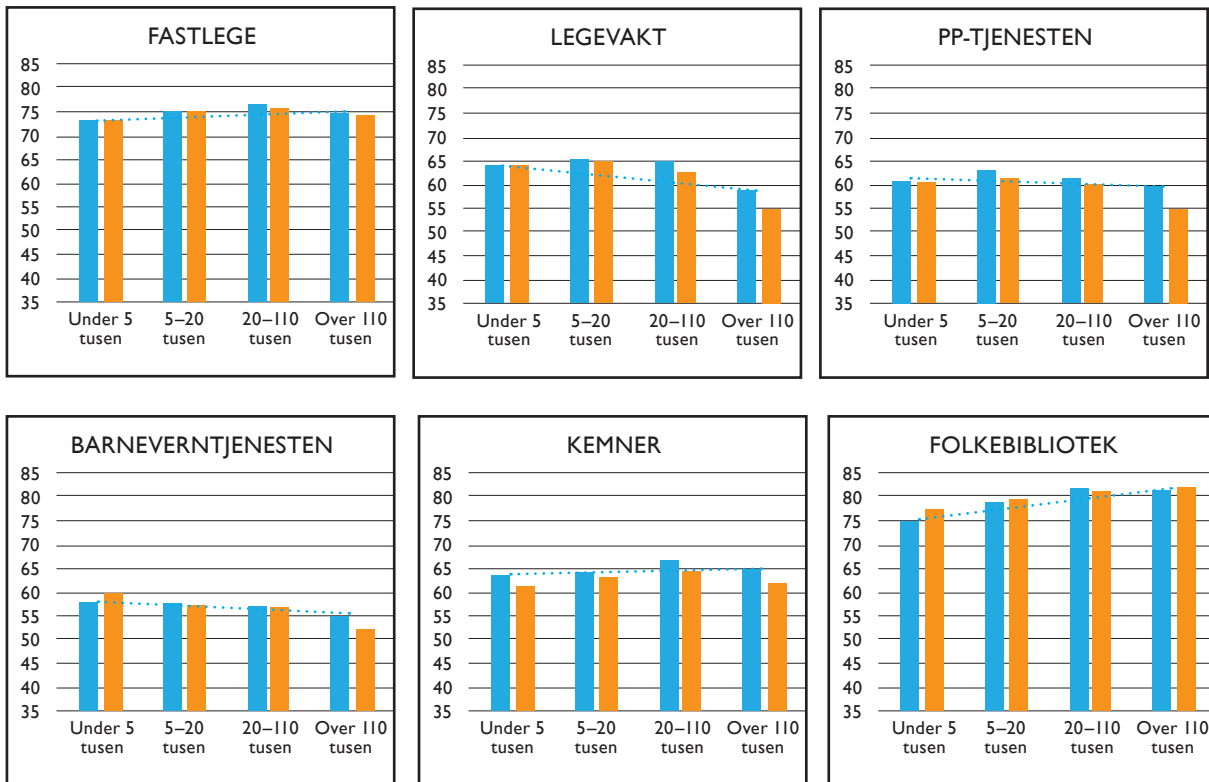
**Figur 2.** TILFREDSHET MED KOMMUNALE TJENESTER 2013 OG 2015

■ 2015 ■ 2013



**Figur 3. TILFREDSHET MED KOMMUNALE TJENESTER 2013 OG 2015**

■ 2015 ■ 2013



trendlinjen (stiplet blå linje)<sup>13</sup> som et uttrykk for trenden, kan resultatene for innbyggernes vurdering av tilfredshet generelt sorteres i tre grupper:

- Tjenester hvor innbyggernes tilfredshet med tjenestene reduseres når kommunestørrelsen øker. Dette gjelder i alt ti tjenester: barnehage, SFO, grunnskole, sykehjem, omsorgsbolig, hjemmesykepleie, hjemme-

hjelp, sosialtjeneste, helsestasjon, plan- og bygningskontor. Disse tjenestene utgjør nærmere 80 prosent av de kommunale utgiftene (SSB, kommuneregnskapet, 2015)<sup>14</sup>.

- Tjenester hvor innbyggernes tilfredshet med tjenesten øker når kommunene blir større. Det gjelder for tre tjenester: kollektivtransport, brannvesen og folkebibliotek.
- Tjenester hvor det ikke er noen systematisk sammenheng mellom kommunestørrelse og innbyggernes tilfredshet med tjenestene. Dette gjelder fem tjenester: fastlege, legevakt, PP-tjenester, barnevern og kemner.

<sup>13</sup> Dette er regresjonslinjen i en enkel bivariat regresjon. Linjen er produsert gjennom Excel 2013, men hvor forutsetningene (Gauss-Markov) for bruk av lineærregresjon ikke er testet. Derfor ønsker forfatterne å legge trykk på at trendlinjen i figurene ikke automatisk kan benyttes som et valid resultat, men som en indikasjon på mulig sammenheng.

<sup>14</sup> Netto driftsutgifter, i prosent av totale netto driftsutgifter for tjenestene: barnehage, grunnskoleopplæring, helse og omsorg, og sosialtjenesten var til sammen 80,8 prosent i 2014. (SSB, kommuneregnskapet, 2015).

Samlet sett viser det seg at for de fleste og viktigste tjenestene reduseres tilfredshet når kommunestørrelsen øker. Dette er også tjenester som er arbeidsintensive. Videre er det flere tjenester hvor det ikke er noen klar samvariasjon mellom tilfredshet og kommune-



størrelse. Til slutt er det tre tjenester hvor det er økende tilfredshet når kommunistørrelsen øker. Disse tjenestene kan karakteriseres som realkapitalintensive hvor det kan eksistere stordriftsfordeler eller tetthetsfordeler.

### Deltakelsen blant innbyggerne, fordelt på fire kommunistørrelser

Lokaldemokratiet kan forenklet sies å være oppbygd av to deler. En direkte del gjennom valg hvert fjerde år og gjennom deltakelse i politiske partier. Den indirekte delen er deltakelse og jevnlig kontakt med både politisk folkevalgte og kommuneadministrasjon om lokalpolitiske saker. Da har vi sett bort fra mer aksjonspregede aktiviteter som demonstrasjoner, underskriftsaksjoner og lignende.

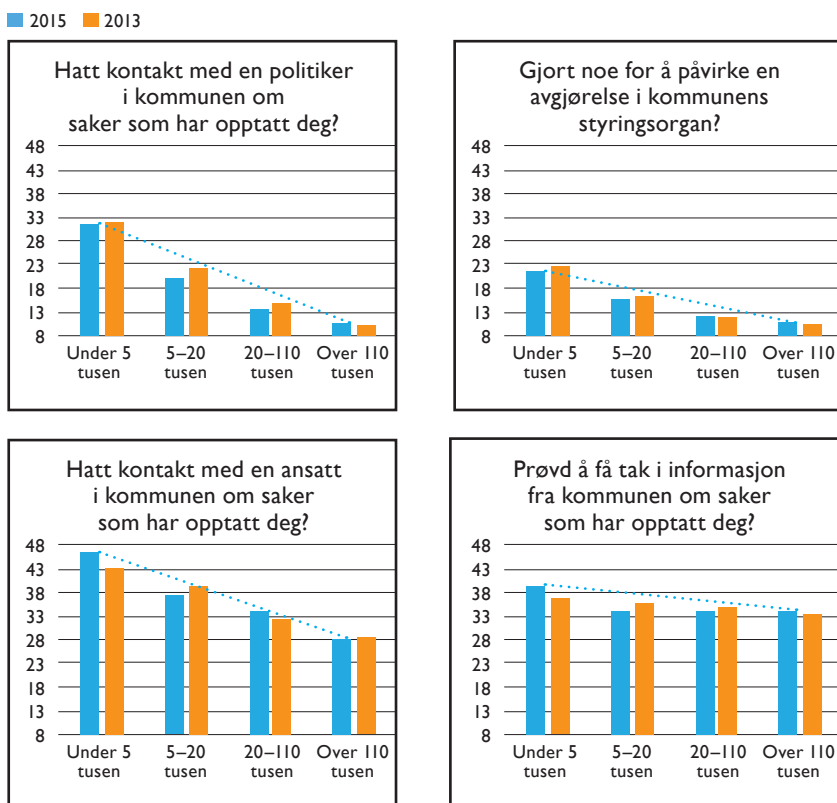
Innbyggerundersøkelsen 2013 og 2015 gir også resultater og informasjon på dette feltet. Resultatene er fordelt på fire spørsmål og på de fire kommunistørrelsene som tidligere er nevnt.

I figur 4 representerer søylene prosentvis andel personer som har svart ja på spørsmålene.

Resultatet viser at deltakelse i lokalpolitiske saker er høyest i de minste kommunene og synker med økende kommunistørrelse. Spesielt kontakten med en politiker forekommer hyppigere i mindre kommuner enn i større. I mindre samfunn kan det være lettere å få oversikt over og ha kontakt med politikere. Samtidig som antallet innbyggere pr. politiker er lavere i mindre kommuner vil også en større andel av befolkningen få anledning til å være lokalpolitikere i en periode av livet.

En annen mulig årsak til at deltakelsen er høyere i mindre kommuner enn i større, er at det faktisk er større mulighet for å påvirke i en lokalpolitisk sak gjennom flere forskjellige kanaler, som vist i figur 4. Deltakelse i politiske kommunale saker vil sannsynligvis påvirke kvaliteten på og omfanget av de kommunale tjenestene<sup>15</sup>. Det gjelder både ved at innbyg-

**Figur 4. PROSENTVIS DELTAKELSE I POLITISKE KOMMUNALE SAKER**



gerne fungerer som informasjonskanaler og kontrollmekanismer ovenfor politikere og administrasjon, og ved at administrasjon og politikere lettere har tilgang til innbyggernes synspunkter og ønsker. Den indirekte delen av lokaldemokratiet, kan derfor være sterkere i mindre kommuner enn i større.

### Informasjonskanaler fordelt på fire kommunestørrelser

En viktig forutsetning for deltakelse er tilgang på informasjon. Tilgangen på informasjon i flere former vil påvirke utformingen av og derfor også inntrykket av de kommunale tjenestene. Her vises resultatene for noen (4 av 8) av spørsmålene på dette feltet<sup>16</sup>.

### Kommentar til figur 5

Figur 5 viser at det er et fallende forhold mellom tilfredsheten i tilgangen på informasjon og klagemuligheten fra mindre kommuner til større.

## Samvariasjon/korrelasjon mellom tilfredshet ved kommunale tjenester og antall innbyggere

Tabell 1 angir korrelasjonskoeffisientene mellom innbyggernes tilfredshet med kommunale tjenester og kommunestørrelsen<sup>17</sup>. Korrelasjonskoeffisientene gir uttrykk for samvariasjonen mellom innbyggernes tilfredshet med kommunale tjenester og kommunestørrelse målt i innbyggetall<sup>18</sup>. Korrelasjonskoeffisien-

ten er understreket. Under korrelasjonsresultatet står antall observasjoner og under der igjen p-verdien. Korrelasjonskoeffisientene med en p-verdi under fem prosent signifikansnivå, vises gjennom en stjerne på høyre siden. Er p-verdien til selve korrelasjonskoeffisientene under 0,05 kan korrelasjonskoeffisientene tolkes som et faktisk uttrykk for forholdet mellom variablene<sup>19</sup>.

For 13 tjenester er samvariasjonen negativ; det vil si at tilfredsheten synker med økende kommunestørrelse. For to tjenester er det ikke samvariasjon mellom kommunestørrelse og innbyggernes tilfredshet med tjenestene. For tre tjenester er sammenhengen mellom kommunestørrelse og innbyggernes tilfredshet positiv. Dvs. tilfredsheten øker med økende kommunestørrelse. Med unntak for to er alle disse korrelasjonskoeffisientene signifikante innenfor et nivå på 0,05, som er det mest vanlige signifikansnivået. Korrelasjonskoeffisientene for fastlege og kemner er ikke signifikante.

Korrelasjonen er ikke veldig sterk for noen av tjenestene<sup>20</sup>. En av flere årsaker til dette kan være det relativt korte intervallet (1–7) i datagrunnlaget for tilfredshet med kommunale tjenester og kan derfor gi grunnlag for lave korrelasjonsverdier.

Korrelasjonskoeffisientene er sterkest for kollektivtransport, sykehjem, hjemmesykepleie, omsorgsboliger, hjemmehjelp og barnehager. Korrelasjonskoeffisientene sier intet om årsaksforhold mellom tilfredshet og kommunestørrelse. Med utgangspunkt i en hypotese om sammenhengene kan korrelasjonskoeffisientene tolkes som en indikator som kan bidra til

<sup>15</sup> Også forhold som blant annet kommunenes økonomi, arbeidsstyrke, brukere, administrasjon og lovverk er viktige komponenter i kvaliteten på og omfanget av kommunale tjenester.

<sup>16</sup> Det er fire andre spørsmål innenfor informasjonsfeltet, men her var det veldig liten differanse og ingen klar sammenheng mellom tilfredshet og befolkningsstørrelse. Dette gjaldt spørsmål om bruk av kommunens hjemmeside og forståelse av skriftlig informasjon fra kommunen.

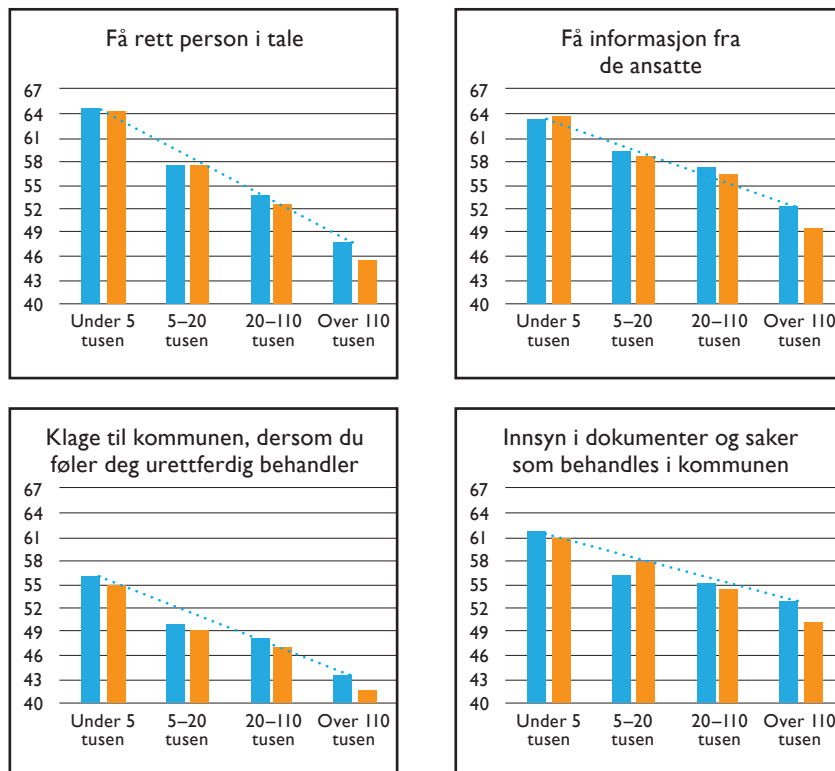
<sup>17</sup> Transformert til logaritmisk form.

<sup>18</sup> Negativ korrelasjonskoeffisient tilsier at innbyggernes tilfredshet med kommunale tjenester synker med økende kommunestørrelse. Positiv korrelasjon indikerer at tilfredsheten med kommunale tjenester øker med økende kommunestørrelse.

<sup>19</sup> Og er ikke et resultat av tilfeldigheter.

**Figur 5. TILFREDSHET MED INFORMASJONSKANALER**

■ 2015 ■ 2013



å forkaste eller ikke forkaste sammenhengen.

En hovedbegrunnelse for å slå sammen kommuner må etter vår vurdering være at det gir innbyggerne tjenester de er mer tilfredse med. De som ønsker å slå sammen kommuner til færre og større enheter må vel da ha forventninger om at innbyggerne vil bli mer tilfredse med de viktigste kommunale tjenestene. Siden det er en negativ sammenheng mellom størrelsen på kommunen og innbyggernes tilfredshet med de fleste og viktigste kommunale

tjenestene, er en slik forventning ikke forenlig med resultatene om tilfredshet og kommune størrelse som Difi-tallene viser. Med andre ord, det foreliggende empiriske materialet om innbyggernes tilfredshet med de viktigste kommunale tjenestene og kommune størrelse tilsier at vi ikke kan forvente at større kommuner vil øke innbyggernes tilfredshet.

På den andre siden, dersom vi forventer at færre og større kommuner vil gi innbyggerne lavere tilfredshet med kommunale tjenester, kan vi konkludere med at en slik antagelse er forenlig med disse tallene.

<sup>20</sup> For å kunne tolke effektstørrelsen av korrelasjonskoeffisientene kan Cohens (1992, s.157) retningslinjer eventuelt benyttes: Liten effekt = mellom 0,10 og 0,30. Medium effekt = mellom 0,30 og 0,50. Høy effekt = (+/-) 0,50 eller mer. Hox (2010, s. 238) refererer også til Cohen (1992), hvor sistnevnte gir en videre forklaring av i hvilke tilfeller vi kan oppfatte de forskjellige effektstørrelsene. Liten effekt krever statistisk analyse for å oppfatte effekten, medium effekt er en størrelseseffekt som vi blir bevisst på hvis vi opplever fenomenet på daglig basis. Høy effekt er en effekt som er umiddelbart åpenbar.

## Konklusjoner

Denne artikkelen analyser sammenhenger mellom kommune størrelse og tilfredshet med kommunale enkelttjenester og innbyggernes deltakelse i lokalpolitiske saker og informasjon om kommunenes tjenester. Analysene er

**Tabell 1. KORRELASJONSKOEFFISIENTER MELLOM TILFREDSHET OG BEFOLKNINGSSTØRRELSE. INNBYGGERUNDERSØKELSEN 2013**

TJENESTE	INNBYGGERE	TJENESTE	INNBYGGERE	TJENESTE	INNBYGGERE
Barnehage	<u>-0.1799*</u>	Barneverns-tjeneste	<u>-0.0880*</u>	Sosialtjeneste	<u>-0.1289*</u>
Observasjoner	7534	Observasjoner	4362	Observasjoner	4254
P-verdi	0.0000	P-verdi	0.0000	P-verdi	0.0000
SFO	<u>-0.1077*</u>	Sykehjem	<u>-0.2537*</u>	Kemner	<u>-0.0069</u>
Observasjoner	6717	Observasjoner	6744	Observasjoner	4732
P-verdi	0.0000	P-verdi	0.0000	P-verdi	0.6626
Grunnskole	<u>-0.1047*</u>	Helsestasjon	<u>-0.0849*</u>	Plan og bygg	<u>-0.0947*</u>
Observasjoner	8250	Observasjoner	7004	Observasjoner	5925
P-verdi	0.0000	P-verdi	0.0000	P-verdi	0.0000
Fastlege	<u>0.0165</u>	Omsorgsbolig	<u>-0.2241*</u>	Brannvesen	<u>0.1275*</u>
Observasjoner	10102	Observasjoner	5414	Observasjoner	7698
P-verdi	0.1318	P-verdi	0.0000	P-verdi	0.0000
Legevakt	<u>-0.1213*</u>	Hjemmesykepleie	<u>-0.2603*</u>	Kollektivtransport	<u>0.3064*</u>
Observasjoner	9317	Observasjoner	5897	Observasjoner	10125
P-verdi	0.0000	P-verdi	0.0000	P-verdi	0.0000
PPT	<u>-0.0769*</u>	Hjemmehjelp	<u>-0.2269*</u>	Folkebibliotek	<u>0.0648*</u>
Observasjoner	4842	Observasjoner	5160	Observasjoner	9199
P-verdi	0.0000	P-verdi	0.0000	P-verdi	0.0000

basert på dataene i innbyggerundersøkelsen fra 2013 og 2015. Det er gjort to analyser. Den første analyserer data som viser innbyggernes gjennomsnittlige tilfredshet med tjenestene for kommunene fordelt på størrelsesgruppene under 5000 innbyggere, 5000 til 20 000 innbyggere, 20 000 til 110 000 innbyggere og kommuner med over 110 000 innbyggere. Videre er det beregnet tilsvarende tall for innbyggernes vurdering av egen deltakelse og informasjon for de samme størrelsesgruppene.

Den andre analysen undersøker samvariasjon mellom kommunenes størrelse målt i folketall og indikatorer for innbyggernes tilfredshet (korrelasjoner). I disse beregningene inngår dataene fra alle enkeltkommuner. Disse beregningene viser hvor sterk samvariasjonen er mellom kommunestørrelse og innbyggernes tilfredshet og medvirkning.

Konklusjonen for tjenestene barnehager, sykehjem, omsorgsboliger, hjemmesykepleie og hjemmehjelp er at innbyggerne i de små

kommunene er vesentlig mer tilfreds med tjenestene enn innbyggerne i de store kommunene. Alle korrelasjonskoeffisientene som viser at tilfredsheten synker med økende kommunestørrelse er signifikante.

For tjenestene grunnskole, skolefritidsordning, sosialtjeneste, legevakt, helsestasjon, PP-tjeneste, barneverntjeneste og plan- og bygningskontor synker også innbyggernes tilfredshet med økende kommunestørrelse. Her er forskjellene ikke så store og samvariasjonen svakere, men fortsatt er korrelasjonskoeffisientene signifikante.

For fastlege og kemner er det ikke samvariasjon mellom kommunestørrelse og innbyggertilfredshet. For brannvesen, folkebibliotek og kollektivtransport er samvariasjonen motsatt. Her øker innbyggernes tilfredshet med tjenestene med økende størrelse. For kollektivtransport er forskjellene vesentlige, mens den er mindre for brannvesen og folke-

bibliotek. Men også disse samvariasjonene er signifikante.

Alle indikatorene for innbyggernes deltakelse i kommunale saker og informasjon om kommunens tjenester er høyest for de minste kommunene og synker med økende kommunestørrelse. For tilhengere av deltakerdemokrati er dette en klar indikator på at denne formen for demokrati fungerer best i mindre kommuner.

Alle undersøkelser vi har gjennomgått viser at størrelse har betydning for innbyggernes vurdering av de viktigste kommunale tjenestene<sup>21</sup>. Sammenhengen er slik at innbyggerne er mest tilfredse med de viktigste kommunale tjenestene i de minste kommunene, mens tilfredsheten synker med økende kommunestørrelse.

---

<sup>21</sup> De som står for hoveddelen av kommunens nettdriftsutgifter, som andel av totale driftsutgifter.

## LITTERATURLISTE

Baldersheim, H. Pettersen, P. Rose, L. Øgård, M. (2003). Er smått så godt? Er stort så flott? Analyser av kommunestrukturens betydning. Oslo: Institutt for statsvitenskap, Universitetet i Oslo.

Baldersheim, H., Pettersen, P. A. & Rose, L. A. (2011). Den krevende borger. Utfordringer for demokrati og tjenesteyting i kommunene. Dokumentasjonsrapport. Oslo: Institutt for statsvitenskap, Universitetet i Oslo.

Christensen, D. A. (2011). Kommunenes betydning for tilfredshet med utvalgte kommunale velferdstjenester? Bergen: Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier.

Christensen, D.A. Midtbø, T. (2011). Tilfredshet med kommunale velferdstjenester: Har velferdstjenestene noe å si? Bergen: Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier. Notat 2-2011.

Cohen, J. (1992). Quantitative methods in psychology. A power primer. *Psychological Bulletin*, 1992, Vol.112, No.1, s. 155–159.

Hansen, L. Kjøllesdal, K. Kristiansen, A. Nonseid, J. *Innbyggerundersøkelsen 2013. Hva mener innbyggerne?* Difi-rapport 2013:6. Oslo: Difi.

Hox, J. (2010). *Multilevel analysis: techniques and applications*. New York: Routledge

Johannessen, A. Tufte, P. Christoffersen, L. (2011, 4. utgave, 2. opplag). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt Forlag

Kjøllesdal, K. Nonseid, J. *Innbyggerundersøkelsen 2015. Hva mener innbyggerne?* Difi-rapport 2015:5. Oslo: Difi

Langørgen, A., Aaberge, R. & Åserud, R. (2002). *Kostnadsbesparelser ved sammenslåing av kommuner* (SSB-rapport 2002/15). Oslo: SSB.

Monkerud, L. C. & Sørensen, R., J. (2010). Smått og godt? Kommunestørrelse, ressurser og tilfredshet med det kommunale tjenestetilbudet. *Norsk statsvitenskapelig tidskrift*, 2010, 26(04), s. 265–295.

SSB, **Kommuneregnskapet, 2015**. <https://www.ssb.no/statistikkbanken/kommuneregnskapet> Hentet ned 30.07.2015.

Sørensen, R. (2012). Hvorfor har vi så mange kommuner? *Magma*, 2012, 5/12. s. 66–71.

Sørensen, R., Borge, L.-E., Fjeldstad, M., Monkerud, L. C., Pallesen, T. & Vabo, S. I. (2007) *Omstilling og utvikling i norske kommuner: mye skrik og lite ull?* (Forskningsrapport 3/2007). Oslo: Handelshøyskolen BI.

Vabo, S. I. m. f. (2014). *Kriterier for god kommunestruktur. Delrapport fra ekspertutvalg*. Oslo: Kommunal og moderniseringsdepartementet.

Wooldridge, J. (2009). *Introductory econometrics. 4th edition* Canada: South-Western.

Østre, S. (2011). Om å skyte spurv med kanon og likevel bomme. *Norsk Statsvitenskapelig Tidsskrift*, 2011, 27(02), s. 137–140.

# STORT ER IKKE NØDVENDIGVIS GODT

*Regjeringens fremste argument for kommunereformen er at kommunene skal bli mer robuste.*

**Kommunenes næringsrettede** utviklingsarbeid er holdt fram som et område som vil bli styrket ved en reform som gir større kommuner. Nå viser en ny rapport fra Northern Research Institute i Alta, NORUT, *Brikker som mangler – kunnskap om næringsrettet samfunnsutvikling og kommunestørrelse* – Rapport 2015:3, av Elisabeth Angell, Torill Ringholm og Jørgen Bro, at det ikke er dokumentert noen sammenheng mellom større kommuner og bedre næringsutvikling.

Foreliggende undersøkelser gir ikke holdepunkter for å trekke konklusjoner om at større kommuner vil gi mer robust nærings- og samfunnsutvikling.

**Forskerne ved NORUT** har gått gjennom nær 100 publikasjoner fra de siste 10–15 årene om ulike sider ved næringsrettet samfunnsutvikling i kommunene. De konkluderer med at vi vet lite om hvilken betydning kommunestørrelse har for hvordan kommunene innretter sitt arbeid med næringsutvikling, og hvilke resultater de oppnår. Undersøkelsen gir svake holdepunkter for å komme med anbefalinger om framtidig organisering og fordeling av oppgaver.

Dette blir en kontrast til Ekspertutvalget for kommunereformen, som mente at kommuner med 15 000 til 20 000 innbyggere ville

gi mer robust næringsutviklingsarbeid gjennom styrking av plankompetanse og -kapasitet, samt annen kompetanse som er viktig for samfunnsutvikling, skriver to av forskerne som står bak rapporten.

**En vanlig tenkning** er at større kommuner kan påvirke kapasitet og kompetanse positivt. Å samle små ressurser til større enheter kan bidra til økt kapasitet, både i form av økonomiske og personellmessige ressurser. Det vil lettere kunne bli hele stillinger, et større fagmiljø, mindre avhengighet av enkeltpersoner m.v. Kompetansen kan også bli bedre og gjerne bredere, og i mange sammenhenger forventes det at rekruttering kan bli enklere.

Dette er imidlertid ikke uproblematisk formlodninger, skriver NORUT. Vil det være slik at «stillingsandeler» lar seg summere til hele stillinger ved en sammenslåing? Vil større enheter øke kapasiteten, økonomisk og personellmessig, ut over det som dreier seg om å måtte betjene flere? Blir det flere ressurser som kan brukes til forbedringer, det være seg raskere saksbehandling, bedre administrative rutiner, styrket utviklingsarbeid, mer kompetanse eller bedre rekruttering?

**Med større kommuner** blir det større avstand mellom ulike deler av kommunene, og eventuelle «smådriftsfordeler» svekkes. Om felles-



enheter samles i sentrum, kan det videre medføre at ideer og utfordringer for utkantene får mindre av både faglig og politisk oppmerksomhet. Hvordan vil prosjekter i utkantene greie å komme på storkommunens dagsorden?

Som NORUT påpeker vil ikke en strukturendring med nye og større kommuner forandre geografien. Utkantproblemene vil ikke automatisk løses gjennom kommunesammenslåing. De administrative enhetene blir større, og det medfører at forskjeller som etter nåværende kommunestruktur kommer fram mellom kommunene, i framtida vil finne sted innad i en og samme kommune. Tallene kan se bedre ut i en større enhet selv om ikke de næringsmessige utfordringene endres i alle deler av kommunen.

**Dagens regionalpolitiske virkemidler** er knyttet til et geografisk virkeområde basert på gitte kriterier. Det kan være reduksjon eller

ingen økning i folketall, store avstander og utfordringer med sysselsetting, arbeidsmarked og levekår, og er inndelt i tre soner. Tilskudd kan tildeles bedrifter i sone II og III. Hvis kriteriene for regional støtte fortsatt skal benyttes etter kommunenivå, kan det være områder som får støtte i dag når de er selvstendige kommuner, men som vil falle ut av ordningen om de inngår i en større kommune, der utviklingstrekkene varierer mer. Det samme vil gjelde for det distriktpolitiske virkeområdet.

Rapporten er skrevet på oppdrag fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Det er neppe dristig å anta at departementet hadde ventet seg et annet resultat. NORUT anbefaler å innhente enda mer kunnskap. Det er neppe særlig fornuftig bruk av samfunnets ressurser. Når ikke 100 undersøkelser viser at større kommuner gir bedre næringsutvikling, er det neppe grunn til å tro at ytterligere prosjekter vil endre dette.

*Hallvard Bakke  
spesialrådgiver i Fagforbundet*

En lengre versjon av denne artikkelen sto i Klassekampen 6.11.2015.

Foreliggende undersøkelser gir ikke holdepunkter for å trekke konklusjoner om at større kommuner vil gi mer robust nærings- og samfunnsutvikling.





**Paul Bjerke** (PhD) og **Roar Eilertsen** (Msc)

De Facto kunnskapssenter for fagorganiserte

# Økonomiske effekter av trepartssamarbeid



*I en årrekke har det vært diskutert om norske kommuner bør satse på egne ansatte og egne krefter – eller på utsetting, privatisering og konkurranse. Mange kommuner har satt ut driften av velferdstjenester til private firmaer etter anbudskonkurranser. På den annen side har en rekke kommuner deltatt i større og mindre prosjekter der hensikten har vært å benytte de ansattes kompetanse og engasjement til å forbedre kvalitet og effektivitet på de kommunale tjenestene.*



## SAMMENDRAG

I Lunner, Songdalen og Bømlo kommuner har man utviklet et utvidet representativt partssamarbeid i tillegg til den lov- og avtalefestede retten hver enkelt ansatt har til representativ medbestemmelse og individuell medvirkning. Dette partssamarbeidet er institusjonalisert gjennom ulike formelle avtaler om medbestemmelse og et system med faste møter som i praksis er delegert makt fra kommunestyret. Medbestemmelsen er dessuten knyttet til det representative systemet.

Gjennom spørreundersøkelser basert på SINTEFs målesystem for samarbeid har vi kartlagt medbestemmelsens omfang og styrke. Responsen viser høye skårer på ulike dimensjoner ved samarbeid.

Vi har deretter beregnet de tre kom-

munenes innsparinger på sykefravær, turnover, AFP-bruk, anbudskostnader og konsulentbruk. Beregningene viser en samlet innsparing på 2,1 til 3,4 prosent av kommunens driftsutgifter, høyest i kommunen med størst grad av samarbeid.

Vi benytter til slutt Johan Ravns teoretiske utgangspunkt, at produktivitet, profesjonalisering og innovasjon bør øke med økende medbestemmelse, og vi viser at respondentene peker på slike sammenhenger. Det gir i tillegg grunnlag for å kunne gjøre en analytisk generalisering. Det er grunn til å tro at de effektene av partssamarbeid vi finner i Lunner, Songdalen og Bømlo også vil vise seg i andre kommuner som innfører de samme eller liknende systemer for partssamarbeid.

De tre mest kjente er: modellkommuneforsøket (10 kommuner og bydeler, 1998–2003), kvalitetskommuneprogrammet (130 kommuner i perioden 2006–2010) og programmet «Saman om ein betre kommune» (110 kommuner i perioden 2011–15).

Modellkommuneforsøket var i regi av Fagforbundet (Kommuneforbundet). De to andre programmene har vært eid av Kommunaldepartementet/Kommunal- og fornyingsdepartementet, men ledet og drevet gjennom et trepartssamarbeid, hvor de fire hovedsamenslutningene for arbeidstakerorganisasjoner (LO Kommune, YS Kommune, Unio og Akademikerne) og arbeidsgiverorganisasjonen KS har hatt sentrale roller.

Felles for disse programmene er at de har utviklet den nordiske modellen og tilpasset den til kommunenivået. Det innarbeidede trepartssamarbeidet på sentralt nivå har blitt tatt til kommunenivået. Trepartssamarbeid ble introdusert og definert som et konstruktivt samarbeid mellom folkevalgte representanter, administrative ledere og de ansatte og deres tillitsvalgte.

Det finnes en god del forskningsbasert kunnskap om resultatet av disse prosjektene, og oppsummeringene er nokså entydig positive. I NIBRs evaluering av modellkommuneforsøket<sup>1</sup> heter det for eksempel at trivselen økte, at det er mulig å «oppnå økt produktivitet og kostnadsbesparelser ved bruk av modellkommunemetodikken», at forsøkene har «bidratt til å oppfylle målsettingen om kvalitativt bedre tjenesteyting i kommunene». Evalueringen påpekte også at denne metodikken kan brukes i alle kommuner, også der det ikke fins et marked for alternative utførere.

I sluttevalueringen av kvalitetskommuneprogrammet<sup>2</sup>, skriver forskerne at programmet bidro til økt kvalitet og lavere sykefravær i deltakerkommunene og slo fast at «en bred involvering og et omfattende og vellykket samarbeid framstår som et viktig vilkår for å lykkes i å bedre måten tjenestene overleveres på, og for å lykkes i å redusere sykefraværet».

Til tross for dette eksisterer det fortsatt

en oppfatning om at det *egentlig* er konkurranse og privatisering som gir innsparinger og kan gi bedre kvalitet. Og det skjer selv om det faktisk ikke fins forskningsbasert kunnskap som bekrefter påstanden om konkurransens velsignelser. Tvert imot viser det meste av relevant forskning at konkurranseutsetting *ikke* gir bedre eller billigere tjenester. En omfattende svensk rapport<sup>3</sup> konkluderte med at det ikke fantes noen kunnskap som kunne underbygge at tjenestene ble bedre og/eller billigere.

I en norsk rapport for KS har konsulentfirmaene Rambøll og Inventura<sup>4</sup> forsøkt å beregne gevinster og kostnader ved konkurranseutsetting i norske kommuner. Der anslår man – på svært usikkert grunnlag – innsparingen ved å konkurranseutsette tjenester til ca. tre milliarder kroner. I rapporten erkjennes det at innsparingsmulighetene er usikre og at de i stor grad kan knyttes til at lønns- og pensjonskostnadene er lavere i private bedrifter enn i kommunene.

En dansk rapport<sup>5</sup> som samlet resultatene fra et hundretalls nordiske og internasjonale forskningsrapporter om effekter av konkurranseutsetting konkluderte med at de generelt kunne vise «små innsparinger». Forskerne fant også at *transaksjonskostnadene* ofte ikke var innregnet, at de (små) innsparingene ble svekket over tid og at mulige kvalitetsendringer var dårlig dokumentert i «bløde velfærdsområder», det vil si omsorg, helse og undervisning.<sup>6</sup>

---

<sup>1</sup> Skålnes, S. m.fl. (2002) *Evaluering av modellkommuneforsøket*. NIBR-rapport 2002:24

<sup>2</sup> Hovik, S m.fl. (2010) *Evaluering av kvalitetskommuneprogrammet*. Sluttrapport. Samarbeidsrapport NIBR/Nova/IRIS

<sup>3</sup> [http://www.sns.se/sites/default/files/konkurrensens\\_konsekvenser\\_pod\\_2.pdf](http://www.sns.se/sites/default/files/konkurrensens_konsekvenser_pod_2.pdf)

<sup>4</sup> Kostnader, besparelser og effektivisering ved konkurranseutsetting», februar 2014

<sup>5</sup> <http://www.foa.dk/~media/Faelles/PDF/Rapporter-undersogelser/2011/AKF%20Rapport%20Effekter%20ved%20udlicitering%20af%20offentlige%20opgaverpdf.ashx>

<sup>6</sup> Vrangbæk, Karsten, Ole Helby Petersen, Ulf Hjelmar. «Is Contracting Out Good or Bad for Employees? A Review of International Experience Review of Public Personnel Administration 2015, 3–23



Endelig kunne et fellesnordisk prosjekt om effekter av konkurranseutsetting av eldreomsorgstjenester ledet av Maria Szebehely<sup>7</sup> konkludere på samme måte. Våren 2015 ble det publisert to nye oppsummerende norske rapporter om konkurranseutsetting, *Manifest Analyses Fellesskap fungerer. Om hvorfor konkurranse truer velferdstjenestene våre*<sup>8</sup> og *LOs Mer konkurranseutsetting – en god ide for dagens Norge?*<sup>9</sup> Begge konkluderer med at det ikke finnes forskning som viser at konkurranseutsetting gir billigere og bedre tjenester. De innsparingene man iblant finner for enheter som konkurranseutsetter tjenester, skyldes at de ansattes lønns- og pensjonsforhold blir redusert.

## Problemstilling og metode

På den andre side er det til nå lagt fram svært få beregninger som viser *hvor mye penger* en kommune faktisk kan spare på å satse på egne krefter og utvidet partssamarbeid. Tanken bak de to undersøkelsene som ligger til grunn for denne artikkelen var å bøte på dette. Målet var å beregne hvilke *økonomiske gevinster* som kan hentes ut av et tett partssamarbeid og satsing på egne ansattes kunnskaper og innsatsvilje.

Blant annet fordi dette er et felt med svært lite forskningskunnskap valgte vi å gjennomføre en case-studie. Case-studier er en etablert samfunnsvitenskapelig forskningsmetode der man intensivt studerer ett eller noen få, nøye utvalgte caser (eksempler) med sikte på å eta-

blere kunnskap som kan ha gyldighet ut over eksemplet selv.<sup>10</sup>

Vi har benyttet den metoden som Michael Patton kaller et «critical case»-utvalg, der man velger caser som har særlig potensial for såkalt *analytisk generalisering*, det vil si at man gjennom analyse begrunner hvorfor det er grunn til å tro at de sammenhengene vi finner i enkelttekstene også vil kunne finnes i andre, lignende caser.<sup>11</sup>

Med dette utgangspunktet har vi valgt ut tre kommuner: Lunner, Bømlo og Songdalen. Ingen av kommunene har spesielt god økonomi. Snarere tvert imot – alle tre har vært gjennom perioder med nedskjæringer i aktiviteten de siste årene.

Derimot har kommunene ulike næringsstruktur, ulike politiske strukturer og ulike kulturelle og religiøse tradisjoner. For eksempel er en langt større andel av befolkningen i Bømlo sysselsatt i industri og bergverk enn i de to andre kommunene. Også partipolitisk er det klare forskjeller. I Songdalen fikk de tre mellompartiene ved valget høsten 2015 44 prosent av stemmene, i Lunner bare 13. I perioden 2011 til 2015 hadde Lunner rødgrønt flertall og ordfører fra Arbeiderpartiet. Songdalen hadde ordfører fra Senterpartiet og varaordfører fra Høyre. Mens Bømlo hadde borgerlig flertall, men ordfører fra Arbeiderpartiet. Ved valget i 2015 gjorde alle de tre sittende ordførerne gode valg og ble sittende.

Også kulturelt er det betydelig forskjell på den østlandske innlandskommunen Lunner, sørlandsbygdene i Songdalen og den vestlandske kystkommunen Bømlo, særlig når det gjelder nynorskens og kristenlivets stilling. I Bømlo har så godt som samtlige elever i grunnskolen nynorsk som opplæringspråk. På alle indikatorer om religiøs aktivitet i Statistisk Sentralbyrås KOSTRA-register ligger Songdalen vesentlig høyere enn Lunner, med Bømlo i en mellomposisjon.

Men de tre kommunene har ett viktig felles trekk. Alle har et velutviklet, institusjonalt system for trepartssamarbeid. Hvis vi finner at alle disse tre nokså ulike kommunene

---

<sup>7</sup> <http://www.normacare.net/wp-content/uploads/2013/09/Marketisation-in-nordic-eldercare-webbversion-med-omslag1.pdf>

<sup>8</sup> Ebba Boye (2015): *Fellesskap fungerer 3*. Oslo, Manifest.

<sup>9</sup> LOs samfunnspolitiske avdeling: *Mer konkurranseutsetting – en god ide for dagens Norge?* Samfunnsdokumentasjon 1/2015. Oslo

<sup>10</sup> Svein S. Andersen (2013) *Case-studier og generalisering*. Bergen: Fagbokforlaget

<sup>11</sup> Michael Patton (2002) *Qualitative Research & Evaluation Methods*. Thousand Oaks: Sage



har høy skår på samarbeid og på økonomisk effektivitet, vil det styrke en hypotese om en årsakssammenheng mellom trepartssamarbeid og økonomiske gevinster.

For å beregne økonomiske effekter har vi fått tilgang til et omfattende tallmateriale fra kommunene.

For å kartlegge samarbeidet har vi innhentet skriftlig informasjon om hvordan trepartssamarbeidet er organisert i de tre kommunene. Vi har intervjuet ledere og tillitsvalgte i kommunen, og vi har gjennomført tre undersøkelser basert på spørreskjemaer. Ett ble sendt til ledergruppene i kommunene, et annet til styret i Fagforbundet, Utdanningsforbundet og Norsk Sykepleierforbund, og endelig ble det gjennomført en webbasert surveyundersøkelse til et større utvalg (590 e-poster<sup>12</sup>) av de ansatte i Lunner (i alt drøyt 700 ansatte) og til alle ansatte (733<sup>13</sup> og 1157<sup>14</sup> e-poster) i Songdalen og Bømlo.

Spørreskjemaene og web-undersøkelsene er basert på Sintefs PALU<sup>15</sup>-meterskjemaer som måler partssamarbeidets styrke på virksomhetsnivå.<sup>16</sup> Instrumentet er resultat av et flerårig prosjekt der Sintef, i samarbeid med LO og NHO, har kartlagt kjennetegn ved det norske partssamarbeidet i privat sektor og beskrevet hva som karakteriserer det gode og effektive partssamarbeidet.

Deres konklusjon er at todelingen mellom indirekte representativ medbestemmelse og direkte individuell medvirkning som vi skisserer over, bør utvides med en sentral tredje samarbeidsform, nemlig «de tillitsvalgtes direkte, daglige medvirkning i bedriftens virksomhet», kalt *det utvidede representative partssamarbeidet*<sup>17</sup> som går gjennom valgte representanter, men samtidig går «ut over alle mandater». Det innebærer samarbeid på mange flere områder – og til dels mer inngripende – enn det som framgår av sentrale lov- og avtaleverk. Dette samarbeidet kan være formalisert i lokale avtaler, men ofte er det mer uformelt, utviklet som et system basert på «tause avtaler» om at «slik gjør vi det her».

## Måling av samarbeidets styrke

De formene for trepartssamarbeid og organisasjonsutvikling som de tre undersøkte casekommunene gjennomfører – med fagforeningene og de tillitsvalgte som sentrale parter og aktører – kan analyseres nettopp som en slik form for representativ medvirkning «ut over alle mandater» i sentrale lov- og avtaleverk (men delvis fastsatt i lokale avtaler knyttet til trepartssamarbeidet).

Data fra intervjuer med ledere og mellomledere er samstemmige og entydige og tyder på at trepartssamarbeid og tett samarbeid mellom ledere og tillitsvalgte har bred *ideologisk* støtte på ledernivå i alle de tre kommunene. De sa ofte slikt som: «Jeg ville uansett involvere de tillitsvalgte og medarbeiderne, men det er en styrke for meg at dette også er institusjonalisert i kommunen.» Og: «Det er helt avgjørende for meg som leder å ha den backingen jeg kan få når de tillitsvalgte er involvert og har stilt seg bak forslagene.»

I svarene på spørreskjemaet fra ledergruppen er alle «helt enig» i at «som ledere i denne virksomheten kan vi ikke forstå hvordan man kan få realisert strategier uten å ha et tett samarbeid med de tillitsvalgte», og i spørreskjemaet svarer alle fagforeningene at de «oppfatter at ledelsen i kommunen ser det som en fordel at de ansatte er fagorganisert».

---

<sup>12</sup> Vi fikk tilsendt 590 e-postadresser til ansatte i Lunner kommune. Vi fikk i alt 221 svar som gir en formell svarprosent på 37,5. Det er sannsynligvis en del lavere enn den reelle svarprosenten og uansett et brukbart tall.

<sup>13</sup> Svarprosenten i Songdalen var 37. Det er en rimelig høy andel på denne typen undersøkelser.

<sup>14</sup> Svarprosenten i Bømlo var ca. 20. Det er klart lavere enn i de to andre kommunene. I all hovedsak ble de tre spørreundersøkelsene gjennomført på akkurat samme måte. Vi har derfor ingen god forklaring på dette forholdet.

<sup>15</sup> Partssammensatt Lederutvikling (PALU).

<sup>16</sup> Nilsen og Ravn (2010): PALU-meteret: Måling av konkurransekraft gjennom organisatorisk samhandlingskvalitet. Trondheim: SINTEF

<sup>17</sup> Øyum, L m. fl. (2010) PALU – Utvikling og praktisering av den norske samarbeidsmodellen. Trondheim: SINTEF, s. 53

De ansatte i både Lunner, Bømlo og Songdalen støtter også opp om ideologien. I survey-undersøkelsen er det massivt flertall i alle kommunene (78, 78 og 82 prosent) som er «helt enig» i at «medvirkning fra ansatte er viktig for å oppnå gode resultater». Nesten ingen (under én prosent) av dem som svarer er helt eller delvis uenig i en slik påstand.

Men ideologi om medbestemmelse er lite verdt hvis den ikke følges opp med tiltak som etterleves, institusjonaliseres og gjøres til praksiser som «sitter i veggene». Organiseringen og formaliseringen av trepartssamarbeidet på toppen er noe ulikt i våre tre casekommuner. Lunner har samarbeidsideologien nedfelt i en kommunal delplan for organisasjonen, de andre har ingen slik. Både Lunner og Songdalen har et formalisert trepartsorgan med representanter fra politikere, administrasjon og tillitsvalgte på toppen, mens Bømlo var i ferd med å etablere et slikt.

I alle kommunene er informantene helt entydige på at trepartssamarbeidet har full oppbacking fra politikerne og at den politiske forankringen er helt avgjørende for at det utvidede toparts-samarbeidet mellom administrasjon og tillitsvalgte skal fungere.

Politikernes viktigste bidrag er å vedta at man ønsker et godt treparts- og topartssamarbeid i kommunene og å delegere makt til to-partssammensatte organer og utvalg. Det er for eksempel gjort når politikerne i Lunner og Songdalen oppretter en to-partssammensatt stillingspool som beslutter om ansettelser, når Songdalen oppretter en to-partssammensatt styringsgruppe for et heltidsprosjekt og når Bømlo overlater til «medråderettsmøtet» og de ansatte på hvert tjenestested å *vedta* tiltak etter arbeidsmiljøundersøkelsen.

På virksomhets- og tjenestestedsnivå er ordningene nesten identiske i de tre kommunene. På hvert sted er det faste møter (med referat) om lag en gang i måneden mellom lederen og de plasstillitsvalgte. På møtene kan både ledelse og tillitsvalgte ta opp saker de måtte ønske, men noen punkter er faste og fastlagt av overordnede organer. I alle kommuner fungerer

dette i hovedsak bra, men ordningene er til en viss grad personavhengige og de fungerer noe ulikt i skolen (der denne typen samarbeid har lengre tradisjon) enn i andre sektorer. Noen tjenestesteder mangler tillitsvalgte.

Mellomlederne i alle kommunene er entydige på at «det er slik det fungerer her hos oss». De oppfatter det dels som en selvfølge, dels som et pålegg at det *skal* samarbeides på denne måten. Denne formen for forståelse er det som i statsvitenskapen kalles «logic of appropriateness», altså slik «passer det seg» å handle. Vårt inntrykk er at dette skyldes en kombinasjon av forholdsvis langvarig arbeid etter slike linjer og sterk støtte fra kommuneledelsen, både politisk og administrativt.

PALU-meteret måler så styrken i samarbeidet mellom administrasjonen og de tillitsvalgte/ansatte på seks dimensjoner. De to første dimensjonene handler om hvordan det «grunnleggende representative medbestemmelssystemet», altså det som er fastlagt i lov og avtaler, fungerer i virksomheten. *Praktisering av lov- og avtaleverket* dreier seg for eksempel om hvordan det legges til rette for tillitsvalgtarbeid gjennom frikjøp, om det er generell aksept for fagforeninger og fagforeningsarbeid ved at møter og rekruttering kan foregå i arbeidstida og om hvordan samarbeidet i kommunene faktisk planlegges og gjennomføres, som for eksempel om partene er forberedt. Endelig inngår forhandlingsferdigheter og rolleforståelse i denne dimensjonen.

Med *forhandlingsferdigheter* menes hvordan partene oppfører seg i situasjoner med en erkjent konflikt/interessemotsetning/uenighet. Vi har spurt etter hvilke rutiner som håndterer uenigheter og konflikter, hvordan partene oppfatter hverandres bidrag til å finne løsninger, om gjensidig tillit og om det for eksempel er kultur for omkamper. Endelig har vi spurt etter partenes oppfatning av hverandres kunnskaper om lov- og avtaleverk og om de oppfatter at motparten er «styrt av prinsipper».

De to neste dimensjonene handler om det utvidede representative partssamarbeidet, altså det som utøves av folk i tillitsvalgtroller

og lederroller og som går *ut over* oppskrifter og mandater i lov og avtale og som tilfører bedriftsdemokratiet en ny form.

*Samarbeidsklima* måler kvaliteten i samspillet mellom partene i de situasjonene hvor det *ikke* er noen klar og synlig interessemotsetning, for eksempel når det gjelder utvikling av tjenester, kompetanseutvikling, reduksjon av (unødvendig) sykefravær osv. En del av denne dimensjonen er kvaliteten på kommunikasjonen mellom partene.

*Mens omfang av partssamarbeidet* måler på hvilke områder kommunene bruker partssamarbeidet og hvor omfattende samarbeidet på disse områdene er. Spørsmålene her dreier seg om hvilke konkrete områder det samarbeides/utveksles synspunkter om, og de kartlegger partenes syn på hvor omfattende samarbeidet *bør* være og hvor sterk innflytelse tillitsvalgte meninger og vurderinger har for beslutninger som angår kommunenes utvikling og framtid.

De to siste dimensjonene handler om det som kalles «direkte medvirkning» i litteraturen om medbestemmelse. *Involvering og direkte medvirkning* kartlegger hva slags syn de ansatte har på effekter av involvering av arbeidstakere, i hvilken grad de ansatte sier at de engasjerer seg i kommunens drift og hvordan de oppfatter at dette engasjementet gir resultater.

*Organisasjonslæring* måler hvordan en virksomhet evner å bruke *erfaring* for å omstille, videreutvikle eller skape/innføre nyvinninger i sine arbeidsprosesser, tjenester og i sin egen organisasjon.

På disse seks dimensjonene får vi følgende sluttskår:<sup>18</sup> (Se tabell 1).

Som vi ser skårer kommunene i all hovedsak høyt, til dels svært høyt, på alle de seks dimensjonene. Det mest påfallende med resultatene er de *likeartede og høye* skårene alle de tre kommunene har, særlig i svarene på surveyen til de ansatte i kommunene. Vår tolkning av de

**Tabell 1. SAMLESKÅR PÅ SEKS DIMENSJONER I PARTSSAMARBEID I LUNNER, SONGDALEN OG BØMLO KOMMUNER**

Dimensjon	Lunner	Songdalen	Bømlo
Praktisering av lov- og avtaleverk	0,72	0,90	0,62
Forhandlingsferdigheter	0,95	0,94	0,78
Samarbeidsklima	0,79	0,88	0,75
Omfanget av partssamarbeidet	0,80	0,82	0,74
Involvering og direkte medvirkning	0,83	0,79	0,77
Organisasjonslæring	0,69	0,73	0,68

påfallende likhetene er at de avspeiler at de tre kommunene har svært mye felles gjennom et delvis institusjonalisert trepartssamarbeid som er etablert som en «slik gjør vi det her»-logikk.

Men vi ser også at Songdalen gjennomgående skårer noe høyere og Bømlo noe lavere enn Lunner.

## Måling av økonomiske effekter

I privat sektor er det vanlig å måle produksjonsresultatet som verdien av det som er produsert og solgt, og ressursinnsatsen som medgåtte timeverk. Produktivitet er med andre ord produksjonsverdi pr. timeverk. Av dette følger at god produktivitet handler om å gjøre tingene riktig (et størst mulig volum pr. timeverk), og å gjøre de riktige tingene (produserer det markedet er villig til å betale godt for).

Offentlig sektor kjennetegnes av at tjenestene ikke omsettes i et marked, og at det følgelig ikke er noen salgspris som kan verdsette produksjonen. En barnehageplass koster det politikerne bestemmer, skolen er gratis og det meste av helsetjenestene likeså. Det betyr at privat sektors produktivitetsbegrep ikke kan anvendes på offentlig tjenesteproduksjon.

I økonomisk teori arbeides det mye med å utvikle metoder for å måle produktivitet der vi ikke har informasjonen fra markedspriser, slik

<sup>18</sup> Skårene kan variere mellom 0 og 1. De er definert ut fra hva respondentene svarer på spørsmål der 1 betyr at alle svarer at samarbeidet er mest mulig omfattende og best mulig.





som i offentlig tjenesteproduksjon. Men økonomene erkjenner at det er stor usikkerhet knyttet til alle slike metoder. I offentlig tjenesteproduksjon handler dessuten kostnadsnivået i stor grad om lønnskostnader. I kommunene utgjør lønningene 70–80 prosent av de totale kostnadene. Det er også en sterk sammenheng mellom bemanning og kvalitet. Da blir det ganske meningsløst å rangere de kommunene som bruker minst penger på en tjeneste som «best» eller «mest effektive». Vi har derfor konsentrert oss om å beregne de tre kommunenes innsparinger på utgiftsposter som vi oppfatter som åpenbart unødvendige. Vi har kalkulert innsparingene ved lavt sykefravær, synkende turnover og lav AFP-bruk samt uteblitte utgifter til anbudskonkurranser og konsulentbruk.

### Sykefravær

KS har på sine hjemmesider ([www.ks.no/sykefraværskostnader](http://www.ks.no/sykefraværskostnader)) en kalkulator som beregner de samlede kostnadene forbundet med ansattes sykefravær. De største kostnadene er

knyttet til fraværenes 16 første dager, hvor kommunen dekker lønnskostnadene/sykepengene fullt ut. Men det er viktig å merke seg at kommunens kostnader ikke stopper etter at arbeidsgiverperioden på 16 dager utløper. Kommunen må fortsatt svare for opp-tjente pensjonskostnader og, etter 48 dagers fravær, avsetning til feriepenger.

Lunner, Songdalen og Bømlo kommuners erklærte satsing på egne ansatte framfor privatisering og konkurranseutsetting burde bidra til mer stabile og forutsigbare arbeidsforhold for de ansatte. Sammen med disse kommunenes aktive linje for involvering, kompetansebygging og myndiggjøring av medarbeiderne er det faktorer som burde trekke sykefraværet ned. Vi finner slike resultater:

For de fem årene samlet har Lunner kommune hatt kostnader i forbindelse med sykefravær på til sammen 69,8 millioner kroner, ifølge KS-kalkulatoren. Men dersom fraværet hadde vært på samme nivå som gjennomsnittet for alle kommuner, ville kostnadene vært 85,9

millioner kroner. Den årlige besparelsen som følge av lavere fravær er med andre ord drøyt 3 millioner kroner. Den virkelig store besparelsen var i 2013, hvor fraværet i Lunner var på 7,3 prosent mens gjennomsnittet for alle kommuner var på 9,8 prosent. Da var de beregnede kostnadene for kommunen nærmere 6 millioner kroner lavere enn om de hadde hatt samme fravær som gjennomsnittet for alle kommuner.

I Songdalen kommune er det siden 2010 lagt ned et stort arbeid i et partssammensatt «nærversprosjekt». En egen (prosjekt)medarbeider har hele tiden fulgt opp at tjenestestedene samarbeider om analyser og tiltak for å redusere fraværet. Arbeidet har resultert i en oppsiktsvekkende reduksjon i sykefraværet i kommunen i perioden 2010–2014.

For perioden 2010–2014 var de gjennomsnittlige kostnadene i forbindelse med fravær 6,5 millioner kroner pr. år, mens de ville vært på hele 13,1 millioner kroner pr. år dersom fraværet hadde vært på gjennomsnittet for alle kommuner. Det tilsvarer en årlig besparelse på drøyt 6 millioner kroner.

De ansvarlige for nærversprosjektet i Songdalen kommune peker på tre faktorer som har vært sentrale i arbeidet deres for å få ned sykefraværet: For det første har det blitt satset mye på opplæring og utdanning av medarbeiderne. For det andre har ledere og tillitsvalgte på hvert enkelt tjenestested gått kritisk igjennom omfanget av, og grensene for, tilretteleggingstiltak. De har for eksempel konkludert med at barnehagene ikke kan være stedet hvor alle med redusert funksjonsevne/dårlig helse skal plasseres, og da ofte med omfattende restriksjoner på hvilke oppgaver de kan utføre.

Bømlo kommune strukturerte og intensiverte sitt IA-arbeid etter et nytt system (årshjulet) fra 2010. Også i denne kommunen har det partssammensatte nærversarbeidet gitt resultater. De totale fraværstallene for Bømlo kommune er riktignok påvirket av at kommunen har overlatt all barnehagedrift til private.<sup>19</sup> Men det er andre, klare indikasjoner på at nærversarbeidet i Bømlo kommune har gitt gode resultater. Statistikken viser blant

annet at de hadde lavere fravær enn landsgjennomsnittet i den andre store sektoren, helse og omsorg (9,7 mot 11,2 prosent).

De anslåtte besparelsene er meget store. Gjennomsnittlige kostnader pr. år var 12,6 millioner kroner for Bømlo kommune, mens de ville vært 23,5 millioner kroner pr. år dersom fraværet hadde vært på samme nivå som gjennomsnittet for alle kommuner. Hvis vi korrigerer for at barnehagene er private, sparer Bømlo kommune ca. 10 millioner kroner i året på at det systematiske samarbeidet holder sykefraværet nede.

## AFP

En fulltids AFP, basert på full opptjening, representerer en bruttokostnad på ca. 370 000 kroner årlig. I praksis vil deltid og kortere opptjeningstid gjøre at en «gjennomsnittlig AFP-er» i kommunesektoren koster mindre. Basert på opplysninger i ulike utredningsdokumenter fra våre tre kommuner legger vi til grunn at gjennomsnittlig AFP-kostnad er ca. 300 000 kroner i året

Lavere AFP-uttak vil redusere kommunenes kostnader til pensjoner/forsikringer. På den andre siden er det selsagt slik at seniorpolitiske tiltak koster kommunene noe.

Lunner kommune har en aktiv seniorpolitikk forankret i trepartssamarbeidet, Det ser ut til gi resultater, Kommunen hadde i 2012 ifølge egne tall 86 ansatte i aldersgruppen 62–66 år. Av disse var det 17 AFP-ere. Det utgjør en andel på om lag 20 prosent og var bare halvparten av det som er landsgjennomsnittet (40 prosent). Følgelig kan vi anslå at Lunnens årlige AFP-kostnader er 5,1 millioner kroner lavere enn om AFP-bruken hadde vært lik landsgjennomsnittet. De samlede kostnadene til seniortiltak i Lunner kommune i 2014 var 1,26 millioner kroner. Dermed har kommunen en årlig nettogevinst fra lav AFP-bruk på om lag 3–4 millioner kroner.

I tillegg har tiltakene hatt andre, positive

---

<sup>19</sup> Tall fra KS' PAI-register viser at barnehagene var den sektoren som hadde høyest sykefravær i 2014.

## *Kommunen sparer dermed ca. tre millioner kroner pr. år.*

effekter. I perioden 2007–2012 ble det dokumentert en klar nedgang i sykefraværet i den aktuelle aldersgruppen. Den økonomiske besparelsen for Lunner kommune kan (med KS-kalkulatoren) beregnes til ca. 300 000 kroner i året.

Trepartssamarbeid om god seniorpolitikk reduserer i alt kostnadene i Lunner med om lag 3,3 millioner kroner i året.

I Songdalen kommune ble de første seniorpolitiske retningslinjene etablert i 2003. I dag har de to generelle tiltak: Inntil en ukes ekstra ferie fra og med det året arbeidstakere fyller 62 år og en årlig seniorbonus på inntil 18 000 kroner for alle mellom 62 og 67 år.

AFP-andelen var på drøyt 20 prosent i Songdalen i 2014. Kommunen sparer dermed ca. tre millioner kroner pr. år. På kostnadsiden oppgir Songdalen kommune at det ble betalt ut ca. 540 000 kroner i seniorbonuser i 2014. I tillegg kan verdien av ekstra feriedager grovt beregnes til ca. 350 000 kroner pr. år. Inkludert ulike administrative kostnader bruker Songdalen kommune nå knapt 1 million kroner pr. år på sin seniorpolitikk. Konklusjonen blir dermed at Songdalen kommune sparer drøyt 2 millioner i året på godt seniorpolitisk samarbeid og lavt AFP-uttak.

De første årene etter 2010 hadde Bømlo en svært høy andel AFP-uttak. I 2010 var andelen hele 78 prosent mens den i 2013 og 2014 falt helt ned til 36 og 35 prosent. Vi kan selvsagt ikke si at utviklingen alene skyldes at trepartssamarbeidet etter hvert har gitt resultater, men

det er rimelig å tro at det er en sammenheng. Fem prosent lavere uttak enn gjennomsnittet på landsbasis betyr i Bømlo tilfelle at 4–5 flere seniorer valgte å fortsette i arbeid. Det representerer en årlig besparelse på 1,2–1,5 millioner kroner for kommunen. Bømlo kommune opplyser at de i 2014 brukte ca. 350 000 kroner på seniorpolitiske tiltak. Det betyr at kommunen hadde en netto gevinst på ca. 1 million kroner.

### Turnover

Det er vel dokumentert at det er betydelige kostnader knyttet til at medarbeidere slutter og at nye må rekrutteres, læres opp og innpasses i organisasjonen. Bliss<sup>20</sup> anbefaler å kalkulere kostnader innenfor følgende områder:

- Kostnader knyttet til at en person slutter
- Rekrutteringskostnader
- Kostnader fra tapt produktivitet og produksjon
- Kostnader med å få en ny medarbeider inn i bedriftens administrative system

I HR-litteraturen anbefales det å bruke en tommelfingerregel om at kostnadene i forbindelse med turnover i organisasjoner bør settes til halve årslønnskostnaden i den aktuelle stillingen.<sup>21</sup>

I praksis skjer det ikke en så systematisk og detaljert registrering av kostnader i norske kommuner. Det er sannsynligvis heller ikke så høye kostnader som her nevnt. I våre beregninger legger vi (svært forsiktig) til grunn at kostnadene tilsvarende 1/5 av årsverkskostnaden. Det betyr at rekruttering av en ny medarbeider koster kommunen ca. 125 000 kroner.

I statistikk fra KS fremgår det at turnover i kommunesektoren er på ca. 12 prosent.<sup>22</sup>

Lunner kommune hadde en turnover på 5,2 prosent i 2013. De seneste årene har det skjedd en gradvis nedgang. Raten var 6,5 prosent fem år tidligere. En turnover på vel 5 prosent betyr at det hvert år må rekrutteres 30–35 medarbeidere for å opprettholde samme bemanning, som hver medfører kostnader på ca. 125

<sup>20</sup> William G. Bliss: Cost of employee turnover) www.isquare.com

<sup>21</sup> Charles R. Greer: Strategic Human Resource management, Prentice Hall 2001

<sup>22</sup> KS' nettsider 27.5.2015



000 kroner. Kostnadene med nyrekruttering kan dermed anslås til ca. 4 millioner pr. år. Men med samme turnover som gjennomsnittskommunen, ville de ha vært dobbelt så høye. Lunner kommune sparer med andre ord om lag 4 millioner kroner i året på at et godt arbeidsmiljø slår ut i svært lav turnover.

Den lave turnoveren kan neppe i sin helhet tilskrives et godt trepartssamarbeid. Geografisk plassering, alternative jobbmuligheter lokalt o.a., spiller sikkert en rolle. Men det er et godt dokumentert faktum at medarbeiderne jevnt over er godt tilfredse med arbeidsforholdene og arbeidsmiljøet i kommunen, og trepartssamarbeidet oppgis som en viktig kilde til trivsel og gode arbeidsforhold.

Også i Songdalen kommune er det lavere turnover enn gjennomsnittet for norske kommuner. KS-statistikken viser at Songdalen i gjennomsnitt for perioden 2010–2014 hadde ca. 2 prosent lavere turnover enn gjennomsnittet for alle landets kommuner. Med samme kostnadsanslag kan besparelsen dermed anslås til ca. 1,3 millioner kroner pr. år i perioden 2010–2014.

Tall fra Songdalen kommune viser også at turnoveren har blitt stadig lavere de seneste årene. I 2014 ville en turnover på 12 prosent (og med 552 ansatte) tilsvare et rekrutteringsbehov på 66 nye medarbeidere. Den faktiske nyrekrutteringen var på 42. Besparelsen fra lav turnover i 2014 kan dermed anslås til 3 millioner kroner.

Bømlo har derimot en høyere turnover enn gjennomsnittet. Avviket er ca. 2 prosent i Bømløs favør. Det er særlig innenfor to av gruppene i utdanningssektoren at Bømlo har klart høyere turnover enn gjennomsnittskommunen: I gruppa «lærer som ikke fyller krav til kompetanse» er turnoveren i Bømlo 45 prosent mot et landsgjennomsnitt på 37 prosent og i gruppa «lærer som fyller krav til kompetanse» er turnover i Bømlo 23 prosent mot 14 prosent i landsgjennomsnitt.

Den høyere turnoveren representerer en merkostnad på ca. 2,5 millioner kroner i året.

En mulig årsak til at Songdalen og Bøm-

lo skiller seg ut i hver sin retning, kan være ulikheter i kommunenes strategier for kompetanseutvikling. Mens Songdalen har hatt et omfattende program for å utdanne ufaglærte i barnehager og helse og omsorg til fagarbeidere, har Bømlo i større grad satset på å gi ledere på alle nivåer mer utdanning.

## Heltid – deltid

I Kommunaldepartementets prosjekt *Saman om ein betre kommune* inngår arbeid for større stillinger og utvikling av en heltidskultur som et av målene. Våre tre kommuner er alle med i prosjektet, og har i løpet av de siste årene drevet et (mer eller mindre?) systematisk arbeid med å skape en heltidskultur. Gevinstene av større stillinger kan tas ut på flere måter. Arbeidsgiverne får en mer stabil og kompetent gruppe ansatte, færre ansatte å administrere og lære opp, mindre behov for utstyr mv., og dermed utgangspunkt for en mer effektiv organisasjon. Ansatte og brukere får færre å forholde seg til og bedre muligheter til å utvikle god kvalitet på tjenestene. Og de ansatte får et bedre arbeids- og læringsmiljø, og ikke minst en mer forutsigbar lønn og pensjon, som de kan leve av. Statistikkene viser dessuten at det er en klar sammenheng mellom stillingsstørrelser og turnover. I alle tre kommuner er turnover størst i den sektoren som har flest små stillinger (helse og omsorg).

Alle våre kommuner ligger i utgangspunktet under landsgjennomsnittet i heltidsstillinger. Men tallene tyder også på at det systematiske arbeidet med heltidskultur gir resultater. Mens andelen som hadde 75 prosent stilling eller mer var den samme i 2014 som i 2012 for landet som helhet, var andelen økt med ca. 3 prosent både i Songdalen og Bømlo. Vi har på denne bakgrunnen (og en del andre tall fra kommunene) beregnet innsparingen nivå til henholdsvis 1,5 millioner og 1 million kroner.

I årsrapporteringen til *Saman om*-prosjektet for 2014 oppgis det at andelen som arbeider heltid i Lunner kommune var 56 prosent i 2014. Det er klart over landsgjennomsnittet (47 prosent). Det opplyses videre om at



andelen heltidsstillinger har økt med 13 prosent fra 2011 til 2014. Legger vi til grunn at disse stillingene skulle vært dekket ved hjelp av deltidsansatte, og at gjennomsnittlig stillingsstørrelse for disse hadde vært 60 prosent, betyr det at kommunen i dag har ca. 40 færre ansatte å administrere. Med samme gjennomsnittlige turnover som tidligere, tilsvarer det et behov for to færre nyrekrutteringer pr. år. KOSTRA-tall viser at gjennomsnittlige administrasjonskostnader er ca. 40 000 kroner pr. stilling i Lunner. Basert på dette, og skjønnsmessig korrigert for antatte stordriftsfordeler i administrasjonen, vil summen av reduserte turnover- og administrasjonskostnader være 1,3–1,5 mill kroner i året.

### Kompetanseheving med egne ressurser

I trepartssamarbeidet er kompetanseheving for kommunens egne ansatte et sentralt satsingsområde. Målsettingen om å satse på egne ansatte og tiltak for å heve kompetansen deres er to sider av samme sak.

Kompetansearbeidet i Lunner kommune skjer gjennom tre hovedsatsinger; 1) medarbeiderskapskurs, 2) Lea'n i Lunner og 3) strategisk kompetanseplan. Alle (ny)ansatte gjennomgår et tre dagers medarbeiderskapskurs, hvor et hovedmål er å sette den ansattes situasjon og tjenestested inn i den helhetlige Lunner kommune-sammenhengen. Hva er det totale tjenestetilbudet i Lunner kommune, hvem gjør hva og hvordan inngår min jobb i dette? Lea'n i Lunner er et tilpasset system for kontinuerlig forbedringsarbeid på tjenestestedene, mens strategisk kompetanseplan inneholder oppdaterte oversikter over all tilgjengelig kompetanse i kommunen, framskrivninger av behovssituasjonen og (del)mål for kompetanseutvikling. I arbeidet med å bygge kompetanse blant medarbeiderne satses det systematisk på å bruke egne ansatte i opplæringen.

Songdalen kommune har de siste årene gjennomført en storstilt satsing på å utdanne assistenter og ufaglærte til fagarbeidere. I perioden 2011–2014 tok 50 assistenter utdanning som fagarbeidere. I en av barnehagene hadde

11 av 12 assistenter nå fagbrev, mens det totalt er 64 prosent av assistentene i barnehagene som nå har fagbrev som barne- og ungdomsarbeidere. Innenfor renholdsområdet har 48 prosent blitt fagarbeidere, og innenfor helse og omsorg er nå andelen med fagbrev 76 prosent. Kompetanseheving blir sett på som det kanskje viktigste tiltaket i kommunens nærværprosjekt, både i utviklingen av kvaliteten på tjenestene og for å gjøre medarbeiderne stolte og kompetente i jobbene sine. Det har også ført til mindre turnover på tjenestestedene.

Bømlos kompetansearbeid har de siste årene blitt særlig konsentrert om videreutdanning av kommunens mellomledere. Bakgrunnen for prioriteringen er ifølge ledelsen i kommunen at de ligger ganske høyt når det gjelder andelen fagarbeidere, mens de ligger lavt på andel med høyere utdanning (ca. 20 prosent mot et gjennomsnitt på 30 prosent i kommunesektoren).

Det pågår nå et omfattende lederutdanningsprogram innenfor helse- og omsorgssektoren, hvor rundt 30 mellomledere deltar i et prosjekt i regi av Høgskolen i Hedmark, Ressurssenter for omstilling i kommunene og Fagakademiet.

Felles for de tre kommunene er at kompetanseheving inngår som en sentral del av trepartssamarbeidet.

### Lavere konsulentbruk

Lunner kommune bruker 0,4 prosent av driftsutgiftene på konsulenter, Songdalen bruker 0,7 prosent og Bømlo 0,4. Vi har valgt å sammenligne konsulentbruken med kommuner som ligner, dvs. at vi har benyttet SSBs gruppering av tilnærmet like kommuner. I Lunnens tilfelle er gjennomsnitt for KOSTRA-gruppen det samme; 1,2 prosent. For Songdalen er gjennomsnittet i deres KOSTRA-gruppe 1,0 prosent, mens det for Bømlo er 0,8 prosent.

De tjenestekjøpene som inngår i disse tallene er i kommuneregnskapene fordelt på åtte–ti ulike poster. Ikke alle er like relevante for vårt formål, og dessverre rapporteres det ikke på enkeltformål. Etter en gjennomgang har vi valgt å

legge til grunn at halvparten av tjenestekjøpene er konsulentbruk innenfor områder som kommunene kunne løst med egne ansatte, dersom de hadde satset bevisst på det.

Ut fra et slikt regnestykke har Lunner kommune spart ca. 2,4 millioner kroner, Songdalen ca. 0,7 millioner kroner og Bømlo kommune om lag 1,6 millioner kroner.

## Transaksjonskostnader

I en rapport for KS har konsulentfirmaene Rambøll og Inventura anslått at transaksjonskostnadene for å gjennomføre anskaffelser i kommunesektoren anslås å være om lag 110 000–125 000 kroner pr. anskaffelse. I disse tallene er helse og omsorg og bygg og anlegg holdt utenfor. Kostnadene pr. anskaffelse innenfor helse og omsorg er beregnet til ca. 160 000 kroner pr. kontrakt, mens de anslås til ca. 180 000 kroner innenfor bygg og anlegg.

For de tre kommunene i vår studie er det høyst tvilsomt om det i det hele tatt er noe å tjene på konkurranseutsetting. Basert på at kostnadene ved hver enkelt kontrakt som skal inngås ikke varierer veldig mye, er det volumet på kontraktene som vil avgjøre om det er noe å spare. Gitt at vi snakker om et besparingspotensial på 4 prosent av kontraktsvolumet, må hver enkelt kontrakt være på minst 3–4 millioner kroner (4 prosent av 3 millioner kroner = 120 000 kroner, av 4 millioner kroner = 160 000 kroner). Det finnes knapt noe enkeltområde egnet for konkurranseutsetting som har et slikt volum verken i Lunner, Bømlo eller Songdalen kommune. Og det finnes heller ikke et marked av private tilbydere som kan konkurrere om oppdragene.

For illustrasjonens skyld kan vi tenke oss at «våre» tre kommuner konkurranseutsetter halvparten av alle tjenestene innenfor helse og omsorg. I 2014 hadde Lunner kommune ca. 193 millioner kroner, Songdalen hadde ca. 116 millioner og Bømlo ca. 298 millioner kroner i brutto driftsutgifter innenfor helse og omsorg. Med 4 prosent administrasjonskostnader på halvparten av disse volumene ville vi snakket om henholdsvis 3,8 millioner kroner i Lunner,

**Tabell 2. ØKONOMISKE EFFEKTER AV TRE-PARTSSAMARBEID I LUNNER, SONGDALEN OG BØMLO. (Tall i millioner kroner)**

Mindreforbruk	Lunner	Songdalen	Bømlo
Sykefravær	- 3,0	- 6,0	- 10,0
AFP	- 3,3	- 2,0	- 1,0
Turnover	- 4,0	- 3,0	+ 2,5
Heltid-deltid	- 1,5	- 1,5	- 1,0
Konsulentbruk	- 2,4	- 0,7	- 1,6
Anbudskostnader	- 3,8	- 2,3	- 5,9
<b>Totalt</b>	<b>- 18,0</b>	<b>- 15,6</b>	<b>- 17,0</b>
Andel av kommunenes totale driftsutgifter	- 3,0 %	- 3,4 %	- 2,1 %

2,3 millioner i Songdalen og 5,9 millioner kroner i Bømlo. Dette er kostnader kommunene slipper ved ikke å konkurranseutsette.

Resultatene kan dermed sammenfattes slik: (Se tabell 2).

Som vi ser, er det betydelige økonomiske gevinster som følge av lavere sykefravær, mindre AFP-bruk, lavere turnover, mindre deltid, mindre konsulentbruk og fravær av transaksjonskostnader for konkurranseutsetting.

Selv om det er noe usikkerhet ved anslagene, viser våre beregninger at de tre kommunene har 15–20 millioner kroner mer i året å bruke til å gi innbyggerne et godt tjenestetilbud.

Det er også verdt å merke seg at dette skjer i kommuner som ikke har spesielt god økonomi. Tvert imot har alle våre kommuner hatt behov for innstramminger i driften i den perioden vi har undersøkt.

Vi ser også at innsparingene relativt sett er større i Songdalen og Lunner enn i Bømlo. Tidligere har vi sett at målingene av samarbeidets styrke viser noe lavere nivå i Bømlo enn i de to andre kommunene. Forskjellene mellom kommunene kan skyldes at Bømlo har vært involvert i omfattende trepartsprosjekter i noe kortere tid enn de to andre. Den lave svarprosenten på surveyen i Bømlo viser nok at entusiasmen rundt samarbeidet er mindre rundt i kommunen. Den noe labrere stemningen i Sunnhord-

land kan også leses ut av spørreskjemaene til ledere og fagforeningsstyrer der både ledergruppa og styrene i Bømlo svarer at forholdet mellom ledelse og tillitsvalgte er «godt», mens tilsvarende svar både i Lunner og Songdalen konsekvent er «svært godt». Det betyr altså at i kommunene med tettest samarbeid er også innsparingene relativt sett størst. Dette funnet bygger opp under vår hovedkonklusjon: Samarbeid lønner seg, sterkere samarbeid lønner seg enda mer.

## En teoretisk begrunnelse for årsakssammenheng

Avslutningsvis vil vi begrunne årsakssammenheng ved å ta utgangspunkt i bidrag som forklarer en slik sammenheng mellom medbestemmelse og realiserte kostnadsbesparelser teoretisk. Johan Ravn hevder for eksempel, at tre trekk ved norske partssammensatte modellen bør kunne gi innsparinger. Det handler om *produktivitet, profesjonalisering og innovasjon*.<sup>23</sup>

Ravn påpeker først at LO og NHO i flere tiår sammen har framholdt at godt partssamarbeid og bred medvirkning er effektivt og produktivitetsfremmende. En måte å forklare slike produktivitetsgevinster på, har ifølge Ravn med gjennomføringsevne å gjøre:

- *Beslutningene tas kanskje ikke raskere med mye medvirkning, men de settes raskere ut i livet fordi de er godt forankret i hele organisasjonen. Mange foretak er involvert i mer eller mindre kontinuerlige omstillingsprosesser. En tradisjon for bred medvirkning gir en helt annen mulighet for å involvere hele organisasjonen.*

Både Lunnens medarbeiderskapskurs, Songdalens utvidede administrasjonsutvalg og Bømløs medråderettsmøter baseres på syste-

matisk involvering av de tillitsvalgte og medarbeiderne på alle nivåer i kommunene. Dette gjør nødvendig omstillingsarbeid lettere å gjennomføre.

I alle de tre kommunene er ledere på alle nivåer samstemte om at de store kuttene og endringene som har blitt gjennomført uten konflikter ikke hadde vært mulig uten samarbeidet med de ansatte og deres tillitsvalgte. Nedbemanning har skjedd uten store stridigheter.

Ravns andre poeng er at jo mer kunnskap som bygges inn i arbeidstakerrollene, jo færre ressurser trengs til direkte kontroll eller styring for å få arbeidstakerne til å yte sitt ytterste. Det betyr altså at når arbeidstakerne har nødvendig faglig kompetanse og nødvendig helhetsforståelse, desto mindre (kostbar og enerverende) kontroll blir nødvendig og desto mer tilfredse blir arbeidstakerne.

Våre data viser at Lunner, Songdalen og Bømlo kommuner satser mye på å gjøre medarbeiderne faglig kompetente. Kommunene legger vekt på å utnytte både formell kompetanse og realkompetanse, på videreutdanning og på at de ansatte gjennom medarbeiderskapskurs eller lignende skal gjøres i stand til å se helheten.

Informantene mener dessuten at partssamarbeidet og involveringen gir *bedre* tjenester. En rektor viste til erfaringer fra andre kommuner der skoleledelsen ikke diskuterte med de tillitsvalgte, men i stedet fattet avgjørelsene i stille, avsondret ro.

Ravns tredje moment er innovasjon. Han peker på at norsk arbeidsliv skårer lavt på OECDs indeks over innovasjoner og nyskapning målt med de kriterier som denne statistikken bygger på (OECD 2010). Samtidig er norsk fastlandsindustri konkurransedyktig og profitabel.

- *Hvordan kan en forklare at Norge med lave investeringer i FoU og lav skår på innovasjonsindekser har høy produktivtetsvekst? Det er liten tvil om at innovasjonsprosesser som starter i produksjonen, har et potensial både for å finne løsninger på problemer som ansatte opplever, og har effektiv implementeringsprosess nettopp*

<sup>23</sup> Ravn, J (2012) Quo vadimus? Tre scenarier for samarbeidsmodellen i fremtidens arbeidsliv. Magma 4/2012, s. 68–77

*Den norske typen innovasjon er ganske enkelt så intern og integrert i organisasjonen at det ikke passer inn i OECDs indeks.*

*fordi endringene allerede er implementert når de er utviklet (op.cit.). Det er denne formen for produksjonsbasert endring, noen ganger referert til som medarbeiderdrevet innovasjon (St.meld. 7), som er samarbeidsmodellens innovasjonskraft.*

Den norske typen innovasjon er ganske enkelt så intern og integrert i organisasjonen at det ikke passer inn i OECDs indeks.

Samarbeidet i Lunner, Songdalen og Bømlo drives på denne måten, som et partssammensatt prosjekt med stor vekt på et nedenfraperspektiv. Det er de ansatte som har skoen på som skal skape innovasjon og fornuftig effektivisering for å skape bedre og mer kostnads-effektive tjenester.

Et av nærværprosjektene i Songdalen har for eksempel et tydelig nedenfra-perspektiv. Prosjektet ble ledet av det overordnede trepartsorganet *administrasjonsutvalget* og en partssammensatt prosjektgruppe. Tanken var at de ansatte i barnehagene selv skulle komme med forslag til hvordan nærværet kunne økes. I prosjektmandatet ble det understreket «at de lokale prosjektene selv kommer med forslag til hvordan prosjektet kan drives fremover».

Et sentralt innovasjonselement i Bømlo er den kreative bruken av den egenutviklede arbeidsmiljøundersøkelsen. Resultatene blir hvert år tolket av den lokale ledelsen og tillitsvalgte på hvert tjenestested i fellesskap. Tolkningene blir så presentert for de ansatte i form av to punkter der det går bra og to punkter der noe må gjøres. Deretter bestemmer personalet i plenum hvilke tiltak som skal settes i verk på de områdene der forbedringer trengs. Dette illustrerer hvordan det satses både på samarbeid med tillitsvalgte og egne krefter i utviklingen av kommunen som arbeidsplass.

Vi ser at det som skjer i Lunner, Songdalen og Bømlo er i tråd med teori om hvorfor det er en sammenheng mellom medbestemmelse på den ene siden og kostnadsbesparelser og kvalitet på den andre. Det styrker vår konklusjon om at det er en årsakssammenheng mellom medbestemmelse og effektivitet, altså at involvering og partssamarbeid gir høyere kvalitet og lavere utgifter.

Det gir i tillegg grunnlag for en *analytisk generalisering*. Det er ingen grunn til å tro at de effektene av partssamarbeid vi finner i Lunner, Songdalen og Bømlo ikke også vil vise seg i andre kommuner som innfører de samme eller liknende systemer for partssamarbeid.







SK

ARTIKKELEN ER FAGFELLEVDERT

# Sammenslåtte kommuner – positivt for regional utvikling?

**Bjarne Jensen**

professor i offentlig økonomi ved Høgskolen i Hedmark



# Kolle

I denne artikkelen analyseres med utgangspunkt i teori og empiri hvordan sammenslåing av kommuner virker på sysselsetting og befolkningsvekst i kommunene. Hovedkonklusjonen er at veksten i kommunal sysselsetting og befolkning blir lavere dersom kommunene mister sitt kommunesenter enn dersom de hadde fortsatt som selvstendige kommuner. Det er også tendenser til at veksten i den nye storkommunen blir lavere. Det kan skyldes at de negative effektene av svakere vekst i kommuner som mister kommunestatus er sterkere enn den stimulansen flere kommunale arbeidsplasser gir i det nye kommunesenteret. Kommunesammenslutningen kan også innebære at satsingen på næringsutvikling og nye prosjekter for utvikling og innovasjon blir lavere enn den samlede satsingen i de tidligere selvstendige kommunene.

## Problemstilling

Spørsmål om hvordan kommunesammenslåing vil påvirke utviklingen lokalt, både sysselsetting og vekst i befolkningen, vil være et avgjørende forhold for innbyggernes vurdering av om kommunen skal slå seg sammen med andre kommuner. Dette gjelder i særlig grad for kommuner som har utfordringer med befolkningsutvikling og arbeidsplasser. Hovedbegrunnelsen for sammenslåing av kommuner er gjerne at gunstig lokal utvikling kan sikres ved at fagmiljøene i flere av kommunene samles i større fagmiljøer. Antagelsene synes å være at større fagmiljøer vil bidra til at veksten i arbeidsplasser og befolkning blir sterkere og at innbyggerne får bedre kommunale tjenester (Vabo et al., 2014).

Fra 1987 til 2012 har 39 kommuner slått seg sammen og dannet 14 nye større kommuner. Dersom antagelsene var riktige kunne vi forvente sterkere vekst i kommunal sysselsetting og befolkning i de sammenslåtte kommunene enn i tilsvarende kommuner som ikke er sammenslått. PROBA Analyse har på oppdrag fra Kommunal- og regionaldepartementet gjort beregninger av veksten i befolkning og kommunal sysselsetting i disse 39 tidligere kommunene, og sammenlignet veksten i disse med veksten i tilsvarende kommunegrupper (Gleinsvik et al., 2013). I denne analysen blir det, med utgangspunkt i empiri og teori, vurdert hvilken utvikling som kan forventes i kommunal sysselsetting og befolkning ved sammenslåing av kommuner kontra hva situasjonen forventes å bli ved at kommunene fortsetter som før

## Fordeler og ulemper med større fagmiljøer

Konsekvensen av en kommunesammenslutning vil være at de mindre fagmiljøene, som i dag er lokalisert i flere kommunesentre, blir slått sammen til et større fagmiljø, lokalisert i senteret i den nye storkommunen. Det blir

umiddelbart verken færre eller flere fagfolk, men fagfolkene fra de sammenslåtte kommunenes administrasjoner blir plassert sammen i et nytt og større senter. Normalt ville vi forvente at det eksisterende kommunesenteret i den største av de sammenslåtte kommunene også blir det nye kommunesenteret. Dette har flere virkninger. Fagfolkene kan spesialisere seg mer, slik at den enkelte fagpersonen får anledning til å øke sin kompetanse på et snevtere felt enn hva som var mulig tidligere. Gjennom samlokalisering kan fagfolkene i større grad bistå hverandre, lære av hverandre og overlappes hverandre arbeidsmessig. I tillegg kan utfordringer knyttet til vakanser, stillingsskifter og sykefravær håndteres enklere og mer fleksibelt i en større stab. På den andre siden vil byråkratiet bli større og behovet for koordinering og møteaktivitet vil øke. Videre kan lokalkunnskapen hos personalet bli svakere. Mange av brukerne vil oppleve at tjenestene blir mindre tilgjengelige og at reise- og transportkostnadene øker.

Det vil med andre ord være både fordeler og ulemper ved store staber. Om totaleffekten blir bedre saksbehandling og tjenester er derfor ikke opplagt. Effekten kan også bli forskjellig avhengig av om vi ser den fra innbyggernes og fagfolkernes synsvinkel. Det kan bli mer spennende og interessant for fagfolkene å arbeide i større miljøer. Men en større stab vil bruke mer tid på intern kommunikasjon enn en stab i en mindre kommune. For innbyggerne kan de nye fagmiljøene oppleves som fjernere og mindre villig til å se sakene fra innbyggernes side.

At dannelsen av større fagmiljøer betyr bedre fagmiljøer er ikke opplagt. Det viser også konklusjonene fra evalueringen av Nav-reformen (Andreassen & Aars 2015). Konklusjonene fra den var:

- Resultatene var dårligere på innsatsområdet «Fra trygd til arbeid» etter reformen.
- De store Nav-kontorene presterte dårligere, mens de mindre kontorene hadde samme resultater som før reformen.



- Store NAV-kontorer brukte mer tid og ressurser på administrasjon enn små kontorer.

Forfatterne oppsummerte blant annet på følgende måte:

- *For dem som ønsker å slå sammen små kontorer til store, må det framstå som et tankekors at det er nettopp ved de små kontorer at det fungerer best.*  
(Andreassen & Aars m. 2015 s. 157).

## Kompetanse og rekrutteringsutfordringer i kommunene

Den nyeste og mest grundige undersøkelse av kompetanse- og rekrutteringsutfordringer i kommunesektoren er FAFO-rapporten *Kompetanse i kommunene* (Bakkeli, Steen Jensen og Moland 2013). I artikkelen *Kompetanse og rekruttering og kommunestørrelse* i Samfunn og Økonomi nr. 1 i 2014 (Bakkeli og Steen Jensen 2014) har forskerne sett spesielt på forholdet mellom kompetanse og rekruttering og kommunestørrelse. De konkluderte slik:

- Kompetansenivået i kommunene er gjennomgående høyt. Ca. 40 prosent av de ansatte har utdanning på høyskole- eller universitetsnivå.
- Ingen systematisk forskjell mellom kompetanse og rekrutteringsutfordringer i små og store kommuner.
- Konkurransen om arbeidskraften i den regionen kommunen ligger synes å være mest avgjørende for rekruttering og kompetanse.
- Mangel på ingeniører i 40 prosent av kommunene, sykepleiere i en tredel av kommunene og faglærte i pleie- og omsorg i en firedel av kommunene.
- Størst mangel på ingeniører, barnehagepedagoger og sykepleiere i de sentrale kommunene.

Vi finner små og store kommuner med kompetanse- og rekrutteringsproblemer og små og store kommuner som løser disse problemene godt. Videre finner vi ingen systematisk sammenheng mellom disse forholdene og kommunestørrelsen. Det kan bety at den enkelte kommunes evne og innsats for å løse kompetanse- og rekrutteringsutfordringer kan være en avgjørende faktor. Det er ledelsen i kommunen med rådmannen i spissen som har ansvaret for rekrutteringspolitikken. Dersom kommunen ikke makter å løse slike utfordringer, bør det reises spørsmål ved om kommunen har en ledelse som fungerer godt nok og har de kunnskapene og det engasjementet som trengs for å løse kompetanse- og rekrutteringsutfordringene.

## Virkinger på sysselsetting og befolkning i kommunene ved kommunesammenslåing

Den viktigste direkte regionale konsekvensen av større fagmiljøer er at rådhuset/kommunehuset i senterkommunen får flere arbeidsplasser. Mens de eksisterende kommunesentre i bygdebyen som ikke blir kommunesenter vil tømmes for arbeidsplasser: ordfører, rådmann, fellesadministrative funksjoner, faglig ledelse, kommunekasserer, sosialkontor, bygningsadministrasjon osv. Indirekte kan det i første omgang få konsekvenser for Nav-kontor, lokal sparebank, helsetjenester. Det kan også bli synkende etterspørsel etter tjenester fra frisører, kafeer, butikker og andre private tjenestetilbud. Den økonomiske bærekraften vil svekkes vesentlig når rådhuset blir lagt ned.

I første omgang beholdes nok bibliotek, skoler, barnehager, sykehjem og pleie- og omsorgssentre der de er i dag. De mer langsiktige virkningene for slike tilbud, selv om det er avtalt at de skal opprettholdes, kan også bli at de svekkes. Det er for øvrig en av erfaringene fra den danske kommunereformen. I første omgang ble slike tjenester ikke berørt.

På lengre sikt er det også tendenser til at aktiviteter som bibliotek, skole og barnehager blir sentralisert. Forskningsjef Roger Buch<sup>1</sup> nevner spesielt tre forhold som driver fram sentralisering av slike tjenester i Danmark:

- Presset for å skape større enheter i administrasjonen, utløser også press for større og færre produksjonseenheter i skole, pleiehjem, daginstitusjoner mv.
- Store kommuner har behov for store satsinger. De må finansieres med reduksjoner i finansieringen av mange små enheter.
- Nedleggelse av små skoler, daginstitusjoner, pleiehjem mv. blir lettere å gjennomføre politisk fordi motstanderne, som i en liten kommune var en stor velgergruppe, i en stor kommune er blitt en liten velgergruppe.

Virkningene på sikt er at bygg blir stående tomme i de gamle kommunesentrene (Buch 2015).

Nils Aarsæther har i artikkelen *Kommunereform – morgendagens utfordringer* (Aarsæther, 2014) drøftet den utviklingskraften som forsvinner når små kommuner blir slått sammen med store. Han dokumenterer at det er overraskende liten forskjell på antall innovasjonsprosjekter i en liten kommune sammenlignet med større kommuner. En reduksjon i antall kommuner vil derfor redusere omfanget av utviklingsprosjekter kommunene arbeider med (Aarsæther & Suopajarvi, 2004). Ved kommunesammenslåing blir det også en sterk reduksjon i antall personer som arbeider med slike spørsmål – som ordfører, rådmann, øvrig ledelse og kommunestyre-medlemmer:

- *Et område og en lokalbefolknings tap av egen kommunestatus handler i utviklings-sammenheng ikke bare om nærhet til administrative og faglige ressurspersoner,*

*men også om et mulig tap som følge av at området mister en talsperson på heltid (ordføreren), samt en stor gruppe folkevalgte representanter.*

(Aarsæther, 2014)

Aarsæther viser også til at selve sammenslåingsprosessen intensiverer arbeidet med den interne organiseringen, og at eksternt utviklingsarbeid dermed får mindre oppmerksomhet i den sammenslåtte kommunen. Han stiller spørsmålet:

- *Vil så tapet av nærhet mellom kompetansemiljø og lokalsamfunn være større enn gevinsten ved at den etablerte kompetanse styrkes gjennom å bli samlet i et kommunehus? En samlet lokalisering vil iallfall by på større utfordringer når det gjelder nærhet, særlig til de mest utsatte geografiske delene av den nye kommunen. Det er derfor sannsynlig at økt avstand til utviklingskompetansen svekker tilbudet på utviklingsbistand for næringsaktører og grundere i de nærområdene som ligger lengst unna kommunesenteret.*

I artikkelen påpekes det også at «tiltaksarbeid» ble utviklet selv i de mindre kommunene i etterkrigstiden, og at den statlige aksepten først skjedde mot slutten av 1970-tallet (Teigen & Lien, 2013).

## Virkning på befolkningsvekst og sysselsetting ved kommunesammenslåing – mangler ved utredningene

Effektene på sysselsetting og befolkningsutvikling burde være sentrale spørsmål i utredningene om virkningene av kommunesammenslåing, som for eksempel utredninger som ligger til grunn for forlagene til kommunereform, utredninger i regi av kommuner som vurderer sammenslåing og utredninger fra re-

<sup>1</sup> Roger Buch er forskningsjef ved Danmarks medie- og journalisthøyskole og Phd; cand scient. Pol.

gionråd. En gjennomgang av flere slike utredninger viser imidlertid at dette ikke er tilfelle.

Vabo-utvalget berører problemstillingen på en svært enkel måte. Utvalgets konklusjon er at større kommuner vil gi fagmiljøer med høyere bemanning og flere ressurser på samfunnsutvikling og -planlegging, og at større kommuner dermed vil bidra til å styrke nærings- og befolkningsutviklingen på en bedre måte enn mindre, selvstendige kommuner. De oppsummerer sin konklusjon på følgende måte:

- *Erfaringene fra sammenslåingene som har vært gjennomført viser at kommunene har fått bedre forutsetninger, muligheter og handlingsrom når det gjelder lokalt og regionalt utviklingsarbeid. De nye kommunene vil kunne innta en mer aktiv rolle fordi de får økte ressurser og muligheter til å satse på helhetlige utviklingstiltak. Utredninger viser også at større funksjonelle enheter vil ha et bedre utgangspunkt for overordnet planlegging og styring av utbyggingsmønsteret, sammenlignet med de gamle kommunene. Det skyldes at kommunen har blitt større og mere geografisk funksjonelt planområde, samt at planleggingen kan skje med utgangspunkt i ett prioriterende organ i stedet for to eller tre.*

(Vabo et al., desember 2014 s 21)

Dette er et synspunkt som står i motsetning til de forventningene som er omtalt foran. Hvilke utredninger er det så Vabo-utvalget bygger sin konklusjon på? Det er ikke utredninger fra forskere på regional utvikling, og det er kun to henvisninger i oppsummeringskapitlet. Den ene er en utredning av Brandtzæg som også var medlem av Vabo-utvalget: *Frivillige kommunesammenslutninger* (Brandtzæg, 2009). Hans dokumentasjon er basert på intervjuer med ledelsen i de nye storkommunene Aure, Kristiansund, Bodø og Vindafjord. Intervjuene ble gjennomført stort sett ett til tre år etter at de nye kommunene

ble etablert. De fleste vil forstå at slike eliteintervjuer ikke kan brukes til å trekke sikre konklusjoner. Rådmann og ordfører i en ny storkommune er nærmest programforpliktet til å gi uttrykk for slike synspunkter, også om de selv skulle ha en annen oppfatning.

Den andre utredningen det henvises til er en rapport fra en av konsulentene som anbefaler kommunesammenslåinger i stor stil: G. Vinsand (tidligere sekretariatsleder for Christiansen-utvalget, som i 1992 tilrådte omfattende kommunesammenslåinger): *Re-effekter. Etterundersøkelse av sammenslutningen mellom Ramnes og Våle* (Vinsand, 2005). Sammenslåingen av disse to kommunene ble gjennomført i 2002 og det er «godt gjort» å komme med sterke konklusjoner om denne utviklingen bare to år etterpå. Vi kan derfor fastslå at de to utredningene Vabo-utvalget bygger på ikke kan dokumentere utvalgets konklusjoner når det gjelder dette området.

Det som ytterligere skaper en uryddig situasjon er at det store flertallet av lokale utredninger om kommunesammenslåing bygger på disse konklusjonene i Vabo-utvalgets utredning når de trekker den slutningen at kommunene oppnår best utvikling ved å slå seg sammen. Selvstendige utredninger av virkningene på befolkning og arbeidsplasser er ellers fraværende i de lokale utredningene jeg har gjennomgått. Flest av disse er gjennomført av Telemarksforskning. Den som leder arbeidet der er den samme Brandtzæg som både var medlem av Vabo-utvalget og som ledet den ene utredningen Vabo-utvalget støtter seg på i dette spørsmålet. Telemarkforsknings utredninger av aktuelle kommunestrukturalternativer for Sogn regionråd, Romsdal regionråd, Nordmøre regionråd og Midt-Troms regionråd er gjennomgått (Telemarksforskning 2015). Vi har ingen fullstendig oversikt, men har allerede registrert at Telemarkforskning har vært involvert i og stått for utredninger av alternativer for kommunesammenslåing for i alt 79 kommuner over hele landet. Telemarkforskning påstår, i tråd med Brandtzægs syn, at det er store fordeler med kommunesammenslåinger.

Vi har også gått gjennom noen av utredningene fra konsultentselskapet BDO (BDO, 2015). Selskapet har gjennomført utredninger for blant andre Vesterålskommunene og Saltenkommunene. Vi ser det samme her: Regionaløkonomiske effekter er ikke analysert. Det som finnes er gjengivelser av de vurderingene Vabo-utvalget presenterer som fakta. Sammenslåing gir større og bedre fagmiljøer og det vil igjen gi grunnlag for bedre samfunnsutvikling og planlegging; herunder arbeid med næringsutvikling.

## Hypotesene

Ut fra disse resonnementene kan det formuleres tre ulike hypoteser om hvordan kommunesammenslutninger virker på veksten i kommunal sysselsetting og befolkning i kommunene.

**Hypotese 1** er at veksten i kommunale arbeidsplasser vil svekkes i de kommunene som mister sitt kommunesenter, mens den vil styrkes i de kommunene som får kommunesenteret i de sammenslåtte kommunene.

**Hypotese 2** er at kommunesammenslåing vil bidra til svakere vekst i befolkningen i kommuner som mister sitt kommunesenter. For kommuner som får det nye kommunesenteret, vil spørsmålet om sterkere eller svakere vekst avhenge av hvilken effekt som er sterkst: De positive stimulansene som senterkommunene får i form av flere kommunale arbeidsplasser eller de negative effektene av at veksten i omegnskommunene blir svakere.

Spørsmålet om den nye og større kommunen får sterkere vekst enn de sammenslåtte kommunene ville fått hver for seg, er altså avhengig av om veksten i den kommunen som får kommunesenteret veier opp for de negative effektene i de kommunene som mister kommunesenteret. Det er derfor mer usikkert hva som blir den samlede effekten for den nye storkommunen.

Når det gjelder befolkningsutviklingen kan det formuleres en alternativ hypotese. Heretter er den benevnt som Vabo-utvalgets hypotese:

**Hypotese 3** er at kommunesammenslåinger vil bidra til økt befolkningsvekst i de sammenslåtte kommunene sammenlignet med om de hadde fortsatt som egne kommuner. Begrunnelsen her er at større fagmiljøer og større kommuner kan drive tjeneste- og samfunnsutvikling på en bedre måte og med større ressurser. Dette er derfor en enkel og ukomplisert hypotese, og det regnes med at både de kommunene som mister kommunesenteret, de som får kommunesenteret og den nye storkommunen får positive stimulanser til nærings- og befolkningsutvikling.

## Empiriske resultater

Proba-rapporten *Langsiktige konsekvenser av kommunesammenslåing* (Gleinsvik et al., 2013) inneholder data som viser veksten i kommunal sysselsetting og befolkning i 39 kommuner, som ble slått sammen i perioden 1987 til 2012, sammenlignet med gjennomsnittet for de kommunegruppene kommunene tilhører. De har tatt utgangspunkt i folketall og kommunal sysselsetting i året før kommunesammenslåingen og beregnet veksten fram til 2013. Den inneholder også tall for veksten i de 14 nye kommunene sammenlignet med gjennomsnittet for kommunene i tilsvarende kommunegruppe. Sammenligningsgruppene består av kommuner som Proba-forskerne antar ville fått en tilsvarende utvikling som kommunene de studerer (Gleinsvik et al., 2013, 14,15). De bygger på SSBs inndeling av kommuner etter størrelse, sentralitet og næringssammensetning når de velger sammenligningsgrupper. Alle sammenligningsgrupper som er brukt inneholder mer enn 20 kommuner, og kommunene som er studert er tatt ut av gruppa. Proba-rapporten framstår som et svært solid arbeid både med tanke på gruppeinndelingen og beregningen av veksttallene.

Forfatterne bak Proba-rapporten understreker at de ikke analyserer årsakene til utvikling i befolkning og kommunal sysselsetting. De understreker også at det kan være ulike forklaringer på den utviklingen tallene viser.

**Tabell 1** SAMMENSLÅTTE KOMMUNER 1987–2012 MED STERKERE ELLER SVAKERE VEKST I KOMMUNAL SYSSELSETTING ENN GJENNOMSNI TTET FOR SIN KOMMUNEGRUPPE

	Sterkere vekst i kommunal sysselsetting	Lik vekst i kommunal sysselsetting	Svakere vekst i kommunal sysselsetting	Sum kommuner
Fikk kommunesenteret	11	1	2	14
Mistet kommunesenteret	2	0	23	25
Sum kommuner	13	1	25	39

I resymeet oppsummerer forfatterne likevel slik:

- *Det er en viss tendens til at sammenlåing gir lavere befolkningsvekst. Innenfor grensene til 28 av de 39 kommunene som har slått seg sammen med andre har befolkningsveksten vært svakere enn i tilsvarende kommuner som ikke har slått seg sammen. Det er dessuten en tendens til at i sammenslåtte kommuner kommer en stor del av veksten i kommunal sysselsetting der administrasjonssenteret ligger.*

I denne analysen bruker vi grunnlagsdataene fra Proba-beregningene for å belyse om de er forenlige med eller kan understøtte de sammenhengene og hypotesene som er beskrevet foran.

## Virkninger på vekst i kommunal sysselsetting

I tabell 1 er resultatene for vekst i kommunal sysselsetting i de 39 sammenslåtte kommunene angitt for de 14 kommunene som fikk kommunesenteret og de 25 som mistet det. Tallene for enkeltkommunene er hentet fra tabell 4.1 side 15 i Gleinsvik 2013. Av de 25 kommunene som mistet sitt kommunesenter, hadde 23 svakere vekst i kommunal sysselsetting enn gjennomsnittet for den kommunegruppen de tilhørte. Bare to av disse kommunene hadde en vekst i kommunal sysselsetting som var sterkere enn den de andre kommunene i gruppen de tilhørte.

Resultatene for de 14 kommunene som fikk kommunesenteret er annerledes. I 11 av de 14 kommunene som fikk det nye kommunesenteret, var veksten i kommunal sysselsetting sterkere enn gjennomsnittlig vekst i den kommunegruppen kommunene tilhørte, i én var den lik gjennomsnittet, mens i to kommuner var den svakere.

Dette er en relativt klar indikasjon på at det empiriske materialet fra kommunesammenslåingene er forenlig med og understøtter hypotese 1 om at veksten i kommunal sysselsetting og kommunale tjenester blir sterkere i de kommunene som får kommunesenteret mens den blir svakere i de kommunene som ikke får kommunesenteret i forhold til om de hadde fortsatt som egne kommuner. Dette stemmer også med hva vi kan forvente ut fra sunn fornuft.

## Virkninger på befolkningsutviklingen i kommunene

I tabell 2 er virkningene på befolkningsutviklingen for sammenslåtte kommuner i perioden 1987 til 2012 angitt for kommunene som fikk kommunesenteret og for kommunene som mistet det. Det er angitt hvor mange som har hatt sterkere, lik eller svakere vekst enn gjennomsnittet for sin kommunegruppe.

Grunnlagsmaterialet for de 39 kommunene er hentet fra «Tabell 3.1 Utviklingen i folketallet i tidligere kommuner siden sammenslåingen» i Proba-analysen.

I 28 av de 39 sammenslåtte kommunene var veksten i befolkningsutviklingen svakere enn gjennomsnittet for sin kommunegruppe.

**Tabell 2** SAMMENSLÅTTE KOMMUNER 1987-2012 MED STERKERE ELLER SVAKERE VEKST I BEFOLKNING ENN GJENNOMSNI TTET FOR SIN KOMMUNEGRUPPE

	Sterkere befolkningsvekst	Lik befolkningsvekst	Svakere befolkningsvekst	Sum kommuner
Fikk kommunesenteret	4	1	9	14
Mistet kommunesenteret	5	1	19	25
Sum kommuner	9	2	28	39

Kilde: Grunnlagsmateriale fra Proba-analyse, Gleisvik et al., 2013

nomsnittet for den kommunegruppa de tilhørte. To kommuner hadde samme vekst, mens ni hadde sterkere vekst. Kommunene som mistet kommunesenteret kom spesielt dårlig ut, men også et klart flertall av de kommunene som fikk kommunesenteret kom dårligere ut enn gjennomsnittet for sin kommunegruppe. I 19 av de 25 kommunene som ikke fikk kommunesenteret var veksten svakere enn gjennomsnittet for tilsvarende kommunegruppe. I en av kommunene var den lik gjennomsnittet og i fem sterkere enn gjennomsnittet. I ni av de 14, eller i 64 prosent av kommunene som fikk kommunesenteret, var også veksten svakere enn gjennomsnittet for tilsvarende kommunegruppe. I én var den lik gjennomsnittet, mens i fire var den sterkere enn gjennomsnittet. Dette empiriske materialet er ikke forenlig med hypotese 3 – Vabotutvalgets hypotese – om at sammenslåing til større og sterkere kommuner gir sterkere befolkningsvekst i kommunene. Tvert imot indikerer den at veksten blir svakere. Det gjelder både for de kommunene som fikk kommunesenteret og dem som mistet det.

På den andre siden er materialet forenlig med hypotese 2, den om at kommunesammenslåinger bidrar til svakere vekst i befolkningen i kommuner som mister sitt kommunesenter. Den indikerer også at sammenslåing ikke gir sterkere befolkningsvekst i kommuner som får kommunesenteret.

Hvordan har så befolkningsveksten vært når vi sammenligner de 14 nye sammenslåtte kommunene med gjennomsnittlig vekst i den kommunegruppa de nå tilhører? I åtte av

kommunene var veksten svakere, mens den i seks var sterkere. De seks med sterkere vekst var Tønsberg, Larvik, Vindafjord, Kristiansund, Bodø og Hammerfest. Veksten i Kristiansund og Hammerfest skyldes at disse to byene er tilført betydelig olje- og gassvirksomhet. Sammenslåingen av Skjerstad, med vel 1000 innbyggere, med Bodø, med over 42000 innbyggere, kan vel heller ikke ha hatt så stor betydning for Bodø. De sammenslåtte kommunene som hadde svakere vekst enn gjennomsnittet for sin nye kommunegruppe var Sarpsborg, Fredrikstad, Hamar, Horten, Arendal, Re, Aure og Inderøy. For Inderøy er det bare tall for ett år.

Heller ikke disse tallene er forenlige med Vabotutvalgets hypotese. Tallmaterialet er derimot forenlig med hypotese 2, det vil si de sammenhengene og forholdene som er drøftet foran og som Aarsæther har trukket fram i sin artikkel (Aarsæther 2014).

## Konklusjon

Det er helt sikkert mange forhold som kan bidra til bedre samfunnsutvikling i en kommune. Lokalisering av offentlige arbeidsplasser, stimulanser og støtte til innovasjon, tiltaksarbeid, bedre infrastruktur og kommunikasjon er tiltak som kan bedre sysselsettingen og få folk til å bli boende. Det er imidlertid ingen indikasjoner på at sammenslåing av kommuner til større enheter er et tiltak som vil bidra til sterkere vekst i befolkningen.

Tvert imot er hovedkonklusjonene fra den teoretiske og empiriske analysen:



1. For kommuner som mister kommunesenteret bidrar kommunesammenslåing til en svakere vekst i kommunal sysselsetting og befolkning enn om de hadde fortsatt som egen kommune.
2. For kommuner som får det nye kommunesenteret bidrar kommunesammenslåing til en sterkere vekst i kommunal sysselsetting enn om sammenslåing ikke hadde skjedd. Det er imidlertid ingen indikasjon på at dette gir kommunen en sterkere befolkningsvekst. Forklaringen kan være at de positive effektene et styrket senter gir, ikke er sterke nok til å kompensere for de negative indirekte virkningene av at omegnkommunene får lavere vekst.
3. Det er vanlig å påstå at «et større og mer kompetent fagmiljø med et helhetlig ansvar for en større region» bidrar til befolkningsvekst, vekst i arbeidsplasser

*Indikasjonene går heller i motsatt retning – befolkningsutviklingen svekkes.*

og en sterkere og bedre innsats for samfunnsutvikling. Det er ingen indikasjoner på at kommunesammenslåing bidrar til sterkere vekst i befolkningen i regionen enn om kommunene hadde fortsatt som selvstendige kommuner. Indikasjonene går er heller i motsatt retning – befolkningsutviklingen svekkes. Det kan skyldes at de negative effektene av svekkelse av fagmiljøer og utviklingskrefter i omegnkommunene er sterkere enn den positive effekt av å etablere større fagmiljøer og vekst i senterkommunen.

## LITTERATURLISTE

**Aarsæther, N.** (2014). Kommunereform – for morgendagens utfordringer? *Fagbladet samfunn & økonomi* (5), 18–29. Hentet fra [http://www.fagbladet2.com/fagbladet/PDF/samfunnogokonomi/Samfunn\\_og\\_ekonomi-05.pdf](http://www.fagbladet2.com/fagbladet/PDF/samfunnogokonomi/Samfunn_og_ekonomi-05.pdf)

**Aarsæther, N., & Suopajarvi, L.** (2004). Innovations and Institutions in the North. In N. Aarsæther (Ed.), *Innovations in the Nordic periphery* (Vol. 2004:3). Stockholm: Nordregio.

**Andreassen, T. A., & Aars, J.** (2015). *Den store reformen: Da NAV ble til*. Oslo: Universitetsforlaget.

**Bakkeli, V., & Jensen, R. S.** (2014). Større kompetanseutfordringer i små kommuner? *Fagbladet samfunn & økonomi* (5), 49–57. Hentet fra [http://www.fagbladet2.com/fagbladet/PDF/samfunnogokonomi/Samfunn\\_og\\_ekonomi-05.pdf](http://www.fagbladet2.com/fagbladet/PDF/samfunnogokonomi/Samfunn_og_ekonomi-05.pdf)

**Bakkeli, V., Jensen, R. S., & Moland, L. E.** (2013). Kompetanse i kommunene. *Fafo-rapport 2013:51*. Hentet fra <http://www.fafo.no/images/pub/2013/20341.pdf>

**BDO** (2015): Utredninger av kommunestruktur i Vesterålen og Salten. BDO-rapporter 2015

<http://docplayer.no/3537657-Utredning-kommunestruktur-vesteralen.html>

<http://distriktssenteret.no/2014/06/02/utredninger-av-mulige-kommunesammenslainger/>

**Brandtzæg, B. A.** (2009): Frivillige kommunesammenslutninger 2005–2008. Erfaringer og effekter fra Bodø, Aure, Vindafjord og Kristiansund. TF-rapport 258 258/2009.

**Buch, R.** Status på reformen 2015. Powerpoint presentasjoner foredrag 2015.

**Gleinsvik, A., Klingenberg, S., & Staalsen, P. D.** (2013). Langsiktige konsekvenser av kommunesammenslåing. Proba samfunnsanalyse (*Proba-rapport 2013-12*). Hentet fra [https://www.regjeringen.no/contentassets/20241a6e4fb54de7be01f0fd137082f5/proba-rapport\\_2013-12\\_langsiktige\\_konsekvenser\\_av\\_kommunesammenslainger](https://www.regjeringen.no/contentassets/20241a6e4fb54de7be01f0fd137082f5/proba-rapport_2013-12_langsiktige_konsekvenser_av_kommunesammenslainger)

**Teigen, H., & Lien, G.** (2013). Kommunen som næringsutviklar – kommunalt tiltaksarbeid. In H. Teigen, N. Aarsæther, & T. Ringholm (Eds.), *Innovative kommuner* (s. 240–257). Oslo: Cappelen Damm akademisk.

**Telemarkforskning** (2015): Utredninger av aktuelle kommunestrukturalternativ for Sogn regionråd, Romsdal regionråd, Nordmøre regionråd og Midt-Troms regionråd.

Rapporter fra Telemarkforskning 2015. Kan leses på: <http://distriktssenteret.no/2014/06/02/utredninger-av-mulige-kommunesammenslainger/>


**Vabo, S. I., Hagen, T. P., Borge, L. E., Brandtzæg, B. A., Holmli, H., Ohm, H. M., & Hagerupsen, M.** (2014).

Kriterier for god kommunestruktur. Delrapport mars 2014 og sluttrapport desember 2014. Kommunal- og regionaldepartementet.

**Vinsand, G et al.** (2005): Re-effekter. Etterundersøkelse av kommunesammenslutningen mellom Ramnes og Våle.

Agenda Utredning og Utvikling AS. Rapportnr.: R55171. 2005.





# Hva er problemet med dagens kommunestruktur?

Er norske kommuner så dårlig organisert og drevet at vi må legge ned over 300 av dem? Hvilke problemstillinger er vurdert, og hvorfor er svaret kommunesammenslåing?

Fagforbundets engasjement i kommunereformen og regjeringens plan om storstilt kommunesammenslåing tar utgangspunkt i flere spørsmål. Det er nødvendig fordi hele reformen preges av å ha startet i feil ende. Kommunesammenslåing er svaret, men mange har etterlyst de grunnleggende spørsmålene.

En stor svakhet med kommunereformen er manglende analyser og konsekvensvurderin-

ger. Flere forskningsrapporter og undersøkelser gir kunnskap som går i motsatt retning av regjeringens svar om å endre kommunestrukturen slik at vi får færre og større kommuner<sup>1</sup>. Fagforbundet er ikke prinsipielt motstandere av å slå sammen kommuner, men vi mener at så omfattende endringer av den norske samsfunnsstrukturen må bygge på faktakunnskap og grundig dokumentasjon.

Noe av styrken i dagens lokalsamfunn er nærheten til beslutninger og til tjenestene, trygghet for den enkelte og forutsigbarhet om hva vi kan forvente av fellesskapet. Dette er slått fast i flere store innbyggerundersøkelser som konkluderer

med at innbyggerne er mest fornøyd med både tjenestene og demokratiet i mindre kommuner. Siden reformens argumenter er å styrke lokaldemokratiet og gi bedre tjenester, stiller Fagforbundet spørsmål om hva som da er hensikten med å endre kommunestrukturen til større kommuner.

Det er legitimt å ønske kommunesammenslåing. Det kan være fornuftig å ta debatten om det er løsningen på morgendagens utfordringer. Men da må motivene synliggjøres og konsekvensene analyseres og avklares før beslutningene fattes.

En viktig faktor når vi diskuterer sammenslåing i Norge er avstander. Vi har mange små kommuner i folketall, med store avstander på grunn av geografien. Det går en grense for hvor stor en kommune kan være i areal dersom målet er gode tjenester til innbyggerne.

**Rekruttering og kompetanse** i kommunesektoren er ett av argumentene for større kommuner. En Fafo-rapport fra 2013 viser imidlertid at det er andre faktorer enn størrelse som avgjør både rekruttering og kvalitet på tjenestene<sup>2</sup>.

LO-leder Gerd Kristiansen utfordret regjeringen på en ordførerkonferanse i april 2015 hvor hun gav uttrykk for at vi trenger en kompetansereform mer enn en kommunereform i offentlig sektor<sup>3</sup>. Dette er Fagforbundet enig i. Kravene til kommunale tjenester vil øke, og mangelen på mange viktige faggrupper er den største hindringen for å sikre rekrutteringen og god kvalitet på tjenestetilbudet til innbyggerne i årene som kommer. Fagforbundet mener derfor, i likhet med LO, at det viktigst myndighetene burde prioritere nå er økt kompetansebygging for å sikre rekrutte-

*Noe av styrken i dagens lokalsamfunn er nærheten til beslutninger og til tjenestene, trygghet for den enkelte og forutsigbarhet om hva vi kan forvente av fellesskapet.*

ring til en sektor med stort arbeidskraftbehov i framtida.

**Det store spørsmålet** når vi skal diskutere morgendagens utfordringer dreier seg kanskje om noe ganske annet enn å slå sammen kommuner. Kommunesektoren er underfinansiert i forhold til de oppgavene de skal utføre. Hvorfor ikke starte der? Politikerne må bevilge nok til at både små og store kommuner kan gi tjenester av høy kvalitet til innbyggerne sine. Det ville være å ta både lokaldemokratiet og utvikling av gode kommunale tjenester på alvor.

Et innspill til debatten om framtidig samfunnsstruktur kommer fra statsviter og professor Frank Aarebrot, som tar til orde for at politikerne heller må stille seg spørsmålet om hvordan de kan skape vekst i kommunene, istedenfor å tegne det nye kommunekartet.

Undersøkelser viser at ungdommen er mest skeptisk til kommunesammenslåing. Det er ungdommen i dag som vil merke virkningene av sentraliseringen. De er i likhet med andre opptatt av identitet, nærhet og trygghet.

Kommunereformens virkninger vil i sin ytterste konsekvens endre lokalsamfunnene og distrikter over hele landet. Ønsker politiske myndigheter å styrke lokaldemokratiet, må de ta ungdommens oppfatning på alvor.

*Mette Nord, leder i Fagforbundet*

<sup>1</sup> Difis Innbyggerundersøkelser i 2010, 2013 og 2015, Fafo 2013, Norut 2015, De Loitte 2014

<sup>2</sup> Bakkevig, Steen Jensen og Moland. Kompetanse i kommunene. Fafo-rapport 2013

<sup>3</sup> Jan Inge Krossli i Kommunal rapport 7. april 2015

**Margrete Gaski**, PhD og seniorforsker ved Nasjonalt senter for distriktsmedisin, Universitetet i Tromsø

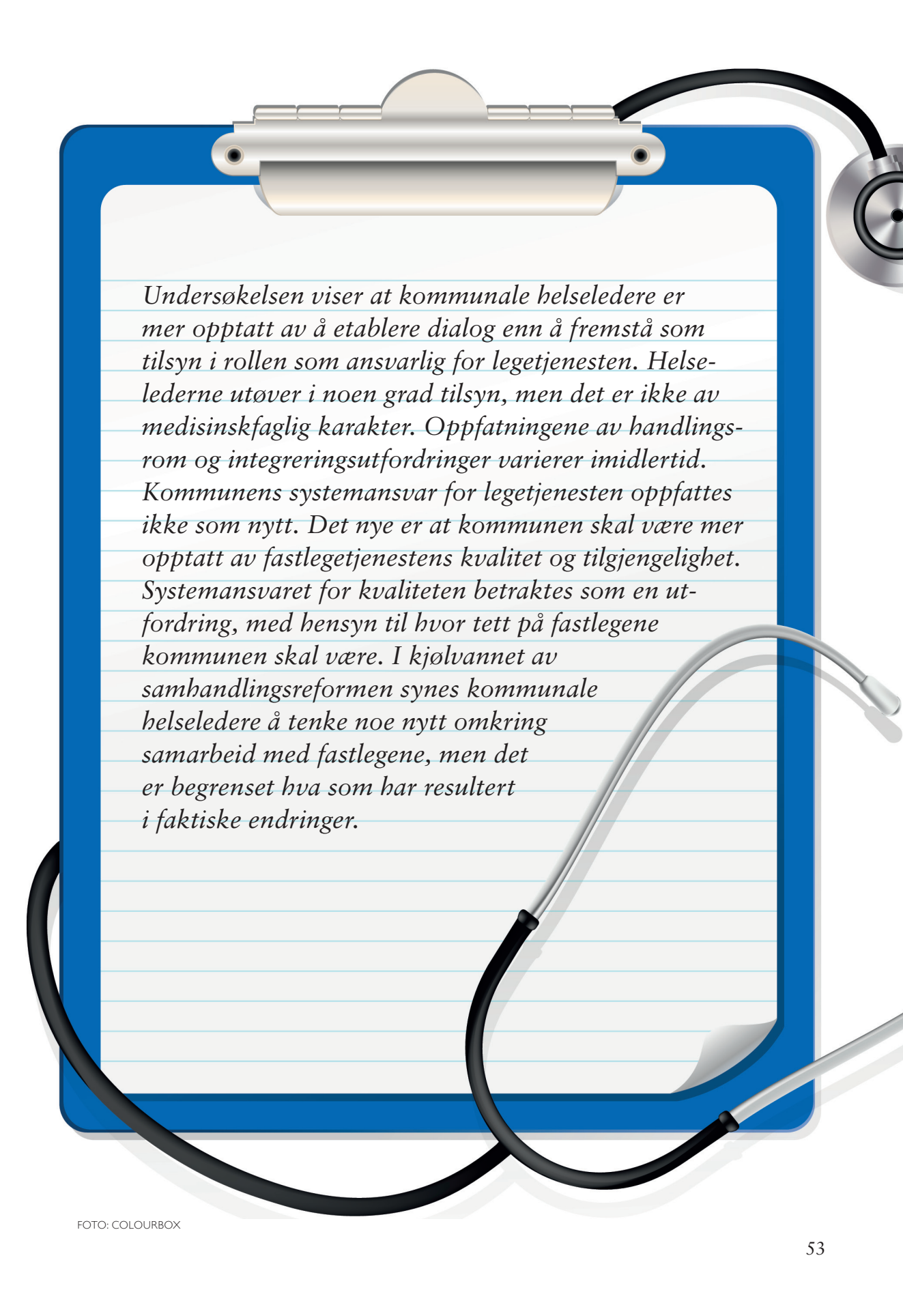
**Birgit Abelsen**, PhD og forskningsleder ved Nasjonalt senter for distriktsmedisin, Universitetet i Tromsø

# Samhandlingsreformen og kommunens ansvar for integrerte legetjenester

ARTIKKELEN ER FAGFELLEVDERT

Utgangspunktet for artikkelen er påstander i stortingsmeldingen om samhandlingsreformen som dreier seg om at fastlegene i dag er verken styrings- eller systemmessig godt nok integrert med kommune eller helseforetak. Samhandlingsreformens mål er god og sammenhengende pasientbehandling, og fastlegeforskriften legger fra 2013 nye føringer for kommunens ansvar for legetjenesten. Formålet med artikkelen er å belyse hvordan kommunale helseledere forstår og fortolker kravet om en integrert legetjeneste i kommunene; hvordan kommunens sørge for-ansvar for legetjenesten håndteres, og hvordan helselederne oppfatter integreringsutfordringene i allmennlegetjenesten. Artikkelen er empirisk basert på en intervjuundersøkelse blant helseledere i 20 kommuner.





*Undersøkelsen viser at kommunale helseledere er mer opptatt av å etablere dialog enn å fremstå som tilsyn i rollen som ansvarlig for legetjenesten. Helselederne utøver i noen grad tilsyn, men det er ikke av medisinskfaglig karakter. Oppfatningene av handlingsrom og integreringsutfordringer varierer imidlertid. Kommunens systemansvar for legetjenesten oppfattes ikke som nytt. Det nye er at kommunen skal være mer opptatt av fastlegetjenestens kvalitet og tilgjengelighet. Systemansvaret for kvaliteten betraktes som en utfordring, med hensyn til hvor tett på fastlegene kommunen skal være. I kjølvannet av samhandlingsreformen synes kommunale helseledere å tenke noe nytt omkring samarbeid med fastlegene, men det er begrenset hva som har resultert i faktiske endringer.*

## Samhandlingsreformen: Nye forventninger til fastleger og kommuner

Stortingsmelding nr. 47 (2008–2009) om samhandlingsreformen beskriver hvordan kommunen vil bli utfordret med hensyn til sykdomsutvikling, demografisk utvikling og teknologisk utvikling. Oppsummert handler dette om at andelen eldre øker sterkt. Kronisk syke og pasienter med flere og samtidige diagnoser øker i antall. Det forventes økning i livsstilssykdommer forbundet med fedme, lungesykdommer, allergier, angst og depresjon. Primærhelsetjenesten vil få ansvar for flere oppgaver knyttet til de store gruppene med pasienter med vanlige og kroniske sykdommer. Kommunikasjonsteknologien gir nye måter å kommunisere på, og medfører behov for å drifte og utnytte teknologi til å utvikle kommunen som organisasjon.

Som en av løsningene på disse utfordringene, peker stortingsmeldingen på bedre integrering og en klarere definert rolle for fastlegene i primærhelsetjenesten. Det hevdes at fastlegen i dag ikke er styrings- eller systemmessig godt nok integrert verken med kommune eller helseforetak. Fastlegene bør knyttes tettere til kommunens virksomhet både som premissleverandør og ressurs for kommuner og helseforetak. Dette innebærer at fastlegene må ha et ansvarsforhold til kommunal helseledelse, og kommunen må innta et proaktivt lederskap overfor fastlegene, den samlede kommunale helse- og omsorgstjenesten og disse tjenestenes samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Det bør altså være mindre «silotenkning» i hver enkelt tjeneste, og mer fokus på et helhetlig helsetjenestetilbud. Ut over dette er det ikke noen nærmere beskrivelse av hva en mer integrert legetjeneste innebærer i praksis. Hensikten med stortingsmeldingen er å manøvrere kommunen i posisjon til å kunne gjøre nødvendige prioriteringer og ressursmessige disponeringer av allmennlegeressursene. I tråd med dette er det lagt føringer for kommunens ansvar for

å sørge for legetjeneste i den nye fastlegeforskriften fra 2013.

Også i andre land som Danmark, Canada, Australia og Storbritannia er ideen om mer samarbeid mellom de ulike delene av helsetjenesten promotert som nasjonale strategier (Waldorff & Reay 2011, McDonald et al. 2009, Goodwin 2001). Fraser (2006) hevder at i mange land fører økte helsetjenestekostnader til at både statlige myndigheter og forbrukere får høyere forventninger til kvalitet, kostnadskontroll og mer integrerte helsetjenester, og at dette resulterer i mer regulering og redusert autonomi for leger og annet helsepersonell.

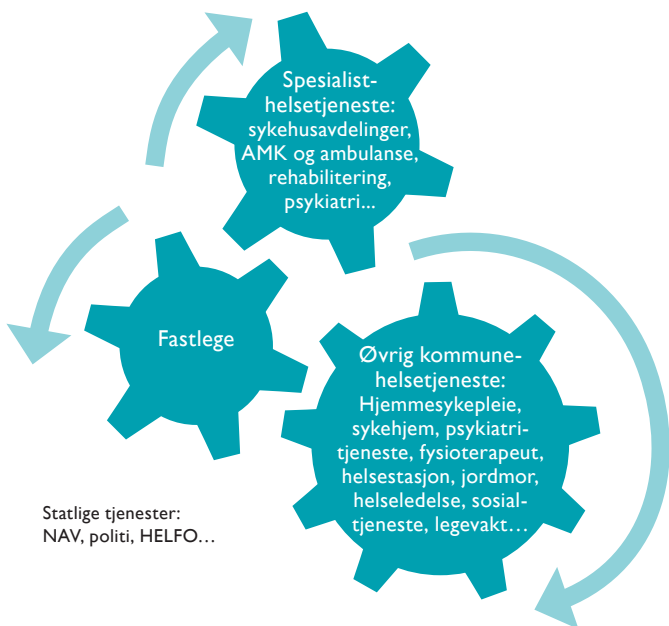
### Legetjenesten som del av den kommunale helsetjenesten

Den norske kommunehelsetjenesten er politisk og administrativt lokalt forankret. Allmennlegetjenesten med fastlegene er en viktig pilar i kommunehelsetjenesten. Blant fastlegenes mest sentrale samarbeidspartnere er øvrige enheter i den kommunale helsetjenesten, samt ulike deler av spesialisthelsetjenesten (figur 1).

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester pålegger kommunen å sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester som ikke faller inn under det tilbudet stat eller fylkeskommune har ansvar for. Dette omfatter blant annet å drive forebyggende og helsefremmende tjenester, å drive utredning, diagnostisering og behandling, herunder en fastlegeordning, å yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder legevakt, samt å yte andre helse- og omsorgstjenester i folks eget hjem eller i kommunale institusjoner.

De fleste fastlegene er i dag privatpraktiserende; andelen av fastlegepraksiser på fastlønn er nå 4,7 prosent (Helsedirektoratet, Styringsdata for fastlegeordningen 31.12.2013). Selv om andelen med fastlønn er lav, er det en minkende andel fastleger som foretrekker privatpraksis dersom de kunne velge fritt; an-

**Figur 1: FASTLEGENS SENTRALE SAMARBEIDSPARTNERE**



delen har sunket fra 52 prosent i 2009 til 36 prosent i 2012 (Holte, Abelsen, Halvorsen og Olsen, 2015).

### Kommunale helseledere

Legetjenesten er organisatorisk plassert på ulike steder i kommunene. I en rekke kommuner ledes legetjenesten av kommuneoverlegen – ikke som formell leder, men som medisinsk-faglig rådgiver. Mange kommuneoverleger har altså ikke en formell lederstilling. Dette kan ses i sammenheng med utviklingen av sykehusene på 90-tallet med ny sentral helse-lovgivning og profesjonalisering av ledelses-funksjoner (Berg, 2006). En studie viser at 27 prosent av lederne for primærhelsetjenesten i kommunen selv er leger (Aasland og Akre, 2003). Den samme studien viste at de fleste av lederne var menn (64 prosent).

### Finansieringen legger rammer

Hvordan fastlegeordningen finansieres er med på å legge rammer for fastlegenes virksomhet. Hovedmodellen for finansiering er privat praksis. En gjennomgang av flere studier viser at leger lar seg påvirke av økonomiske insentiver (Chaix-Couturier et al., 2000, Gosden et al.,

2000). Insentivene i privat fastlegepraksis gjør det økonomisk fordelaktig å ha mange listeinnbyggere, mange konsultasjoner, og konsultasjoner som utløser høye takster. Det er argumentert for at dagens hovedmodell gir fastleger for sterke incitamenten til kontorkonsultasjoner og for svake til å delta i offentlig legearbeid (Dalbak, 2009, Hagen, 2009). En sentral diskusjon i evalueringen av fastlegeordningen var hvorvidt fastlegene lar seg påvirke av de økonomiske insentivene i ordningen i den forstand at leger som opplever pasientknapphet kompenserer med å øke konsultasjonshyppigheten. Her kom ulike forskerteam fram til ulike konklusjoner selv om de baserte analysene

på det samme datamaterialet (Sandvik, 2006). Fastlegeordningen skiller seg fra andre kommunale helse- og sosialtjenestetilbud ved at den kommunale rammefinansieringen inkluderer insentivstyring gjennom et kommunalt per capita tilskudd pr. pasient på fastlegens liste (utgjør 421 kroner pr. pasient i 2015 og hevdes å utgjøre om lag en tredjedel av fastlegens inntekt (Kann et al., 2010)). I tillegg kommer den rene aktivitetsbaserte finansieringen i form av pasienters egenandeler og refusjoner fra HELFO. Kommunalt ansatte fastleger får sin faste lønn, uavhengig av antall pasienter som behandles og hvilke takster som utløses. Takster og egenandeler fra pasientene går som inntekter til kommunen. I tillegg til de to hovedmodellene med privatpraktiserende og fastlønte fastleger, finnes det blandingsmodeller (Halvorsen et al., 2012). Takstene i normaltariffen for fastleger og legevakt (Legeforeningen, 2014) fastsettes i årlige forhandlinger mellom legeforeningen, staten, de regionale helseforetakene og kommunesektorens organisasjon – KS. Både staten og kommunal sektor har dermed i noen grad mulighet til å bruke fastlegetariffene til politisk styring av hvilket arbeid fastlegen skal utføre.



Alle fastleger kan pålegges inntil 7,5 time fastlønnen allmennmedisinsk offentlig legearbeid pr. uke. Tradisjonelt har slikt offentlig legearbeid vært knyttet til sykehjem, helsestasjon, skole og fengsel. Den nye fastlegeforskriften (§ 12) åpner for at fastlegen og kommunen kan inngå avtale om at andre oppgaver kan inngå i de 7,5 timene. Det er også mulig å inngå avtale ut over 7,5 timer.

### Hva er kommunens sørge for-ansvar?

Den nye fastlegeforskriften er ett av flere grep for å iverksette tiltakene i Samhandlingsreformen skissert i Stortingsmelding nr. 47 (2008–2009). Høringsforslaget til revidert fastlegeforskrift (2011) skapte motstand blant fastlegene, noe som blant annet kom til uttrykk gjennom fastlegeaksjonen<sup>1</sup>. Det mest kontroversielle i forslaget var bestemmelser som ville gi fastlegen plikt til å delta i nødvendige møter med kommunen, og mulighet for kommunene til å sanksjonere mot fastleger som ikke overholdt sine forpliktelser. I den endelige fastlegeforskriften er disse kontroversielle punktene fjernet eller sterkt moderert.

Den nye fastlegeforskriften er ment å bidra til å dreie fastlegenes virke fra direkte pasientrettede kontorkonsultasjoner over mot en mer tydelig rolle som aktør i kommunens samlede helsetjeneste. Bestemmelsene i fastlegeforskriftens kapittel 2 spesifiserer og utdyper kommunens sørge for-ansvar. Dette kan oppsummeres i sju punkter (se figur 2).

Ansaret som kommunene også tidligere har hatt, omfatter å tilby innbyggerne nødvendige allmennlegetjenester, å organisere en fastlegeordning med nok leger, å gi informasjon til fastlegene om viktige forhold og til innbyggerne om fastlegeordningen, samt å yte økonomisk vederlag til privatpraktiserende fastleger. Tre av punktene i sørge for-ansvaret kan betraktes som nye elementer. Disse gjelder for det første *bestemmelsen om fastlegens trygghet*, som pålegger kommunen å sørge

for å iverksette nødvendige tiltak for å ivareta tryggheten til fastleger som opplever vold eller trusler mot seg selv, sin familie og/eller sine medarbeidere. Det andre punktet gjelder *kvalitet i allmennlegetjenesten*. Forskriften slår fast at kommunen er ansvarlig for at de allmennlegetjenester den tilbyr er forsvarlige og av god kvalitet, uavhengig av om tjenestene ytes av fastlønnede eller privatpraktiserende fastleger. Funksjons- og kvalitetskrav i fastlegeordningen er i praksis krav til fastlegens virksomhet. Helse- og omsorgsdepartementet tolker at enhver som yter helse- og omsorgstjenester har plikt til å drive systematisk arbeid for kvalitetsforbedring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Dette innebærer for kommunens del et prosesskrav og ikke et krav om å innfri bestemte kvalitetsnivå. Det tredje punktet som kan betraktes som nytt, er at kommunen pålegges å *legge til rette for samarbeid* med fastlegene, mellom fastlegene og andre kommunale tjenester, og mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten. Dette er en utdyping av Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3–4. Forskriften spesifiserer ikke nærmere hvordan de ulike formene for samarbeid skal organiseres.

Noen vesentlige forhold rundt utvikling av en god allmennlegetjeneste reguleres imidlertid ikke gjennom fastlegeforskriften, som utfordringer knyttet til rekruttering av leger og kompetanseheving av legene for videreutvikling av kvalitet både i allmennlegetjenesten og i legevakt.

### Hvordan bli mer integrert?

Begrepet integrasjon er vårt utgangspunkt for å belyse hvordan kommunale helseledere forstår og fortolker kravet om en integrert legetjeneste i kommunene, og hvordan kommunene i praksis håndterer sitt sørge for-ansvar for legetjenesten.

Integrering (også kalt serviceintegrering) kan defineres som det å bringe sammen tidligere spredte og uavhengige tjenester, til et mer helhetlig leveransesystem (O'Looney, 1997). Behovet for integrering er rent organisa-

<sup>1</sup> <http://fastlegeaksjonen.no/>

**Figur 2: KOMMUNENS SØRGE FOR-ANSVAR IFØLGE FASTLEGEFORSKRIFTEN**

## FASTLEGEFORSKRIFTEN

### IKKE NYTT:

- tilby innbyggerne nødvendige allmennlegetjenester
- organisere en fastlegeordning med nok leger
- informasjon til fastlegene om viktige forhold og til innbyggerne om fastlegeordningen
- økonomisk vederlag til privatpraktiserende fastleger

### NYTT:

- ansvarlig for kvalitet i allmennlegetjenesten
- ivareta fastlegens trygghet
- legge til rette for samarbeid med fastlegene, mellom fastlegene og andre kommunale tjenester, og mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten

sjonsteoretisk en respons på en situasjon med økende kompleksitet hvor det kreves spesialisering og det er behov for å «orkestrere» aktiviteter. Kompleksiteten har blant annet sin årsak i at hver enkelttjeneste er sidestilt med andre tjenester, og i for liten grad fungerer som deler av en helhetlig tjeneste. Det trengs derfor en sidestilt (horisontal) integrasjon. Dette kan i organisasjonsteorien forstås som en forbedring av inter- eller intraorganisatoriske relasjoner (Keast, Brown og Mandell, 2007). Overført til legetjenesten vil en sidestilt integrasjon kunne forstås som forbedring av interorganisatoriske relasjoner mellom allmennlegetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og intraorganisatoriske relasjoner mellom allmennlegetjenesten og øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester.

Med utgangspunkt i Keast, Brown og Mandell (2007) vil vi teoretisk sett forvente at en mer integrert legetjeneste innebærer en eller flere av følgende endringer (se figur 3): Formaliseringsgraden i relasjonene mellom legetjenesten og andre deler av helsetjenesten øker, varigheten i relasjonene og stabiliteten i dem øker og integrasjonsprosessen mellom legetjenesten og andre deler av helsetjenesten krever mer tid. Det blir mindre autonomi i legetjenesten og graden av ressursdeling øker. Graden av avhengighet mellom de ulike tje-

nestene øker også og deltakernes perspektiv i både legetjenesten og blant øvrig helsepersonell blir mer helhetlig. Anerkjennelsen av at partene må samarbeide blir større og relasjonene mellom de ulike tjenestene preges mindre av frivillighet og mer av forpliktelse (til et felles helseoppdrag).

Dersom vi plasserer grader av integrasjon av fastlegetjenester på et kontinuum, er den minst integrerte varianten karakterisert ved *helt fragmenterte tjenester*. Disse kjennetegnes av at aktører som for eksempel fastlegetjenesten, hjemmetjenesten og spesialisthelsetjenesten arbeider autonomt, og bruker lite av sin tid på å samarbeide og samhandle med hverandre. De er løst koblet til hverandre, men deler til en viss grad informasjon. Koblingene mellom tjenestene er i liten grad formalisert, og involverer få ressurser. I denne enden passer den tradisjonelle allmennlegetjenesten inn, basert på en logikk med autonom privatpraksis. I den andre enden av kontinuumet har vi en medvirkningsmodell med fullt ut sammenhengende helsetjenester. Denne modellen forutsetter en annen logikk; at aktørene har et helhetlig perspektiv, deler ressurser og justerer sine aktiviteter i forhold til hverandre. Denne medvirkningsmodellen forutsetter høy grad av tillit mellom tjenestene, felles planlegging og muligens felles finansieringsordning. Mel-

lom de to ytterpunktene finnes koordineringsmodeller med ulik grad av integrasjon som kjennetegnes av at aktørene forblir spesialiserte og separert fra hverandre, men bidrar i et besluttet samarbeid.

### Kommunenes handlingsrom for å ta grep for en mer integrert legetjeneste

Den nasjonale strategien om en mer integrert fastlegetjeneste i Norge er et ønske om reform som kommer ovenfra, fra statlige helsemyndigheter, og er helt klart inspirert av reformer i andre land som for eksempel Danmark. Når nasjonale rammebetingelser og forventninger endres, oppfatter det statlige nivået at det skapes et handlingsrom lokalt som forventes tatt i bruk for å utvikle ny praksis, mer samhandling og en mer helhetlig helsetjeneste til beste for pasienten. Med reformen skaper staten forventninger om at kommunen beveger seg fra en situasjon med fragmenterte tjenester, og over mot en situasjon med mer integrerte tjenester, hvor kommunen som ansvarlig for legetjenesten gjør de nødvendige grepene.

Regelverk, sammen med organisatoriske og økonomiske rammebetingelser styrer ressurser, arbeidsdeling og autoritetsfordeling mellom fastleger og andre, og gir aktørene større eller mindre grad av handlingsrom. Hvorvidt fastlegen er privatpraktiserende eller ansatt i kommunen, er i så måte en sentral betingelse. Kommunal forvaltning av den privat-

praktiserende delen av allmennlegetjenesten er kontraktsmessig. Utgangspunktet er kontrakten mellom legen og kommunen, og ulik utforming av kontraktene åpner for forskjeller både innad i og mellom kommuner. Det er pekt på at kommunen står svakt i møtet med privatpraktiserende fastleger. Helse- og sosialsjefer i norske kommuner oppfatter at kontraktvalg er styrt av legene, og kommunene tilpasser seg ved å tilby de kontraktene legene ønsker (Lerang, 1999). Hovedmodellen for finansiering av fastlegetjenesten i form av privat praksis er i så måte styrende. Helseledernes handlingsrom når det gjelder fastlegepraksis på fastlønn er større, fordi fastlegene og helselederne er ansatt i samme organisasjon, hvor kommunen har styringsrett.

Videre i artikkelen beskrives resultatene av den empiriske studien; hvordan helseledere i kommunene oppfatter integrasjonsutfordringer i legetjenesten, og hvordan kommunens utvidede ansvar for å sørge for legetjenesten håndteres. Først presenteres imidlertid datainnsamlingsmetoden og datamaterialet som artikkelen bygger på.

## Materiale og metode

Det ble gjennomført telefonintervju med helseledere i 20 kommuner i perioden juni–august 2013. Intervjuene ble tatt opp og transkribert. En intervjuguide ble sendt ut på forhånd. Kom-

**Figur 3:** ELEMENTENE I ØKT HORIZONTAL INTEGRASJON (MED UTGANGSPUNKT I KEAST, BROWN OG MANDELL, 2007).

Fragmenterte tjenester  
(Cooperation)

1. Større grad av formalisering
2. Mer varig relasjon/stabil deltakelse
3. Mer tidkrevende prosess
4. Mindre autonomi
5. Større grad av ressursdeling
6. Økt avhengighet mellom deltakere
7. Deltakernes perspektiv blir mer holistisk
8. Mer forpliktende relasjon/felles oppdrag

Medvirkningsmodell  
(Collaboration)

munene ble valgt ut fra et ønske om variasjon i befolkningsstørrelse og organisering av fastlegetjenesten. Utvalget er spredt over hele landet og omfatter en noe større andel store kommuner (målt i folketall) enn små, sett i forhold til sammensetningen av kommuner i Norge. Vi kontaktet 26 kommuner og ønsket å intervju den eller de i kommunen som hadde ansvar for fastlegetjenesten. Tre av de ønskede informantene hadde ferie, to takket nei til å delta og en fikk vi ikke kontakt med.

Det ble gjennomført intervju i 20 kommuner. Vi intervjuet kommunalsjef for helse eller tilsvarende i 15 kommuner, kommuneoverlege (som også var fastlege) i fire kommuner og i en kommune både helseleder og kommuneoverlege. Det ble til sammen gjennomført 21 intervjuer, med 13 kvinner og 8 menn.

Intervjuene fokuserte på tiltak for å innfri kommunens sørge for-ansvar, planer for å styrke legetjenesten og imøtekomme kravene i den nye fastlegeforskriften, som på intervjudtidspunktet ikke ble ansett som godt nok ivaretatt, og konkrete planer for videreutvikling av kvalitet i legetjenesten. Mangfoldet og variasjonsbredden i datamaterialet er nærmere presentert i rapporten Forsterket legetjeneste (Gaski og Abelsen, 2013).

Første del av analysen er konsentrert om helselederens perspektiv på fastlegetjenesten som en integrert del av helsetjenesten. Ulike forhold å samarbeide omkring trekkes inn. Utgangspunktet er en antakelse om at de mange forskjellige aspekter ved fastlegenes virksomhet krever ulike typer samhandling for å oppnå en bedre integrering av fastlegene. Analysens andre del er konsentrert om å få frem det generelle bildet av hvordan kommunene arbeider med å ivareta sitt sørge for-ansvar, og hva som er helseledernes perspektiv på kommunens sørge for-ansvar.

## Blikk for variasjonen mellom kommunene

Gitt valget om en kvalitativ datainnsamling, har vi muligheter til å utforske og studere variasjoner mellom enkeltkommuner og innhol-

det i enkeltkommuners håndtering av sørge for-ansvaret. Datainnsamlingen ble gjort kun et halvt år etter at den nye fastlegeforskriften var gjort gjeldende, og dette kan ha vært for tidlig for å fange opp responsen i kommunene. Svaret fra halvparten av informantene om at de foreløpig ikke har gjort noe eller at de avventer, kan tyde på dette. Videre er det sannsynlig at vi ville fått andre svar om vi hadde spurt fastlegene i stedet for helseledelsen. Dette ville sannsynligvis gitt integrasjonseksempler med utgangspunkt i fastlegenes behandlingfokus og samarbeid om enkeltpasienter. Det å intervju helseledere i en kontekst med forventninger om en utviklet sørge for-rolle, må også ses i forhold til en mulig intervju-effekt. På grunn av underliggende forventninger, kan det være at informantene prøver å få kommunen til å fremstå som mer utviklingsorientert og innovativ enn den egentlig er.

## Hvordan helseledelsen oppfatter integrasjonsutfordringer

Vårt første spørsmål er hvordan vi kan forstå helseledernes oppfatninger av integrasjonsutfordringer i fastlegetjenesten. Noe som går igjen i intervjuene, er at helselederne peker på utfordringer i samarbeidet med fastlegene. Utfordringene handler både om kommunikasjon, deltakelse i møter, perspektiv, ressursbruk, tidsbruk og autonomi.

## Samarbeidsstrukturer

I utgangspunktet finnes det mange godt etablerte samarbeidsstrukturer hvor fastlegen inngår, både på kommunalt nivå og mellom kommunalt nivå og spesialisthelsetjenesten. I kommunene er allmennlegeutvalgene og samarbeidsutvalgene etablerte samarbeidsstrukturer. En av informantene i vår undersøkelse pekte på at virksomheten i samarbeidsutvalget ikke bare er faglig og administrativt rettet, men også sosialt, fordi medlemmene i utvalget må bli bedre kjent:

- *Og vi, vi snakker sammen, vi har det hyggelig etter møter og sånn, sånn at vi, vi har en, en god og hyggelig tone i samarbeid med legene. Men ellers så er det rettet mot møter etter en fast møteplan og med saker som alle sammen melder inn.*

Hvor godt slike samarbeidsstrukturer fungerer, varierte imidlertid. Flere helseledere pekte på at det er en sviktende informasjonsflyt med fastlegene. Spesielt i de minste kommunene opplevdes det som problematisk at dialogen mellom helseledelsen og fastlegene skal foregå i samarbeidsutvalg, noe som fører til at fastleger som ikke er kommuneoverlege eller tillitsvalgt lett havner utenfor informasjonsflyten. En annen norsk spørreundersøkelse i kommunene har oppsummert at samarbeidsutvalgene ses på som mindre betydningsfulle i små kommuner (Paulsen et al., 2010). Slik sett virker de formelle samarbeidsstrukturene dårlig tilpasset virkeligheten i små kommuner. Andre viste til at kommuneoverlegen har rollen som budbringer eller mellomledd mellom fastlegene og den øvrige helseledelsen.

### Realistiske ambisjoner

Mange kommuner har forsøkt å legge til rette for mer samarbeid mellom legetjenesten og andre enheter, kanskje uten større ambisjoner enn å få til et samarbeid med relativt løse koblinger mellom partene og hvor de deler informasjon, men ellers arbeider autonomt. For eksempel at hjemmetjenesten kan være i jevnlig dialog med fastlegene, og at prosedyrer for forskjellige typer samhandling mellom fastlege og hjemmetjeneste er nedfelt i kommunens interne kvalitetssystem. Helselederen i en liten kommune viste til fellesmøter med legene og andre enheter i helsetjenesten som en god arena for å dele informasjon mellom ulike instanser. På denne måten løste de ofte raskt opp i enkeltsaker. En informant i en mellomstor kommune ga uttrykk for at slike faste møter mellom fastlegene og andre enheter var blitt en god læringsarena for begge parter. Det var imidlertid mange kommuner som manglet

slike fora, eller de hadde fora hvor alle andre enheter enn legetjenesten deltok. Helseledere fra slike kommuner ønsket imidlertid og hadde prøvd å trekke legene med, fordi de mente at legene trenger å være mye mer informert om hva andre relevante aktører i kommunen holder på med.

En helseleder i en liten kommune ønsket fremover i tid å få fastlegene som deltakere i teamjobbing om hjemmesykepleie og til å betjene flere pasienter utenfor institusjon. Denne helselederen uttrykte altså visjoner om et fremtidig teamsamarbeid med fastlegene, som kan forstås som mer helhetlig tenking rundt pasienten, hvor ressursene justeres inn etter pasientens behov. Det er kanskje ikke tilfeldig at denne visjonen ble fremmet i en liten kommune. Mindre enheter kan gjøre det enklere å få til samarbeid mellom ulike profesjoner (Hetlevik og Gjesdal, 2010).

### Vil ha legene inn i en helhet

Flere helseledere ga uttrykk for at de ønsket at legetjenesten i større grad skal bli en del av en helhet og bidra i samme retning som den øvrige helsetjenesten. En helseleder fremhevet hvor dedikerte fastlegene er til jobben sin, men pekte på at legene mangler forståelse for kommunalt systemarbeid, og la til at dette er noe de ikke automatisk kan, men må trene seg opp i. En annen helseleder viste til at leger er kjent for å vite det meste selv, og at det ikke er så lett å få dem inn i samarbeid med andre profesjoner i kommunen – rett og slett å få dem til å møte opp når det innkalles til tverrfaglige møter. Flere helseledere ga uttrykk for å være opptatt av dialog for å få en mer felles forståelse med fastlegene, for eksempel av hvordan fastlegeforskriften skal følges opp. En av informantene formulerte seg slik:

- *Så det å tidlig inkludere fastlegen inn i det kommunale arbeidet, tettere dialog og særlig når vi kommer over til det med meldingsutveksling og sånt noe, så er det et område som jeg tenker er viktig.*



## Forpliktende relasjoner utfordrer autonomi og profesjon

Forsøk på å skape forpliktende relasjoner og at helsetjenesten i større grad skal være et felles oppdrag, synes å utfordre legenes autonomi. Erfaringer fra Danmark og Canada viser at det er en stor utfordring å skulle endre logikken bak fastlegers praksis fra autonomi og til en medvirkningsmodell. Selv om legene takket ja til å delta i ordninger som i utgangspunktet var skapt som medvirkningsmodeller, endret ikke legene seg i det hele tatt, eller de ganske enkelt skled tilbake til sin gamle væremåte (Waldorff & Reay, 2011). Aspekter ved legen som profesjonsutøver kan også spille inn. Friedson (1994) peker på behovet som sterke profesjoner, som eksempelvis leger, har for å ha kontroll over utøvelsen av sin profesjon og selv sette grenser for hva de skal gjøre og hvordan standarden for det de gjør skal vurderes. De har med andre ord i utgangspunktet ikke tradisjon for å innordne seg andres ledelse. I samarbeid med annet helsepersonell tildeler helsepersonelloven (§4 Lov om helsepersonell m.v.) legen en overordnet rolle når det gjelder beslutninger i medisinske spørsmål. Hvis legen glemmer at lovparagrafen kun gjelder medisinske spørsmål, kan det bidra til å gjøre samarbeid og samhandling mer utfordrende enn det strengt tatt trenger å være.

## Langsomme og omfattende kommunale prosesser

Flere helseledere pekte på at kommunene er prosessorienterte, prosessene er langsomme og det blir gjerne mange møter over tid. Det er stadig spørsmål om å få med en representant fra fastlegene og det ses på som en utfordring å få fastlegene med i langsiktige utviklingsprosesser, fordi dette tar tid. Tidsbruken ble forsvart på denne måten av en helseleder:

- *Når du holder på å utvikle noe så må du liksom være litt på diskusjon og litt på ideer og litt på prøvfeile og sånn. Og så må du forankre det og så tar det tid ...*

Legene ble av mange oppfattet som at de bevisst holder seg litt utenfor, og at de ikke har kapasitet, vilje eller ønske om å være med tidlig i prosessene. Dermed blir det også problematisk når prosessene har kommet lenger og det ikke er så lett å hekte legene på. Selv om age hadde erfart at langvarige prosesser er en arbeidsform som passer fastlegene dårlig, var likevel en av helselederne vi snakket med i gang med å starte et varig kvalitetsarbeid på legesenteret og planleggingssamarbeid om fastlegetjeneste, legevakt og tilsynsfunksjoner, der både kommuneadministrasjonen, kommunelegen og fastlegene skal møtes jevnlig.

## Takster, møter og behandlingsorientering

En utfordring det ble vist til er at fastlegene ikke ønsker hyppige møter. De ønsker heller ikke veldig lange møter. Flere helseledere pekte på utfordringene med å få fastlegene til å møte i samarbeidsmøter med andre deler av helsetjenesten, og spesielt gjaldt dette privatpraktiserende fastleger. Det ble hevdet at hvis det ikke er en takst for møtet og tilhørende møtetid, så er møtetiden å betrakte som tapt inntekt for fastlegene. Det ble videre hevdet at det ikke er utviklet takster som godt nok matcher de behovene kommunen har for at også privatpraktiserende fastleger deltar. Normaltariffen for fastleger og legevakt inneholder bare én takst for møter. Denne taksten kan bare brukes i forbindelse med møter som har sitt utgangspunkt i behandling eller oppfølging av enkeltpasienter. Det vil med andre ord være kommunens oppgave å finansiere møter som ikke handler om enkeltpasienter, som de har behov for at fastlegene deltar på. Dette kan gjøres innenfor rammen av avtalt offentlig legearbeid eller med særskilt honorar.

Flere helseledere ga uttrykk for at de godt kan forstå fastlegene, fordi de vet at det er takstsystemet som ligger bak den manglende deltakelsen. De mente det vil være vanskelig å integrere fastlegene bedre, så lenge legene styres av takstsystemet. Noen uttrykte imidlertid

irritasjon over at fastlegene benytter takstsystemet – selv om dette gjøres på en måte som er i henhold til intensjonen med systemet. En helseleder syntes at det var drøyt når legene sendte regning på møtedeltakelse, og nevnte et eksempel på et møte hvor en konsulent formidlet hvordan noe ved legekantoret skulle fungere, og kommunen fikk regning fra en fastlege for deltakelsen i formidlingsmøtet etterpå. Dette er et eksempel på at helseledelsen ikke helt aksepterer at finansieringsordningen for privatpraktiserende fastleger påfører kommunen utgifter når de vil ha fastlegene med på møter ut over tiden som brukes til fastlønnet allmennmedisinsk offentlig legearbeid. Ulike typer samarbeid med legene krever altså mye ressurser fra både fastlegene i form av tidsbruk, og fra helseledelsen som må betale ut godtgjørelse for deltakelse i møter.

Flere helseledere trakk frem at fastlegene er behandlingsorienterte og heller vil hjelpe enkeltpasienter enn å sitte i møter. Dette er helt på linje med resultater i andre studier, for eksempel Halvorsen et al. (2013) som fant at den aktiviteten som fastlegene selv gir høyest prioritet og mest verdi, er pasientkontakt hvor de stiller diagnoser og driver behandling. Fastlegen er den eneste aktøren i kommunehelsetjenesten som har et lovpålagt øyeblikkelig hjelp-ansvar og en tilgjengelighetsplikt for en definert populasjon. Prioriteringer og samtidighetskonflikter knyttet til dette ansvaret er trolig en av de viktigste årsakene til at legen av andre kommunale aktører oppfattes som krevende å samarbeide med (Kristoffersen, 2013). Dessuten har leger andre plikter og rettigheter rent medisinsk enn annet helsepersonell, både tradisjonelt og juridisk (Helsepersonelloven). Motstand mot forsøk på å styre fastlegers fagutøvelse må sees i lys av dette personlige ansvaret leger har i sin yrkesutøvelse. Hvis fastlegene kunne bestemme selv, ville de sannsynligvis bruke mindre tid på andre gjøremål som for eksempel administrasjon og møter med den kommunale helseledelsen, noe som er aktiviteter som fastlegene vil måtte bruke mer tid på hvis samhandlingsreformens krav

om å knyttes tettere til kommunens virksomhet og være en ressurs, skal kunne oppfylles. Legenes behandlingsorientering og finansieringssystemet begrenser dermed mulighetene for å utvikle samhandlingen.

## Håndtering av sørge for-ansvaret

Spørsmålet som stilles i dette avsnittet er hvordan helselederne håndterer ansvaret for å sørge for legetjenesten. Vi beskriver eksempler som kom frem i intervjuene med helselederne, som kan tolkes som at de forsiktig trekker i retning av en mer integrert legetjeneste. Intervjuene viser at helselederne er på leting etter hva sørge for-ansvaret skal innebære.

### Rollen som tilrettelegger for samarbeid

Vi fant få eksempler på at det var satt i gang konkrete tiltak for å skape en mer integrert legetjeneste. Den ene typen tiltak for økt integrasjon som vi fant, innebar ikke nye typer samarbeid, men bedre utnyttelse av gamle. Dette gjaldt ett av de tre nye punktene i kommunens sørge for-ansvar, som er å legge til rette for samarbeid mellom fastlegene og helselederne, og mellom fastlegene og andre deler av helsetjenesten. Helseledere i to kommuner trakk frem at de hadde blåst nytt liv i en gammel samarbeidsstruktur; allmennlegetutvalget. Begge kommuner hadde etablert en ordning med fire til seks møter i året med alle allmennlegene. Den ene helselederen pekte på at det var blitt en mye mer stabil dialog mellom helseledelsen og fastlegene det siste året, men uten å konkludere med hva som var årsaken til dette. Den andre helselederen viste til at de hadde etablert et bedre system for disse møtene, hvor en viktig brikke var at det var avklart at fastlegene fikk lønn for å delta. En tredje helseleder viste til at både helseledelsen og fastlegene gjensidig hadde forpliktet seg til å legge til rette for tettere samarbeid, og et opplegg med mer regelmessige møter var i startgropen da helselederen ble intervjuet.

Alle disse tre eksemplene er tegn på økt integrasjon, i betydningen av å ta i bruk «gamle» formelle strukturer for samarbeid, og satse på varige relasjoner med mer stabil deltakelse både fra fastlegenes og helseledelsens side. En helseleder hadde det siste året endret sin holdning, og innsett at det faktisk er lett å samarbeide med legene:

- *For før så tenkte jeg alltid, det er så vanskelig tenkte jeg, men det er jo egentlig så lett fordi at de har det der allmennlegetutvalget og så har vi jo de samarbeidsutvalgsmøtene. Og det er jo nesten ingen som er samlet sånn som de, sant.*

Det andre eksemplet som vi fant på økt integrasjon, var ikke en varig ordning, men en prosjektbasert ordning som oppstod i forbindelse med at en kommune etablerte et nytt helsehus. I planleggingen av dette, hadde fastlegene deltatt i prosjektgrupper og i referansegrupper. Helselederen kommenterte at det har vært uproblematisk å få deltakelse fra fastlegene i dette arbeidet. Dette kan betraktes som et skritt i retning av en mer forpliktende relasjon og løsning av et felles oppdrag.

### Sørge for fastlegens trygghet?

Det er langt mellom utviklingstrekk som kan betraktes som skritt i retning av økt integrasjon av fastlegene, sett fra helseledernes ståsted. Vi finner ikke eksempler som kan tolkes som en utvikling mot mindre autonomi blant fastlegene. Noen helseledere ga uttrykk for at de hadde slått seg til ro med fastlegenes autonomi slik den er i dag. Fastlegenes autonomi kan forklare hvordan helselederne forholdt seg til det ene av de tre nye punktene i fastlegeforskriften, som gjelder å ivareta fastlegens trygghet. I den grad helselederne ga uttrykk for at de var opptatt av forhold som gjelder fastlegens trygghet, så gjaldt dette enkeltsaker og ikke forbedringer på systemnivå. Argumentene var at legene driver for seg selv og er selvstendige, og at legene derfor gjør nødvendige tiltak selv. I den grad helselederne

nevnte eksempler på gjennomførte tiltak for å ivareta fastlegens trygghet, så var dette tiltak som lå flere år tilbake i tid.

Det at vi fant såpass få eksempler på tiltak for å håndtere det utvidede sørge for-ansvaret, er ikke overraskende sett i lys av at i kun om lag halvparten av de undersøkte kommunene hadde helseledelsen diskutert den nye fastlegeforskriften med fastlegene sine, alternativt informert dem, eller de hadde forholdt seg aktivt til minst ett av de nye punktene i forskriften. De øvrige hadde ikke forholdt seg aktivt til den nye fastlegeforskriften. Flere av helselederne pekte på at det de gjorde av nye ting for å sørge for legetjenesten, var å skjerpe praksisen inn mot den nye fastlegeforskriften. De oppfattet ikke kommunens systemansvar for legetjenesten som nytt. De oppfattet det imidlertid som nytt at kommunen skal være mer opptatt av kvalitet og tilgjengelighet til fastlegene.

### Ansvar for kvalitet utfordrer

Flere informanter oppfattet at det spesielt var det som gjelder kvalitet, som var en utfordring med den nye forskriften. Funksjons- og kvalitetskravene handler i første rekke om at virksomheten skal utføres i tråd med nasjonale retningslinjer samt spesifikke krav om fastlegens tilgjengelighet. Kommunene er tildelt det overordnede ansvaret for at funksjons- og kvalitetskravene oppfylles. En helseleder tolket det som at kravet til kvalitet må ligge direkte på legen, og så ikke dette som noe som angikk kommunen og helseledelsen. En annen påpekte at kommunen ikke kontrollerer, og kommenterte kommunens rolle slik:

- *Jeg ser ikke at det har vært noe behov for å gå inn og verken overprøve, overstyre eller, eller å fremme noen nye krav.*

Flere andre helseledere trakk imidlertid frem at de har en viktig rolle i å inkludere fastlegen i det kommunale kvalitetsarbeidet, og at dette kan fremmes gjennom dialog med legene og utvikling av gode rutiner. Flere helseledere snakket om at de var opptatt av å ha dialog

med fastlegene om tilgjengeligheten til legetjenester. De fremhevet at dialog og samarbeid er virkemidlene de vil benytte for å sørge for legetjenesten. Det oppfattes som at det er gjensidig avhengighet mellom helseledelse og fastleger, og det legges opp til forhandlinger og utvikling av tillit mellom partene. Helselederne pekte på at de ikke får gjort så veldig mye hvis ikke fastlegene er med på, og er enig i, hvordan fastlegeforskriften skal tolkes. En helseleder i en mellomstor kommune pekte på at det er forskjell på hva kommunen kan gjøre i «halvprivate» legekontor, hvor det er kommunal leieavtale som inkluderer hjelpepersonell og lokaler, og de helt private legekantorene. Helselederen viste til at de fra kommunens side er mye mer i kontakt med førstnevnte. Kommunen har ingen tradisjon for å komme og kontrollere de helt private kontorene. For fremtiden er det heller ikke planlagt å endre dette, og helselederen foretrakk dialog fremfor tilsyn:

- *Hvis sørge for betyr at det skal være noe interne tilsyn eller noe, så må jeg bare innrette meg på det, men i utgangspunktet så hadde jeg heller ville hatt en dialog på det.*

Flere helseledere viste til at kommunene ikke har kompetanse til å utøve tilsyn med kvaliteten i fastlegetjenesten. De opplevde det som en utfordring å finne ut hvor tett på fastlegene kommunen skal være og hvor mye de skal inn og følge med på hvordan legen jobber. Dette ble rapportert å være et stort diskusjonstema i noen kommuner. Når den faglige tilsynsmyndigheten ligger hos fylkeslegen, så ses dette på som ytterligere komplekst. Det er et dilemma for kommunene å finne ut hvilken myndighet de har til å kunne mene noe om kvalitet overfor de enkelte selvstendige privatpraktiserende fastlegene. Enkelte helseledere drev kontroll av tilgjengeligheten til legetjenesten, for eksempel ved å ringe og teste hvor lang tid det tar før legekantoret tar telefonen. Dette kan ses på som at noen ser seg selv i en slags kontrollørrolle, selv om de selv ikke forklarte det slik:

- *Det er ikke for å kontrollere, men for å henlede oppmerksomheten på tilgjengelighet.*

En annen helseleder ville sette i verk tettere rapportering til helseledelsen på hvorvidt legekantorene møter kravene om tilgjengelighet innen to minutter på telefon og anledningen til å få time innen fem dager. Uansett så illustrerer dette uklare forventninger til kommunens rolle og til relasjonen mellom legene og helseledelsen. For å møte dette inntar på den ene siden helseledelsen en slags kontrollørrolle. På den andre siden legges det opp til økt tillit mellom likeverdige parter, og helseledelsen inntar en rolle med aspekter fra en mediatørrolle (Ansell & Gash, 2012), som er basert på tillitsbygging, dyrking av relasjoner og det å finne møtepunkter mellom posisjoner.

## Oppsummering og konklusjoner

I artikkelen har vi beskrevet hvordan kommunale helseledere oppfattet integrasjonsutfordringer i legetjenesten, og hvordan kommunens utvidede ansvar for å sørge for fastlegetjenesten ble håndtert. Helselederne pekte på utfordringer i samarbeidet med fastlegene som gjaldt sviktende kommunikasjon, svakheter i eksisterende formelle strukturer for samarbeid og ønsker om å trekke fastlegene mer inn i samarbeidet med andre kommunale enheter. Helselederne pekte på at legenes økonomiske rammebetingelser og behandlingsorientering begrenser deltakelsen i kommunale prosesser.

En spesiell utfordring var det nye ansvaret for å sørge for kvalitet. Fastlegeforskriften som et element i samhandlingsreformen kan i noen grad tolkes som inspirert av New Public Management (NPM), med kommunene som ansvarlige for kvalitet og vektlegging av kvalitetskrav for legekantorene, som det potensielt kan bygges et kontrollbyråkrati rundt. Resultatene tyder imidlertid på at kommunene

heller vil utvikle dialogen om kvalitet, enn å bygge opp et byråkrati for å kontrollere virksomheten på legekantoret. Vi kan oppsummere hvordan helselederne forsto og fortolket kommunens sørge for-ansvar for legetjenesten med at de syntes det var en stor utfordring å avgjøre hvor tett på fastlegene kommunen faktisk skal være, og om, og eventuelt hvordan, de skal kontrollere den jobben fastlegene gjør. Flere helseledere foretrakk en arbeidsmåte som innebærer dialog med fastlegene. Det lokale handlingsrommet for samhandling med fastlegene ble imidlertid oppfattet å være «trangt» og vanskelig å manøvrere i. Denne foretrukne tilpasningen kan forklares med at helselederen har begrensede ledelsesmuligheter, gitt hvilken arena legekantorene er. Legekantorene kan ses på som ekspertorganisasjoner (Strand, 2001) – det vil si arenaer preget av fagutøvelse, hvor legene har stor autonomi og stort ansvar, og hvor lojaliteten først og fremst er rettet mot pasienten og profesjonen og i mindre grad mot den kommunale helseledelsen. Den administrative helselederen kan formelt ha høyere rang, men er lederen selv ikke lege, vil gjerne helselederen mangle faglig legitimitet hos fastlegene, og myndighet brytes mot kyndighet.

Den nye fastlegeforskriften synes så langt å ha bidratt til at helselederne tenker noe nytt omkring samarbeid med fastlegene, men at det er begrenset hva de mener at de kan få iverksatt. Fra andre land ser resultatene av reformer med mål om økt integrering og økt tverrprofesjonelt samarbeid med fastlegene foreløpig også ut til å være beskjedne. I Quebec i Canada ble det for eksempel funnet et potensial for økt integrasjon i primærhelsetjenesten gjennom etablering av 95 lokale helsenettverk. Disse har «territorialisert» samarbeidet, det vil for det første si avgrenset samarbeidet til et definert nettverksområde, og for det andre forbedret samarbeidet mellom de ulike aktørene i helsetjenesten innenfor et nettverksområde. Forbedringen omfatter ikke private klinikker (Breton et al., 2013).

Det definerte idealet som er gitt gjennom

samhandlingsreformen er en helsetjeneste hvor fastlegen skal integreres bedre både styrings- og systemmessig. De skal knyttes tettere til kommunens virksomhet, ha et mer avklart forhold til den kommunale helseledelsen og være premissleverandør og ressurs både for kommune og helseforetak.

Andelen fastleger som ønsker fast lønn vokser, og hvis dette fører til en økning i andelen kommunalt ansatte fastleger, vil dette i fremtiden trolig bedre rammebetingelsene for å trekke flere fastleger mer med i kommunens øvrige helsearbeid. Kommunene bør trolig tenke gjennom hvordan de ønsker og har mulighet til å integrere fastlegene bedre innenfor de begrensningene finansieringssystemet for privatpraktiserende fastleger gir. Ett forhold som kan styrke sjansen for å få til økt integrering, er et generasjonsskifte i fastlegekorpset da det har vist seg at yngre fastleger deltar hyppigere i tverrfaglig arbeid enn eldre (Hellevik og Gjesdal, 2010). Men det nytter ikke å basere seg på at yngre leger vil gjøre dette arbeidet gratis.

Avhengigheten mellom deltakerne i kommunalt helsearbeid forutsettes å øke med økt integrering. Det igjen bygger på en viss likeverdighet mellom deltagerne. Samtidig er det slik at fastlegene ikke vil fravike sin autonomi og autoritet med hensyn til medisinsk ansvar, som de er tildelt gjennom lovverket. På basis av dette vil vi stille spørsmål ved om det i det hele tatt er mulig å forvente «økt integrering» slik det ganske generelt og diffust er beskrevet i stortingsmeldingen om samhandlingsreformen. Det er liten grunn til å forvente større endringer, så lenge problemforståelsen med hensyn til kommunens sørge for-ansvar og beskrivelsen av hva en mer integrert legetjeneste i praksis innebærer er vag og uklar. Med utgangspunkt i vår definisjon av begrepet integrering (jmfør figur 3), registrerer vi at det fra helsemyndighetens side ikke er gjort noen grep for større grad av formalisering, ressursdeling eller endringer i legens autonomi gjennom lovverk eller forskrift. Uten konkrete virkemidler blir det i stor grad ønsketenkning å styrings-

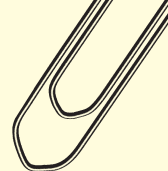


og systemmessig få til å integrere fastlegene bedre med kommune og helseforetak. Vi har sett tegn på at etablerte formelle strukturer

som allmennlegeutvalg har fått nytt liv, men dette synes som svært beskjedne resultater sett i forhold til ambisjonene.

## KILDER

- Aasland OF, Akre V. (2003) *Fra distriktslege til resultatområder. Leger som ledere i primærhelsetjenesten*. Oslo: Legeforeningens forskningsinstitutt.
- Ansell C, Gash A. (2012) Stewards, Mediators and Catalysts: Towards a Model of Collaborative Leadership. *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal*, Vol. 17(1): article 7.
- Berg O. (2006) *Fra politikk til økonomikk. Den norske helsepolitikks utvikling det siste sekel*. Tidsskriftets skriftserie. Den norske lægeforening.
- Breton M, Pineault R, Roberge D, Da Silva RB, & Prud'homme A. (2013). Reforming healthcare systems on locally integrated basis: is there a potential for increasing collaborations in primary healthcare? *BMC Health Services Research* 8(13): 262.
- Chaix-Couturier C, Durand-Zaleski I, Jolly D et al. (2000). Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues. *International Journal of Quality Health Care* 2000; 12(2): 133–42.
- Dalbak, LG. Takstsystemet og prioritering i allmennpraksis. (2009). Side 149–161 i Wimar B, Bruusgaard P, Frich JC & Fugelli P. *Penger og verdier i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal.
- Fraser J. Professional autonomy: Is it the future of general practice? (2006). *Australian Family Physician* 35 (5) 353-5.
- Friedson E. (1994). *Professionalism Reborn*. Chicago: University of Chicago Press.
- Gaski M, Abelsen B. (2013). *Forsterket legetjeneste i kommunene. Virkninger for kommunene av ny fastlegeforskrift*. (Norut Alta rapport 2013:8). Alta: Norut Alta.
- Goodwin N. (2001). The longterm importance of English primary care groups for integration in primary health care and deinstitutionalisation of hospital care. *International Journal of Integrated Care* 1: 1–10.
- Gosden T, Forland F, Kristiansen IS, Sutton M, Leese B, Giuffrida A, Sergison M & Pedersen L. (2000). Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians. *Cochrane Database Systems Review*, Cd002215. DOI: 10.1002/14651858.CD002215.
- Hagen TP. (2009). Finansieringsordninger som styringsredskap i helsetjenesten. Side 21–38 i Wimar B, Bruusgaard P, Frich JC & Fugelli P. *Penger og verdier i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal.
- Halvorsen PA, Edwards A, Aaraas IJ, Aasland OG & Kristiansen IS. (2013). What professional activities do general practitioners find most meaningful? Cross sectional survey of Norwegian general practitioners. *BMC Family Practice* 14(1): 41.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling på rett sted til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009/id567201/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). Høringsnotat om revidert fastlegeforskrift m.m. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Hetlevik Ø, Gjesdal S. (2010). Norwegian GPs' participation in multidisciplinary meetings: a register-based study from 2007. *BMC Health Services Research* 10(1): 309.
- Holte JH, Abelsen B, Halvorsen PA & Olsen JA. (2015). General practitioners' altered preferences for private practice vs. salaried positions: A consequence of proposed policy regulations? *BMC Health Services Research*, 15(1): 119. DOI 10.1186/s12913-015-0777-4
- Kann I, Biørn E, & Lurås H. (2010). Competition in general practice: Prescriptions to the elderly in a list patient system. *Journal of Health Economics* 29(5): 751–764.
- Keast R, Brown K, & Mandell M. (2007). Getting the Right Mix: Unpacking Integration Meanings and Strategies. *International Public Management Journal* 10(1): 9–33.
- Kristoffersen JE. (2013) Utfordringer i fastlegeordningen. I Veggeland N (red): *Reformer i norsk helsevesen*. Trondheim: Akademika forlag.
- Legeforeningen. (2014). Normaltariff for fastleger og legevakt 2014–2015.
- Lerang I (1999). Helse- og sosialsjefene: vurdering av legetjenesten, kontraktsforhold og fastlegeordningen. Discussion paper nr 4/1999. Sandvika: Handelshøyskolen BI.
- McDonald, J., Davies, G. P., & Harris, M. F. (2009). Interorganisational and interprofessional partnership approaches to achieve more coordinated and integrated primary and community health services: the Australian experience. *Australian Journal of Primary Health*, 15(4), 262–269.
- O'Looney J. (1997). Making Progress toward Service Integration: Learning to use Evaluation to Overcome Barriers. *Administration in Social Work* 21 (3/4): 31–65.
- Paulsen B, Lippestad J. & Johnsen R. (2010) Samhandlingsreformen, kommunal helseadministrasjon og legetjenesten i kommunene. Trondheim: SINTEF Rapport A16806.
- Sandvik H. (2006) Evaluering av fastlegereformen 2001–2005. Sammenfatning og analyse av evalueringens delprosjekter. Oslo: Norges forskningsråd. <http://evalueringssportalen.no/evaluering/evaluering-av-fastlegereformen-2001-2005-sammenfatning-og-analyse-av-evalueringens-delprosjekter>.
- Strand T. (2001/2007) *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Waldorff SB. & Reay T. (2011). Collaborative innovation in health care: The case of family physicians. Working paper No: 6/2011. The 2nd ABC-workshop, Boston, September 2011. [www.ruc.dek/CLIPS](http://www.ruc.dek/CLIPS).



## KOMMUNENS «SØRGE-FOR»-ANSVAR OG ENDRINGER I ANSVARET

Kommunens «sørge-for»-ansvar i forbindelse med den nye fastlegeforskriften som kan oppsummeres i sju punkter (..). Kan du innledningsvis si noe om hvordan din kommune har forholdt seg til den nye fastlegeforskriften?

### FASTLEGENS TRYGGHET

Bestemmelser i fastlegeforskriften pålegger kommunen å sørge for å iverksette nødvendige tiltak for å ivareta tryggheten til fastleger som opplever vold eller trusler mot seg selv, sin familie og/eller sine medarbeidere. Har dere noen planer i forhold til dette som er under arbeid eller vedtatt? Eller tiltak som er iverksatt? I tilfelle; hvilke?

### VIDEREUTVIKLING AV KVALITET I ALLMENNLEGETJENESTEN OG LEGEVAKT

Forskriften tildeler kommunen det overordnede ansvaret for at funksjons- og kvalitetskravene i fastlegeordningen §§ 17–30 overholdes. HOD tolker dette som et prosesskrav om at kommunene skal drive med systematisk arbeid for kvalitetsforbedring.

- Oppfatter dere i kommunen at både prosesskravet og det overordnede ansvar for at funksjons- og kvalitetskravene til fastlegene overholdes, er kommunens oppgaver?
- Hvordan vil man fra kommunens side konkret følge opp de definerte funksjons- og kvalitetskravene som stilles til fastlegene? (f.eks. faglig forsvarlighet, tilgjengelighet: få time innen 5 dager, svare på 80 % av telefonhenvendelse innen 2 minutter, motta timebestilling elektronisk, øyeblikkelig hjelp i åpningstiden)? Planer vedtatt/tiltak igangsatt?
- Har dere konkrete planer for videreutvikling av kvalitet i allmennlegetjenesten?
- Hvordan tenker du at det er viktig for kommunen å arbeide med å forbedre kvalitet i legetjenesten?

- Hvilke planer har kommunen for videreutvikling av kvalitet i legevakt?

### TILRETTELEGGING FOR SAMARBEID

Fastlegeforskriften pålegger kommunen å legge til rette for samarbeid med fastlegene. Kommunen skal også sørge for god integrering av fastlegetjenesten og legge til rette for samarbeid mellom den og andre kommunale tjenester. Kommunene pålegges også ansvar for å legge til rette for godt samarbeid mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten. Forskriften spesifiserer ikke noen nærmere om hvordan de ulike formene for samarbeid skal organiseres.

- Hvordan legger dere i kommunen til rette for samarbeid med fastlegene – altså mellom dere i kommunens helseledelse og fastlegene
- Hvordan legger dere til rette for samarbeid mellom fastlegene og andre kommunale instanser?
- Hvordan legger dere til rette for samarbeid mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten?

### PLANER FOR REKRUTTERING

- Hvordan har dere organisert legevakt; bruker kun fastleger? Interkommunalt samarbeid?
- Har kommunen konkrete planer for rekruttering av leger (allmennlegetjeneste og legevakt) Hvilke? Er planer vedtatt/tiltak igangsatt?

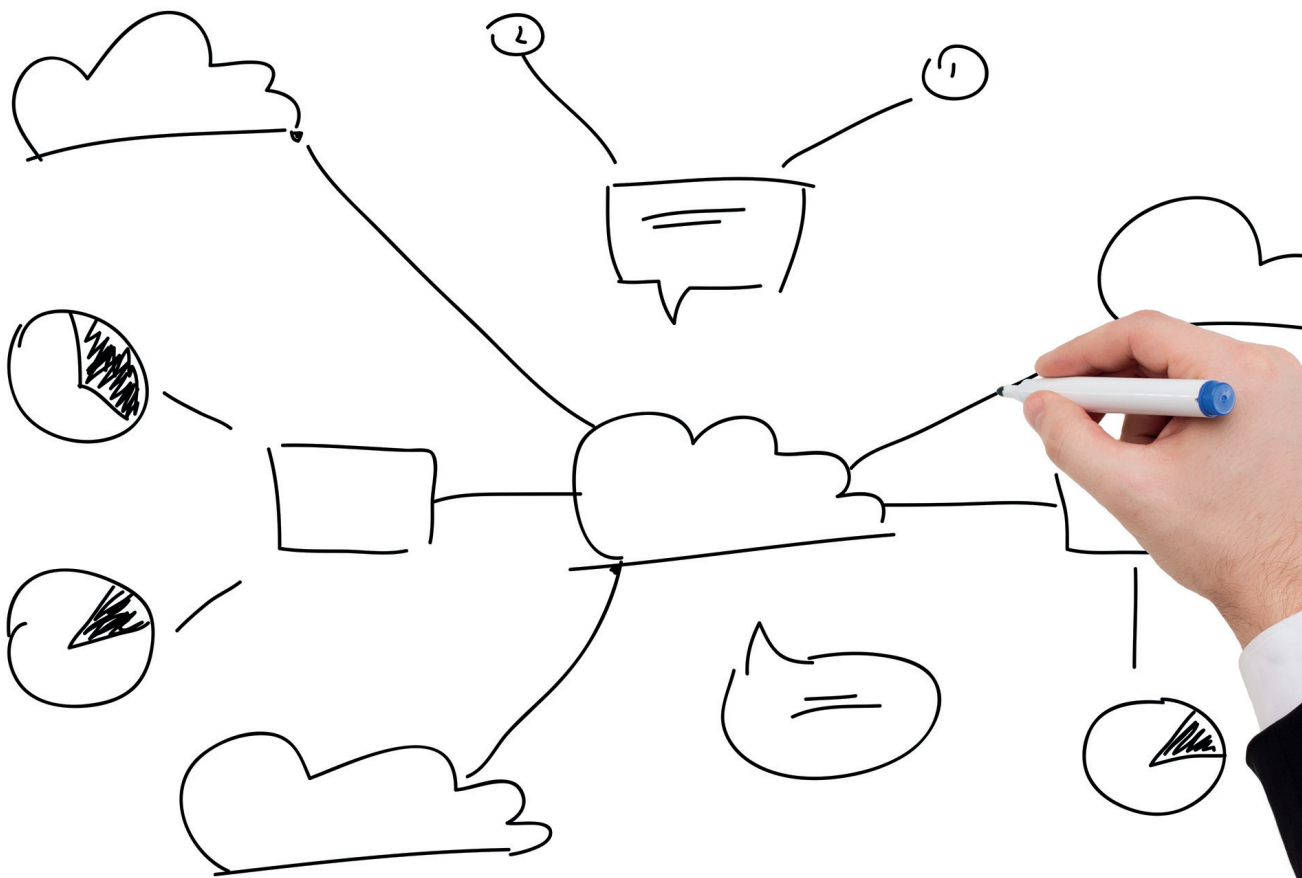
### PLANER FOR KOMPETANSEHEVING

- Har kommunen konkrete planer for kompetanseheving i allmennlegetjenesten knyttet til utvikling av kvalitet? Hvilke? Planer vedtatt /tiltak igangsatt?
- Har kommunen konkrete planer for kompetanseheving i legevakt knyttet til utvikling av kvalitet? Hvilke? Er planer vedtatt/tiltak igangsatt?

# OVERORDNET KOMMUNAL PLANLEGGING I ET FOLKEHELSE- PERSPEKTIV

**Arve Negaard**, lektor ved Høgskolen i Østfold

ARTIKKELEN ER FAGFELLEVDERT



## Innledning

Kommunesektoren er i ferd med å bevege seg fra et New Public Management-perspektiv med vekt på organisering gjennom arbeidsdeling mellom autonome, konkurrerende enheter, til et whole-of-government-perspektiv med større vekt på horisontal koordinering gjennom samarbeid på tvers av grensene mellom fag, virksomheter og sektorer internt i kommunene, og vertikal koordinering fra regjeringen ned gjennom de ulike nivåene i offentlig sektor og til de utøvende leddene. Det legges også større vekt på et whole-of-society-perspektiv med partnerskap mellom aktørene i kommunene og aktører i samfunnet som blir berørt av de kommunale sakene. Det er en erkjennelse av at de komplekse og gjenstridige oppgavene kommunesektoren skal løse, såkalte *wicked problems*, ikke lar seg løse ved å splitte dem opp og delegere dem til autonome enheter. De krever en koordinert tilnærming, der berørte aktører i samfunnet trekkes med som sidestilte parter i arbeidet med å finne fram til løsninger og iverksette dem. Utviklingen i Norge følger en trend i hele den vestlige verden. Trenden har vært sterkest i de landene som gikk lengst i å innføre prinsippene i New Public Management, som Storbritannia og Australia, men vi finner den også i Norge. Endringene i folkehelsearbeidet og overordnet kommunal planlegging er en del av denne utviklingen.

Folkehelsearbeidet var en del av helsesektorens oppgaver, forankret i kommunehelse-tjenesteloven, og ble med folkehelse-loven av 2011, løftet ut av helsesektoren og gjort til en overordnet tverrfaglig, tverrsektoriell og nivåovergripende oppgave. (Christensen og Lægereid 2006) (Australian Public Service Commission 2007) (WHO Europe 2013, 33) (Negaard 2015, 60–62, 85–87).

I artikkelen drøftes det om det er et sam-svar mellom det ut-trykte behovet for

sterkere koordinering i kommunal planlegging av samfunnsutviklingen, de overordnede vedtakene i plan- og bygningsloven av 2008 og folkehelse-loven av 2011 som regulerer denne planleggingen – og oppfølgingen av disse overordnede føringene i detaljbestemmelser og tolkninger.

Artikkelen skisserer elementene i en plan og hvordan de overordnede bestemmelsene i plan- og bygningsloven legger til rette for en helhetlig og koordinert overordnet planlegging i kommunene. Samtidig peker den på detaljbestemmelser i plan- og bygningsloven som har vært i konflikt med de overordnede bestemmelsene. Artikkelen drøfter hvordan disse detaljbestemmelsene har vært forankret i fagtradisjonene som planmedarbeidere har blitt sosialisert inn i, sektoridentiteter og sektorenes forståelseshorisonter og metoder. Samtidig peker den på at bildet ikke er statisk, og at utviklingen vi nå er inne i kan åpne noen mulighetsvinduer.

## Teoretisk og metodisk tilnærming

Artikkelen legger til grunn en organisasjons-teoretisk tilnærming til temaet, forankret i historie med vekt på hvordan rolleforståelse og lovtolkning endres over tid, og statsvitenskapelig teori om offentlig planlegging.

Artikkelen legger til grunn at arbeidsdeling og spesialisering, både mellom individer og enheter, er ett av de grunnleggende prinsippene bak effektiviseringen i arbeidslivet som har gjort det moderne samfunnet med en høy levestandard for brede befolkningsgrupper mulig. Med arbeidsdelingen følger imidlertid formelle skiller mellom ulike spesialister og en profesjonalisering som kan skape koordineringsproblemer og gi et koordineringsbehov. Konflikten mellom behovet for arbeidsdeling og spesialisering på ene siden, og helhetlige tilnærminger og koordinering på den andre, kan ikke løses. Den er et dilemma som må håndteres. Samarbeid og koordinering er ikke

et alternativ til spesialisering og profesjonalisering, men et supplement (Jacobsen 2004, 75-83).

I tradisjonell planleggingsteori, basert på rasjonell, målrettet planlegging, er det en underliggende forutsetning at det er et samsvar mellom det organisasjoner sier, det de vedtar og det de gjør. Den svenske organisasjonsteoretikeren Nils Brunsson peker på at denne tradisjonelle management-teorien er lite egnet når vi skal beskrive og forklare hvordan politiske organisasjoner som kommuner og stater skal håndtere interesser, ideologier og krav som er i konflikt med hverandre. De skal ikke nå ett overordnet mål, som generell planleggingsteori ofte forutsetter, men mange som gjensidig utelukker hverandre.

Skal vi forstå hva som skjer i politiske organisasjoner, kan det være nødvendig å skille mellom det aktørene sier, det de beslutter og det de gjør. Når det aktørene sier, beslutter og gjør peker i forskjellige retninger, trenger det ikke å komme av at de er frikoblet eller løst koblet i forhold til hverandre, det kan være koblet på en annen måte enn vi er vant til. I enkle situasjoner er det normalt samsvar mellom det vi sier, beslutter og gjør. I komplekse og konfliktfylte situasjoner kan det vi sier og det vi beslutter kompensere for det vi ikke får gjort. Den som ikke får innfridd sine krav gjennom organisasjonens handlinger, kan i det minste få en verbal støtte gjennom det som blir sagt og besluttet. Det er ikke bare resultatene som gjør en organisasjon legitim, hva den sier og beslutter kan også bidra (Brunsson 2002, 13-39).

Artikkelen er ikke en rettsvitenskapelig analyse, men den bruker enkelte begreper og teori fra rettskildelæren, hentet fra Torstein Eckhoffs bok om rettskildelære (Eckhoff 2001), Sverre Blandhols bok om reelle hensyn i juridisk argumentasjon (Blandhol 2013) og to kommentarutgaver til plan- og bygningsloven (Innjordet 2010, Tyrén 2010).

Det er gjort dokument søk gjennom Oria på departementenes hjemmesider og i Lovdata. Pro over relevante lover og lovforarbeider.

I tillegg til dokumentstudier, er spørsmålet om lovforståelse drøftet med Planavdelingen i Kommunal- og moderniseringsdepartementet gjennom samtaler, e-poster og brev.

## Elementene i en plan

Planer bygger som regel på:

- en beskrivelse av den gitte situasjonen, med en forklaring på hvordan den har oppstått, hvordan den sannsynligvis vil utvikle seg i tiden som kommer, og de bakenforliggende årsakene til dette,
- normer for hvordan situasjonen bør være, som legger et grunnlag for en evaluering av den gitte situasjonen, og fastsetting av mål som beskriver en ønsket situasjon i fremtiden,
- strategier og tiltak som beskriver hva som skal gjøres for å bevege den gitte situasjonen i retning av den ønskede, med en forklaring på hvordan strategiene og tiltakene vil virke.

Planarbeid er analyser av årsaksforhold, hvor vi spør hva som er de bakenforliggende årsakene både til ønskede og uønskede forhold i den gitte situasjonen. Vi spør hva som kan gjøres for å endre kjedene av årsaker og virkninger, og hvilke tiltak som kan motvirke negative konsekvenser og stimulere positive.

Den svenske statsviteren Lennart Lundquist har analysert beslutningsprosesser i offentlig sektor i Sverige, og peker på at de tre hovedelementene i punktene ovenfor er tre forskjellige typer teori; deskriptiv, normativ og konstruktiv teori. Deskriptiv teori beskriver hvordan situasjonen er og hvordan den kan forklares. Normativ teori beskriver hvordan situasjonen bør være og hvordan den kan rettferdiggjøres. Konstruktiv teori beskriver hvordan situasjonen kan bli, og hvordan vi kan oppnå dette (Lundquist 1998, 28).

Figuren nedenfor gir en forenklet, idealtypisk framstilling av sammenhengen mellom elementene i planarbeidet. Figuren illustrerer



hvordan situasjonsanalysen ligger til grunn både for evaluering og prediksjon. Evaluering og prediksjon ligger til grunn for fastsettingen av mål, og prediksjon og mål ligger til grunn for fastsettingen av strategi og tiltak:

		Tidsperspektiv	
		Fortid	Framtid
Teori- type	Deskriptiv	Situasjons- analyse	Prediksjon
	Normativ	Evaluering	Mål
	Konstruktiv	---	Strategi, tiltak

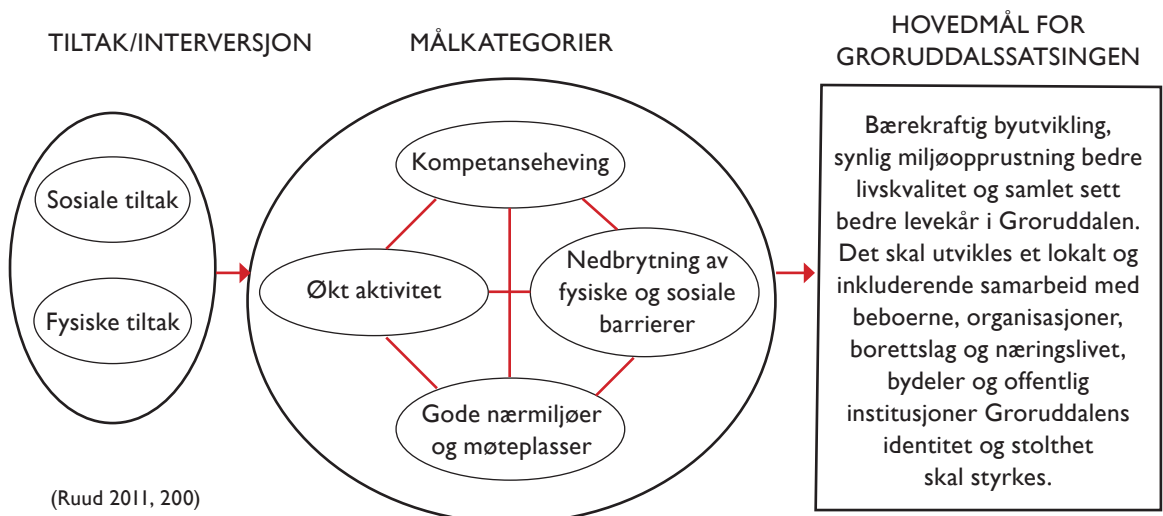
Det er et samspill mellom alle elementene i planarbeidet, som gjør at den normative og den konstruktive teorien kan avgrense den deskriptive. Våre normer for hva som er vesentlig og uvesentlig avgrenser hva vi retter oppmerksomheten mot når vi beskriver den gitte situasjonen. Vi konsentrerer oss om det vesentlige, og lar det uvesentlige ligge. På samme måte kan våre teorier om hva det er mulig til å gjøre noe med, avgrense hva vi retter oppmerksomheten mot i den gitte situasjonen. Vi konsentrerer oss om det vi har en mulighet til å gjøre noe med.

Planlegging er en prosess som fører fram til vedtak av tiltak. Er planleggingen i utgangspunktet avgrenset til å omfatte en bestemt type tiltak, vil det få ringvirkninger for alle de andre elementene i planarbeidet. Tiltakene en kommune kan benytte i sine planer, kan omfatte tre hovedtyper ressurser:

- **Realkapital;** arealer og råvarer fra naturen, anlegg og infrastruktur, bygninger, maskiner, inventar og utstyr
- **Finanskapital;** kontantbeholdning og andre likvide midler
- **Humankapital;** arbeidskraft og kompetanse, organisasjon, strukturer og systemer og relasjoner internt og eksternt

I arbeidet med komplekse og gjenstridige oppgaver, som å snu en uønsket samfunnsutvikling, kan det være nødvendig å sette i verk flere tiltak samtidig, som involverer flere aktører og tar i bruk flere ressurser. Samspillseffektene kan gjøre at tiltakene gjensidig forsterker hverandre, slik at helheten blir mer enn de enkelte delene. Først når det samlede trykket blir stort nok, kan vi forvente en utvikling som overviner motkreftene i den gitte situasjonen.

Groruddalssatsingen i Oslo er et eksempel på en slik områdeutvikling i et whole-of-government- og whole-of-society-perspektiv, der



både regjering, kommune og lokalsamfunn er involvert, og hvor det satses bevisst på å utvikle samspillseffekter. Modellen nedenfor er hentet fra midtveisevalueringen av prosjektet fra 2011. Den viser hvordan en kombinasjon av sosiale og fysiske tiltak sammen bidrar til å nå mål i ulike kategorier som samspiller med hverandre og hovedmålet for Groruddalssatsingen.

## Bestemmelser som legger til rette for en helhetlig og koordinert overordnet planlegging i kommunene

Plan- og bygningsloven av 2008 regulerer den overordnede planleggingen i kommunene, som skal sette mål for den fysiske, miljømessige, økonomiske, sosiale og kulturelle utviklingen i kommuner og regioner, avklare samfunnsmessige behov og oppgaver og angi hvordan oppgavene kan løses (plan- og bygningsloven 2008, § 3-1a). Kommunen skal vedta en planstrategi og en kommuneplan med en samfunnsdel og en arealdel som skal være den overordnede planen for all kommunal planlegging. I tillegg kan kommuneplanen også omfatte kommunedelplaner for bestemte områder. Det kan være planer for bestemte virksomhetsområder eller temaplaner for eksempel for folkehelse (plan- og bygningsloven 2008, §11-1).

Kommuneplanens samfunnsdel skal ta stilling til langsiktige utfordringer, mål og strategier for kommunesamfunnet som helhet og kommunen som organisasjon (plan- og bygningsloven 2008, §11-2). For kommuneplanens samfunnsdel og kommunedelplaner skal det i tillegg utarbeides en handlingsdel på (minst) fire år som revideres hvert år, og som konkretiserer planene og fastsetter hvilke tiltak som skal gjennomføres (plan- og bygningsloven 2008: §§ 11-1, 11-2).

Kommuneplanens handlingsdel etter plan- og bygningsloven og økonomiplanen etter

kommuneloven, har i stor grad vært overlappende både når det gjelder tidshorison, rulling og innhold, men har vært regulert av to adskilte lovverk som ofte har vært forvaltet av to adskilte enheter i kommuneadministrasjonen. Det har blitt vurdert som lite hensiktsmessig (Hansen og Negaard 2006, 125-126). I plan- og bygningsloven av 2008 ble det lagt til rette for å samordne denne delen av planarbeidet. Det ble åpnet for at økonomiplanen, etter bestemmelsene i kommuneloven, kan inngå i kommuneplanens handlingsdel (plan- og bygningsloven 2008, § 11-1). De to lovene som regulerte overordnet planlegging i kommunene ble koblet sammen, og det ble lagt til rette for en koordinert planlegging av bruk av realkapital og finanskapital.

I plan- og bygningsloven av 2008 ble i tillegg folkehelsearbeidet løftet fram som en av de overordnede oppgavene i planleggingen. I lovens § 3-1 punkt f ble det fastsatt at planer etter plan- og bygningsloven skal «fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller, samt bidra til å forebygge kriminalitet.» Plan- og bygningsloven fra 2008 ga rammevilkårene for utviklingen av den nye folkehelseloven fra 2011, der folkehelsearbeidet blir definert som en overordnet, tverrfaglig, sektorovergripende og nivåovergripende oppgave.

Helse- og omsorgsdepartementet har lagt vekt på å bygge ned skillene i planarbeidet for folkehelse og miljø og samfunn. I forarbeidet til folkehelseloven, pekte departementet på at et viktig element i det systematiske folkehelsearbeidet er at det er forankret på politisk nivå gjennom plansystemet i plan- og bygningsloven (Prop 90L 2010-11:54). Helse- og omsorgsdepartementet frarådet egne plankrav for folkehelse:

- *Departementet mener det er viktig at folkehelsearbeidet i kommunesektoren knyttes til planlegging etter plan- og bygningsloven. Dersom kommuner og fylkeskommuner skal integrere helsehensyn og fremme folkehelse innenfor alle sine*

sektorer, bør dette heller integreres i kommuneplanene etter plan- og bygningsloven, framfor å oppstille egne plankrav for folkehelse (Prop 90L 2010-11:54).

*Folkehelseloven har bestemmelser om at kommunen skal utarbeide en oversikt over helsetilstanden i kommunen og faktorer som påvirker den.*

Fra departementets og regjeringens side ble det altså lagt sterke føringer for at kommuneplanen også skal omfatte folkehelsearbeidet. Det gjenspeiles i bestemmelser i folkehelseloven.

Folkehelseloven har bestemmelser om at kommunen skal utarbeide en oversikt over helsetilstanden i kommunen og faktorer som påvirker den. Denne oversikten skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi etter bestemmelsene i plan- og bygningsloven, og kommuneplanene. Folkehelseloven fastsetter at kommuneplanene skal omfatte mål og strategier for folkehelsearbeidet som tar utgangspunkt i oversikten over helsetilstanden og er egnet til å møte de utfordringene kommunen står overfor (Folkehelseloven §§ 5, 6 og 7). Det er bemerkelsesverdig at Stortinget her har gitt bestemmelser i folkehelseloven som regulerer innholdet i planer etter plan- og bygningsloven. Normalt legges slike presiseringer inn i den loven som presiseringen gjelder.

Folkehelseloven slår fast at i folkehelsearbeidet er det nødvendig å ta i bruk et bredt spekter av tiltak, også tiltak som omfatter bruk av humankapital. Folkehelseloven har denne bestemmelsen om folkehelseiltak:

- *Kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer, jf. § 5. Dette kan blant annet omfatte tiltak knyttet til oppvekst- og levekårsforhold som bolig, utdanning, arbeid og inntekt, fysiske og sosiale miljøer, fysisk aktivitet, ernæring, skader og ulykker, tobakksbruk og alkohol- og annen rusmiddelbruk (folkehelseloven 1991, § 7).*

Tiltakene som er nevnt, krever bruk av både realkapital (bolig), humankapital (utdanning

og arbeid mv) og finanskapital (inntekt). Definisjonen av «tiltak» i folkehelselovens § 7 er ikke uttømmende, siden det er brukt formuleringen «Dette kan blant annet omfatte ...». Det er reelle hensyn med gode faglige grunner for denne brede og åpne bruksmåtedefinisjonen av folkehelseiltak (Dahl 2014).

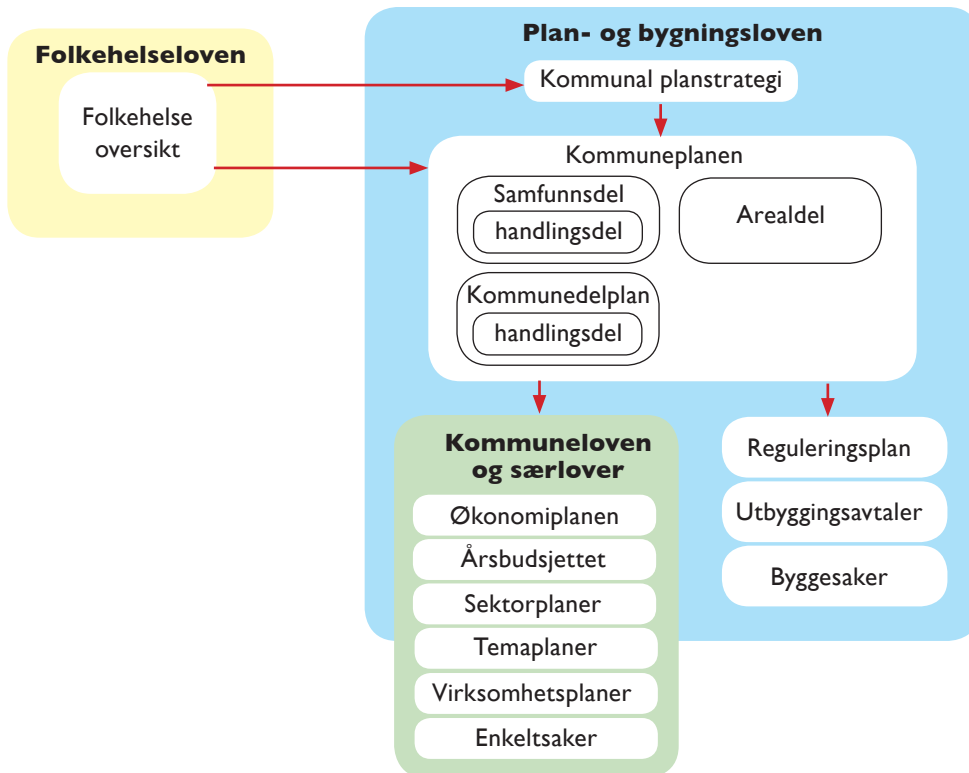
Kommuneplanen skal altså omfatte nødvendige tiltak for å møte kommunens helseutfordringer, tiltak som kan omfatte bruk av både realkapital, humankapital og finanskapital. Økonomiplanen kan inngå i handlingsdelen til kommuneplanen.

Med disse bestemmelsene fremstår kommuneloven, plan- og bygningsloven og folkehelseloven som et integrert lovverk som legger til rette for et integrert og koordinert planarbeid i et whole-of-government-perspektiv.

## Modell for planhierarkiet i kommunene

Modellen nedenfor viser reguleringen av planarbeidet gjennom kommuneloven, plan- og bygningsloven og folkehelseloven.

- Folkehelseoversikten gir føringer for kommunens planstrategi og kommuneplanen.
- Kommunens planstrategi ligger til grunn for kommuneplanen.
- Den samlede kommuneplanen består av en samfunnsdel og en arealdel, og eventuelle kommunedelplaner for bestemte temaer eller områder.
- Både kommuneplanens samfunnsdel og kommunedelplaner skal ha en handlingsdel som konkretiserer planene og fastsetter hvilke tiltak som skal gjennomføres.
- Den samlede kommuneplanen danner grunnlag for all kommunal planlegging.



Økonomiplanen kan inngå i samfunnsdelens handlingsdel.

- Ut fra disse overordnede planene konkretiseres planene nedover i kommunens planhierarki gjennom årsbudsjett, sektorplaner, temaplaner, virksomhetsplaner og ned til enkelt saker.
- Kommuneplanen danner også grunnlag for hierarkiet innen plan- og bygningsområdet, gjennom reguleringsplaner, utbyggingsavtaler og ned til byggesaker, slik figuren nedenfor viser.

De overordnede bestemmelsene i plan- og bygningsloven av 2008 og folkehelseoversikt av 2011 legger til rette for en helhetlig og koordinert planlegging i kommunene i et whole-of-government- og et whole-of-society-perspektiv.

## Oppfølging av de overordnede bestemmelsene i detaljbestemmelser og tolkninger av plan- og bygningsloven

### Definisjonen av «tiltak» i plan- og bygningsloven

Djevelen ligger i detaljene, sier et ordtak. De konkrete små detaljene kan avgjøre i hvilken grad de overordnede målene lar seg realisere, eller om de forblir stjerner på himmelen som det ikke er mulig å strekke seg etter. Hvilke tiltak som kan bli tatt i bruk i handlingsdelen til kommuneplanens samfunnsdel er en slik detalj. Er det mulig å ta i bruk det brede spekteret av tiltak som folkehelseoversikt forutsetter at må kunne tas i bruk, og som prosjekter som

Groruddalssatstingen har vist at er nødvendig å kombinere for å få de ønskede samspillseffektene?

Det første kapittelet i plan- og bygningsloven av 2008 omfatter fellesbestemmelser for hele loven. I § 1–6 i dette kapittelet er «tiltak» i planer etter plan- og bygningsloven definert og avgrensningen til fysiske tiltak i bygg, anlegg og arealdisponering:

• **§ 1-6 Tiltak**

*Med tiltak etter loven menes oppføring, riving, endring, herunder fasadeendringer, endret bruk og andre tiltak knyttet til bygninger, konstruksjoner og anlegg, samt terrenginngrep og opprettelse og endring av eiendom, jf. § 20-1 første ledd bokstav a til m (plan- og bygningsloven 2008, §1-6 første ledd, første punktum)*

Av forarbeidene går det fram at definisjonen av «tiltak» i sitatet ovenfor skal gjelde både for plansaker og byggesaker (Ot.prp. nr. 32 (2007-2008), 194). Slik bestemmelsen i § 1-6 har blitt forstått, kan planer etter plan- og bygningsloven bare omfatte denne typen tiltak.

Hva kan det komme av at plan- og bygningsloven 2008, som regulerer den overordnede planleggingen for alle sektorer og temaområder i kommunene – også folkehelsearbeidet – har en så snever definisjon av «tiltak» at det åpenbart er i konflikt med det brede spekteret av tiltak i folkehelsearbeidet, som lenge før 2008 ble kombinert for å gi samspillseffekter?

Forklaringen ligger ikke i at det er en gammel bestemmelse som man glemte å fjerne i 2008 da folkehelseperspektivet ble løftet inn i den overordnede planleggingen etter plan- og bygningsloven. Paradokset er at denne definisjonen ble lagt inn i loven samtidig som folkehelseperspektivet ble lagt inn. Forklaringen finner vi antageligvis likevel i forhistorien til loven og fagmiljøet som har forvaltet den.

Plan- og bygningsloven fra 2008 har en lang forhistorie, med utgangspunkt i den første generelle bygningsloven i Norge fra 1845.

Den gjaldt for alle landets byer, med unntak av de tre største som hadde egne lover (Bratsberg 1995, 5). Bygningsloven av 1965, med kravet om kommunale generalplaner, regnes som den første norske planloven. Tidsskriftet Plan har som tema i nr. 1, 2015 at det i år er 50 år siden hele landet fikk den første felles planloven – bygningsloven fra 1965 (Plan 1/2015). Tjue år senere, i 1985, ble den første plan- og bygningsloven vedtatt, og bestemmelsen om generalplaner ble erstattet med bestemmelsen om kommuneplaner. I plan- og bygningsloven av 2008 er bestemmelsene om kommuneplaner i plan- og bygningsloven av 1985 justert og videreført. I mellomtiden har loven blitt utviklet videre til en generell overordnet planlov. Arkitektene, som har vært den dominerende faggruppen i planfaget, har blitt supplert med samfunnsvitere. Men forankringen i den fysiske planleggingen har fortsatt hengt igjen. Overordnet kommunal planlegging har blitt forstått som den fysiske areal- og bygningsplanleggingen. Det ligger en treghet i slike endringsprosesser. De som forvalter loven kan tolke den ut fra sine tilvante fortolkningsrammer. De kan lese inn sine etablerte arbeidsformer i de nye rammene.

For dem som arbeidet med den fysiske areal- og bygningsplanleggingen representerte bestemmelsen i § 1-6 ikke noe nytt, den presiserte bare en grunnleggende forutsetning i planfaget. For dem trengte det ikke å være en konflikt mellom bestemmelsen om at tiltak i planer etter plan- og bygningsloven skal være avgrenset til fysiske tiltak, og bestemmelsen i plan- og bygningsloven § 3-1 punkt f om at planer etter plan- og bygningsloven skal «fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller, samt bidra til å forebygge kriminalitet.» Gjennomføringen av areal- og byggeplaner kan gi virkninger både for den fysiske, miljømessige, økonomiske, sosiale og kulturelle utviklingen i kommunen, og for befolkningens helse. Planlegging kan bli forstått som en hierarkisk oppbygd og sekvensielt organisert aktivitet. Først gjennomfører kommunen den overordnede og langsik-



*I det flerfaglige samarbeidet kan flere fag og sektorer være involvert, men de arbeider parallelt uten integrasjon.*

tige planleggingen, der den tar stilling til bruk og utvikling av de grunnleggende elementene i realkapitalen; arealer, naturressurser, anlegg og bygninger. Så vedtar kommunen økonomiplanen og årsbudsjetten som operasjonaliserer hvordan kommunens ressurser skal brukes for å gjennomføre de valgte strategiene og nå de fastsatte målene. Til slutt fastsettes detaljene for hvordan blant annet de menneskelige ressursene og sosiale tiltakene skal utvikles og brukes, gjennom sektorplaner, temaplaner og virksomhetsplaner. En slik fortolkning stadfester den tradisjonelle arbeidsdelingen mellom kommuneplanleggere, økonomer og planleggere i personrettede tjenester innenfor helse, sosial, oppvekst og kultur.

I faglitteraturen skiller det mellom monofaglig, flerfaglig, tverrfaglig og transfaglig samarbeid. I det flerfaglige samarbeidet kan flere fag og sektorer være involvert, men de arbeider parallelt uten integrasjon. De utveksler kunnskap, men krysser ikke faggrensene for å bygge ny kunnskap og ny teori. I det tverrfaglige samarbeidet gjør oppgavene som skal løses det nødvendig med en sterkere integrasjon. Kunnskapene fra de enkelte fagene og sektorene hver for seg gir ikke gode nok løsninger. Deltakerne må krysse sine egne faggrensener, også mellom fag der synet på kunnskap og metoder kan være i konflikt med hverandre, slik at de sammen kan bygge ny kunnskap og finne nye løsninger. I det transfaglige samarbeidet gjør oppgavene som skal løses det nødvendig ikke bare å arbeide tverrfaglig, men også å trekke inn aktører i samfunnet som sidestilte partnere i planarbeidet. Det kan være aktører som vil bli berørt av sakene og som deltar ut fra sin erfaringsbaserte kunnskap og sine partsinteresser, og ikke som fagmedarbeidere (Tress 2006, 15–17). Tverr-

faglig samarbeid har vært et honorord og ideal, samtidig som det er enklere å samarbeide med dem man deler virkelighetsoppfatning og metoder med. Noe av det som blir kalt tverrfaglig samarbeid er i realiteten et flerfaglig samarbeid.

I et folkehelseperspektiv, vil avgrensningen av overordnet planlegging til fysisk planlegging bryte med hva vi vet om behovet for å ta hensyn til samspillseffekter i overordnet kommunal planlegging. Det er krevende å snu en negativ utvikling i folkehelsen. Det krever en innsats som er koordinert både vertikalt og horisontalt, som er tverrfaglig og tverrsektoriell, og som sikter mot å oppnå samspillseffekter sterke nok til å overvinne motkreftene i den gitte situasjonen. En slik koordinering krever forankring i kommunens overordnede planlegging. Folkehelseloven fastsetter at kommuneplanene etter plan- og bygningsloven skal omfatte mål og strategier for folkehelsearbeidet som tar utgangspunkt i oversikten over helsetilstanden og som er egnet til å møte de utfordringene kommunen står overfor. I et folkehelseperspektiv må mål og strategier som er egnet til å møte kommunens utfordringer på folkehelseområdet kunne omfatte mål og strategier som forutsetter at alle nødvendige tiltak kan tas i bruk, også sosiale og økonomiske, slik folkehelselovens § 7 legger til grunn. Kommuneplanens samfunnsdel etter plan- og bygningsloven kan ikke avgrenses til mål og strategier som lar seg realisere ved hjelp av fysiske tiltak. Det er gjennom den overordnede planleggingen kommunen tar stilling til hva som er vesentlig og uvesentlig, og hva som skal prioriteres. Hele det brede spekteret av tiltak i folkehelselovens § 7 må kunne innarbeides i handlingsdelen til kommuneplanens samfunnsdel, når de er nødvendige for å ivareta befolkningens helse. Det er ikke tilstrekkelig å forvise sosiale tiltak til underordnet planlegging gjennom sektor-, tema- og virksomhetsplaner, når det er den overordnede koordineringen og prioriteringen som er det kritiske punktet.

Likevel har heller ikke folkehelsemedarbeiderne stått samlet på barrikadene for å innføre et forpliktende tverrfaglig og transfaglig samarbeid i utviklingen av kommuneplanen. Folkehelsearbeidet var tidligere definert som en del av helsesektoren basert på medisinsk, epidemiologisk naturvitenskapelig forskning. Folkehelsearbeidet har lange tradisjoner i flerfaglig arbeid der andre sektorer har blitt forstått som støttespillere for helsesektoren, ut fra slagordet til Verdens Helseorganisasjon «Health in all policies». Det henger igjen. Det tar tid å bryte ut av en innarbeidet sektoridentitet og arbeidsform.

Sosial- og helsedirektoratet i Norge har vært opptatt av at helse spørsmål skal bli bedre ivaretatt i konsekvensutredninger etter plan- og bygningsloven. Direktoratet engasjerte NIBR til å skrive et notat om temaet. Rapporten ble offentliggjort i 2005 og konkluderte blant annet med at folkehelsesystemet var i sporadisk, men usystematisk, inngrep med konsekvensutredningssystemet, og spilte en passiv og lite konstruktiv rolle. Folkehelsesystemets representanter virket lite bevisst på hvordan de best kunne utøve sin rolle i systemet for å sikre størst mulig innflytelse (Strand m.fl. 2005,115). Rapporten må forstås på grunnlag av at folkehelsearbeidet var en del av en sektor, og ikke en integrert del i det overordnede planarbeidet i kommunen.

Selv der intensjonene om å utvikle et sektorovergripende og tverrfaglig samarbeid er mest utviklet, kan sektoridentiteten og sektorens forståelseshorizont likevel slå igjennom, som nissen som blir med på lasset. I høringsnotatet til ny folkehelselov fra Helse- og omsorgsdepartementet var kapittelet om forholdet til annet lovverk i hovedsak konsentrert om andre helselover, mens for eksempel barnevernloven ikke var nevnt (Helse- og omsorgsdepartementet 2010). Barnevernets lovfestede formål var «å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid» og «å bidra til at barn og unge får trygge oppvekstvilkår» (barnevernloven

§ 1-1). Mangelen i høringsnotatet ble påpekt under høringen og rettet opp i lovproposisjonen (Prop 90L 2011).

Våren 2014 tok Helsedirektoratet initiativ til et prosjekt for å utvikle og formidle erfaringer om hvordan folkehelsearbeidet etter den nye folkehelseloven fungerer i praksis, og hva som kan være gode modeller i dette arbeidet. Helsedirektoratet valgte ut tre erfaringsfylker, med tre forskningsmiljøer, knyttet til hvert fylke. Østfold fikk i oppdrag å utvikle og utprøve helsekonsekvensutredninger i kommunal saksbehandling til politiske organer. Høgskolen i Østfold fikk i oppdrag å følge-evaluere dette utviklingsarbeidet i Østfold. Som prosjektleder for denne følge-evalueringen, henvendte jeg meg til Kommunal- og moderniseringsdepartementet, som ansvarlig fagdepartement for plan- og bygningsloven, med et spørsmål om avgrensning av tiltak i plan- og bygningsloven § 1-6 er hensiktsmessig, når plan- og bygningsloven skal være den overordnede planloven også for andre kommunale saksområder enn areal- og bygningsplanleggingen. I brev av 12. 6. 2015 svarte Kommunal- og moderniseringsdepartementet på henvendelsen og kommenterte spørsmålet om forståelsen av «tiltak» i lovens § 1-6 slik:

- *Når det gjelder spørsmålet om avgrensningen av «tiltak» i loven § 1-6, så skal loven ikke tolkes slik at handlingsdelen i kommuneplanen må holde seg innenfor denne definisjonen. Lovens § 1-6 er knyttet til arealdelen og til hva som er juridisk bindende for tiltak etter loven. Kommuneplanen har også en samfunnsdel som omfattes av plan- og bygningsloven, men denne er ikke juridisk bindende for kommunen.*

(Brev av 12. 6. 2015 fra KMD)

Departementet holder fast ved at definisjonen av «tiltak» i plan- og bygningsloven 2008 § 1-6 har gyldighet både for plansaker og byggesaker, slik det framgår av Klima- og miljødepartementets kommentar i Odelstingsproposisjonen

(Ot.prp. nr.32 (2007-2008), 194). Men gyldigheten i plansaker avgrenses til bare å gjelde for arealplanen. Dermed åpner departementet for at kommunene kan ta i bruk et bredt spekter av tiltak i handlingsplanene til kommuneplanens samfunnsdel og kommunedelplaner.

Kommunal- og moderniseringsdepartementets nytolkning er innenfor det tolkningsrommet som bestemmelsene i loven og lovens forarbeider gir. Hverken i utredningen fra planlovutvalget (NOU 2003,14:259), Klima- og miljøverndepartementets odelstingsproposisjon (Ot.prp. nr.32 (2007-2008), 194), Stortingskomiteens innstilling (Innst. O. nr. 57 (2007–2008), 14) eller behandlingen i Odelsting (Ot.ref. 29.5.2008 kl. 14.02) er det noe som direkte motsier denne tolkningen. Lagtinget bifalt beslutningen i Odelstinget.

Tolkningen skaper harmoni mellom de ulike bestemmelsene i plan- og bygningsloven, og mellom bestemmelsene i plan- og bygningsloven og folkehelseloven, som regulerer arbeidet med kommuneplanens samfunnsdel. Den representerer et skritt vekk fra et skille mellom planer som tar i bruk fysiske, økonomiske og sosiale virkemidler, i retning av en sterkere vertikalt og horisontalt koordinert planlegging i kommunene i et whole-of-government- og whole-of-society-perspektiv.

I hvilken grad de mulighetene som tolkningen åpner for faktisk vil prege planleggingen i kommunene, er et annet spørsmål. Hovedpoenget er at den åpner for en utvikling av både et flerfaglig, tverrfaglig og transfaglig samarbeid.

### Konsekvensutredninger i planer etter plan- og bygningsloven og annet lovgivning

Avgrensningen av overordnet planlegging til planlegging som krever fysiske tiltak har også fått konsekvenser for avgrensningen av hvilke tiltak som det er et lovfestet krav om at skal konsekvensutredes. Som den overordnede loven for all kommunal planlegging, har plan- og bygningsloven bestemmelser både om hvilke tiltak i planer etter plan- og bygningslo-

ven som skal konsekvensutredes (plan- og bygningsloven 2008 § 4.2) og hvilke tiltak i planer etter annen lovgiving som skal konsekvensutredes (plan- og bygningsloven 2008 kap. 14).

I § 4-2 er kravet om konsekvensutredning avgrenset til planer etter plan- og bygningsloven med retningslinjer og rammer for utbygging, og reguleringsplaner som kan få vesentlige virkninger for miljø og samfunn, altså fysiske tiltak innenfor bygg, anlegg og arealdisponering. For planer etter annet lovverk er kravet om konsekvensutredninger begrenset til fysiske, kjemiske og biologiske tiltak (jf. forskriften til kapittel 14, FOR-2014-12-19-1758 § 2, vedlegg I og II).

Bestemmelsene om konsekvensutredninger i plan- og bygningsloven er en lovfesting av bestemmelsene i EU-direktivet om miljøkonsekvensutredning fra 1985 med senere revisjoner (Directive 85/337/EEC, 2011/92/EU, 2014/52/EU) og EU-direktivet om strategiske miljøkonsekvensutredninger (Directive 2001/42/EC). Disse direktivene retter oppmerksomheten mot planlegging av fysiske tiltak. Avgrensningen til fysiske tiltak i den norske plan- og bygningsloven følger med andre ord opp en internasjonal trend.

Kjell Arne Røvik peker på at når slike bestemmelser overføres fra en sammenheng til en annen, skjer det en omforming, en translasjon (Røvik 2007). Den norske plan- og bygningsloven er som vi har sett ikke bare en lov for fysisk planlegging, er den overordnede loven for all kommunal planlegging, og har en generell bestemmelse i § 1-1 om at konsekvensene for miljø og samfunn av de foreslåtte løsningene skal beskrives. Spørsmålet er igjen om det bare er konsekvensene av fysiske tiltak som skal beskrives, eller konsekvensene av alle tiltak som kan få vesentlig betydning for samfunnsutviklingen.

Kommunal tjenesteyting inngår i lange tjenestekjeder, der tidlig innsats kan være avgjørende for å forebygge negative virkninger på helsen i utsatte befolkningsgrupper. Tidlig innsats i barnevern, barnehage og grunnskole kan ha vesentlig betydning for i hvilken grad

barn og unge fra utsatte grupper klarer å fullføre videregående opplæring og integreres i arbeidslivet. Det å være i arbeid har igjen betydning for fysisk og psykisk helse og et godt sosialt liv. I den grad slike tjenestekjeder kan bidra til integrering i arbeidslivet, vil de ha vesentlig betydning, ikke bare for den enkelte innbygger, men også for samfunnet (Dahl m.fl. 2014). Det er reelle hensyn som gir gode grunner til at kommunene i den overordnede planleggingen utreder hvilke virkninger sosiale og økonomiske strukturer har på helsen i ulike befolkningsgrupper. Spørsmålet om hvordan kommunal tjenesteyting kan bidra til å redusere sosialt betingede helseforskjeller, bør konsekvensutredes.

I brevet av 29.1.2015 spurte jeg også om bestemmelsene om konsekvensutredninger i plan- og bygningsloven, som en overordnet planlov for all tjenesteyting i kommunene, også bør omfatte konsekvensutredninger for eksempel av sosiale forskjeller og tiltak og planer i kommunal tjenesteyting, for eksempel innen helsevern, sosial omsorg, barnevern, barnehage og grunnskole, som direkte og indirekte har som mål å forebygge sosiale ulikheter i helse og utvikle gode levekår og god folkehelse.

I brev av 12.6.2015 svarte Kommunal- og moderniseringsdepartementet følgende på dette spørsmålet:

- *Krav til konsekvensutredning er avgrenset til arealdelen og til fysiske tiltak som skal gjennomføres. Her reiser du interessante spørsmål for samfunnsdelen av loven. Regelverket for konsekvensutredning for planer er tatt inn i plan- og bygningsloven for å implementere relevante EU-direktiv om bestemte tiltaks påvirkning for miljøet. Disse reglene er knyttet til fysiske planer. Nasjonalt regelverk er således tilpasset tiltak og størrelseskriterer i EU-regelverket. Loven forutsetter at de ordinære planprosesser skal omfatte tilsvarende vurderinger av tiltak i samfunnsdelen med handlingsdel, for eksempel sosiale konsekvenser. Vi*

*Avgrensningen til fysiske tiltak i den norske plan- og bygningsloven følger med andre ord opp en internasjonal trend.*

*viser til veilederen T-1492 Kommuneplanprosessen – samfunnsdelen – handlingsdelen (www.planlegging.no).*

*(Brev av 12.6.2015 fra KMD)*

Det er rimelig å forstå svaret slik at KMD anbefaler at det i samfunnsdelen med handlingsdel gjennomføres tilsvarende konsekvensutredninger av for eksempel sosiale tiltak, som de lovfestede utredningene av fysiske tiltak. At konsekvensutredninger av fysiske tiltak er eksplisitt lovfestet, er begrunnet med at Norge er forpliktet til gjøre det gjennom EU-direktiver, og ikke med at de lovfestede utredningene nødvendigvis omhandler mer vesentlige konsekvenser enn dem som følger av økonomiske og sosiale tiltak. Legger vi til grunn at det i planlegging som fag ligger å vurdere hvilke konsekvenser som både den gitte situasjonen og foreslåtte tiltak kan få, forsterkes denne argumentasjonen ytterligere.

Tolkningene til Kommunal- og moderniseringsdepartementet i brev av 12.6.2015 er viktige ledd i utviklingen av overordnet planlegging til et tverrsektorielt og tverrfaglig samarbeid.

Det er bevegelse i feltet. I tidsskriftet Plan nr. 3–4, 2015 er temaet forholdet mellom folkehelse og planlegging. I forordet skriver redaktør Jens Fredrik Nystad blant annet:

- *Vi tror mange planleggere har behov for faglig oppdatering når planleggingen nå skal få et tydelig forebyggende helsefokus. Dessuten ønsker bladet å komme en ny profesjon – alle de som er knyttet til folkehelsearbeidet – i møte. Hvis lovverkets ambisiøse mål skal kunne oppfylles, må jo disse to ulike faggruppene klare å samarbeide (Plan nr. 3-4, 2015).*

## Konklusjon

Artikkelen har vist at det har vært stor grad av samsvar mellom det prinsipielt erkjente behovet for en koordinert overordnet planlegging av samfunnsutviklingen i kommunene, og de overordnede bestemmelsene i plan- og bygningsloven og folkehelseloven. Men i detaljbestemmelsene om hvilke tiltak planer etter plan- og bygningsloven kan omfatte, har det vært en avgrensning til fysiske tiltak. I detaljbestemmelsene om hvilke tiltak i planer etter plan- og bygningsloven, og i planer etter annet lovverk, som skal konsekvensutredes, har det også vært en avgrensning til fysiske tiltak. Det har ikke vært samsvar mellom hva staten har sagt i de prinsipielle begrunnelsene for reguleringen av kommunal planlegging og de overordnede lovbestemmelsene på den ene siden, og oppfølgingen av dette gjennom detaljbestemmelsene på den andre.

Brunsson peker på at når det ikke er samsvar mellom hva organisasjoner sier, vedtar og gjør, trenger det ikke komme av en bevisst taktikk og uærlige, konspiratoriske intensjoner. Det kan ganske enkelt komme av at aktørene har verdier, interesser og ideer som er inkonsistente, de kan ha en forståelseshorison som gjør at de ikke ser at det spriker, eller en situasjonsforståelse som innebærer stor avstand mellom det de ideelt sett ønsker og det de anser som gjennomførbart i praksis i den gitte situasjonen (Brunsson 2002, 27–30).

Brunssons teori om organisasjoners hykleteri kan bidra til å forklare utviklingstrekkene i overordnet kommunal planlegging som er beskrevet her. Artikkelen har pekt på at ut fra forståelseshorisonen innenfor arealplanlegging, har avgrensningen av plan- og bygningsloven til fysisk planlegging ikke framstått som en mangel på samsvar med plan- og bygningslovens overordnede intensjoner. Kompetansen i overordnet planlegging i norske kommuner har vært begrenset, og i hovedsak ligget hos planleggere på det fysiske området og hos

økonomer som har arbeidet med økonomiplan og årsbudsjett. Selv om det ideelt sett har vært ønsket et bredt flerfaglig eller helst et tverrfaglig samarbeid, har de praktiske mulighetene til å utvikle det vært begrenset. Planleggere, både innenfor fysisk planlegging og helseplanlegging, har vært preget av de sektorspesifikke fagtradisjonene som de har vært sosialisert inn i, også når de prinsipielt har argumentert for utviklingen av et tverrsektorielt og tverrfaglig planarbeid.

Artikkelen har vist at situasjonen ikke er statisk. Gjennom Kommunal- og regionaldepartementets tolkninger av plan- og bygningsloven, er det lagt til rette for et tverrfaglig og transfaglig samarbeid i utvikling av planer som omfatter brede samfunnsanalyser, der samspillseffektene av ulike typer tiltak blir vurdert. Kommunene er i gang med å utarbeide sine folkehelseoversikter og innarbeide anbefalingene derfra i kommuneplanene. Kommeplanleggerne har gjennom ett av sine tidsskrift ønsket folkehelsemedarbeiderne velkommen til samarbeid.

Utviklingen i kommuneplanleggingen følger ikke mønsteret til rasjonell, målrettet planlegging, men lar seg bedre beskrive og forklare gjennom «søppelbøtteteorien» til M. Cohen, J.G. March og J.P. Olsen om hvordan beslutningsprosesser i organisasjoner er et spill mellom fire strømmer av problemer, løsninger, deltakere og beslutningsmuligheter. Løsninger kan finne problemer og problemer løsninger. Det kan resultere i beslutninger når deltakere engasjerer seg og benytter beslutningsmulighetene når de oppstår (Cohen 1972). Det blir spennende å se i hvilken grad folkehelsekoordinatorene og andre griper de mulighetene som er skapt for den valgperioden vi nå går inn i, til å utvikle et bredt tverrsektorielt, tverrfaglig og transfaglig samarbeid om utviklingen av kommuneplanen, for å finne løsninger på kommunenes utfordringer.



## LITTERATUR OG ANDRE KILDER

- Blandhol, Sverre (2014). *De beste grunner: reelle hensyn i juridisk argumentasjon*. Oslo: Gyldendal juridisk
- Bratberg, Terje T. V. (1995) *Bygningsloven 150 år: 1845–1995: lovens opprinnelse og utvikling*. Steinkjer: Kommunal- og arbeidsdepartementet i samarbeid med Forvaltningsmuseet i Steinkjer
- Brunsson, Nils (2002) *The Organization and Hypocrisy. Talk, decisions and actions in organizations*. Oslo: Abstrakt forlag
- Christensen, Tom og Per Lægereid (2006) *The Whole-of-Government Approach – Regulation, Performance, and Public Sector Reform*. Working Paper 6–2006 Bergen: Stein Rokkan Centre for Social Science
- Cohen, Michael, J.G. March, J.P. Olsen (1972). A garbage can model of rational choice. I: *Administrative Science Quarterly*. Vol. 17, No. 1, 1–25.
- Dahl, Espen, Heidi Bergslø og Kjetil A. van der Wel (2014) *Sosial ulikhet i helse. En norsk kunnskapsoversikt*. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus
- Directive 2001/42/EC (2001) *On the assessment of the effects of certain plans and programmes on the environment*. Hentet den 12.5.2015 fra: <http://eur-lex.europa.eu/homepage.html?locale=en>
- Directive 2011/92/EU (2011) *On the assessment of the effects of certain public and private projects on the environment*. Hentet den 12.5.2015 fra: <http://eur-lex.europa.eu/homepage.html?locale=en>
- Directive 2014/52/EU (2014) *Amending Directive 2011/92/EU On the assessment of the effects of certain public and private projects on the environment*. Hentet den 12.5.2015 fra: <http://eur-lex.europa.eu/homepage.html?locale=en>
- Directive 85/337/EEC (1985) *On the assessment of the effects of certain public and private projects on the environment*. Hentet den 12.5.2015 fra: <http://eur-lex.europa.eu/homepage.html?locale=en>
- Eckhoff, Torstein og Jan E. Helgesen (2001). *Rettskildelære*. Oslo: Universitetsforlaget
- Folkehelseoven. (2011) LOV-2011-06-24-29. Hentet den 10.5.2015 fra: <https://lovdata.no/register/lover>
- Forskrift om konsekvensutredninger etter sektorlovene (2014) FOR-2014-12-19-1758. Hentet den 10.5.2015 fra: <https://lovdata.no/register/lover>
- Forskrift om konsekvensutredninger for planer etter plan- og bygningsloven (2014) FOR-2014-12-19-1726. Hentet den 10.5.2015 fra: <https://lovdata.no/register/lover>
- Hesledirektoratet (2011) *Folkehelse og kommuneplanlegging. Moment og tipsliste*. IS-0333
- Helse- og omsorgsdepartementet (2010). *Høringsnotat. Forslag til ny folkehelseov. Samhandlingsreformen*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Innjord, Frode A (2010) *Plan- og bygningsloven med kommentarer*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Innst. O. nr. 57 (2007–2008) (2008) *Innstilling fra energi- og miljøkomiteen om lov om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven) (plandelen)*. Oslo: Energi- og miljøkomiteen
- Lundquist, Lennart (1998). *Demokratis vaktare. Ämbetsmännen och vårt offentliga etos*. Lund: Studentlitteratur
- Miljøverndepartementet (2012). *Veileder. Kommuneplanprosessen - samfunnsdelen - handlingsdelen*. T-1492 Oslo: Miljøverndepartementet
- NOU 1983:15 (1983) *Planlov*. Oslo: Miljøverndepartementet
- NOU 2001:7 (2001) *Bedre kommunal og regional planlegging etter plan- og bygningsloven Planlovutvalgets første delutredning*. Oslo: Miljøverndepartementet
- NOU 2003:14 (2003) *Bedre kommunal og regional planlegging etter plan- og bygningsloven II Planlovutvalgets utredning med lovforslag*. Oslo: Miljøverndepartementet
- Ot.ref. 29.5.20008 kl 14:02. *Sak 1: Innstilling fra energi- og miljøkomiteen om lov om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven) (plandelen) (Innst. O. nr. 57 (2007–2008), jf. Ot.prp. nr. 32 (2007–2008))* Oslo: Stortinget.
- Ot.prp. nr.32 (2007–2008) *Om lov om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven) (plandelen)*. Oslo: Klima- og miljødepartementet
- Plan nr. 1 (2015) *Plan. Tidsskrift for samfunnsplanlegging, bolig og byplan og regional utvikling*. Oslo: Universitetsforlaget. Hentet den 2.10.2015 fra: [https://www.idunn.no/file/pdf/66764120/plan\\_2015\\_01\\_pdf.pdf](https://www.idunn.no/file/pdf/66764120/plan_2015_01_pdf.pdf)
- Plan nr. 3-4 (2015) *Plan. Tidsskrift for samfunnsplanlegging, bolig og byplan og regional utvikling*. Oslo: Universitetsforlaget. Hentet den 2.10.2015 fra: [https://www.idunn.no/file/pdf/66764120/plan\\_2015\\_01\\_pdf.pdf](https://www.idunn.no/file/pdf/66764120/plan_2015_01_pdf.pdf)
- Plan- og bygningsloven (1985) LOV-1985-06-14-77. Hentet den 11.11.2014 fra: <https://lovdata.no/pro/#document/NLO/lov/1985-06-14-77?searchResultContext=1128>
- Plan- og bygningsloven (2008) LOV-2008-06-27-71. Hentet den 10.5.2015 fra: <https://lovdata.no/register/lover>
- Prop. 90L (2010–2011) (2011) *Lov om folkehelsearbeid (Folkehelseoven)* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Ruud, Marit Ekne, Jørn Holm Hansen, Vibeke Nenseth, Anders Tønnesen (2011). *Midtveisevaluering av Groruddalsatsingen*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionsforskning Røvik, Kjell Arne (2007) *Trender og translasjoner: ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo: Universitetsforlaget
- Tress, Bärbel, Gunther Tress, and Gary Fry (2006) *Defining concepts and the process of knowledge production in integrative research*. I Tress, Bärbel, Gunther Tress, Gary Fry and Paul Opdam (2006) *From Landscape Research to Landscape Planning. Aspects of Integration, Education and Application*. Nederland, Dordrecht: Springer
- Tyrén, Carl Wilhelm (2010). *Plan- og bygningsloven : lov 27. juni 2008 nr. 71, sist endret ved lov 25. juni 2010 nr. 48 : kommentarutgave*. Oslo: Universitetsforlaget

# Et land av skiterreng og badeplasser

*Luften holder på å gå ut av ballongen. I skrivende stund har statsministeren sagt seg fornøyd med strukturreformen om den klarer å redusere antall kommuner i Norge til rundt 400. Hva var det som brast så høyt om ikke selveste kongens bue – i statsråd?*

**Spoler vi to år tilbake**, gikk regjeringen knallhardt ut og proklamerte at antall kommuner i Norge skulle reduseres til rundt 100. Kommune-Norge skulle til pers. Kommunalforvaltningen skulle filleristes og omstøpes til en samling robuste storkommuner som skulle settes i stand til å takle morgendagens rettighets- og kompetansekrav.

NHO høynet budet noe senere og fastsatte maks antall kommuner i fedrelandet til rundt 70. Stordriftsfordeler og industriell tenking gjorde susen.

**Regjeringen** støttet seg på et «ekspertutvalg» som var tilnærmet fri for folk med forskningstvingde fra kommunalpolitisk sektor. Allerede fra første spadetak skjønnte rutinerte ringrevere at dette måtte gå til Bloksberg. Selvmotsigelsene i reformmandatet var åpenbare og tydelige for alle andre enn oppdragsgiverne: Det ble påstått at interkommunalt samarbeid truet lokaldemokratiet – ikke den sektoriserede og overkontrollerende staten.

Den pågående privatisering av kommunale tjenester og nedbygging av kompetansemiljøer kunne gjerne fortsette samtidig som en etterlyste kommuner som kunne prege samfunnsutviklingen lokalt. Reformen ble lansert under honnørordet Demokratireform samtidig som den ville fjerne flesteparten av

landets folkevalgte ved å stenge de lokale arenaene for politisk engasjement og virke.

Det ble sagt at reformen skulle styrke lokal identitet og tilhørighet samtidig som den åpenbart ville medføre økt sentralisering og fraflytting etter hvert som rådhus, skoler og sykehjem ble lagt ned. Fylkesmennene – statens fremste representanter i fylkene – ble utpekt som hærførere for iverksetting av en reform som skulle styrke lokaldemokratiet. Kommunenes egen interesseorganisasjon (KS) ble plassert blant tilskuerne på tribunen. Kommunenes interesser var uten egentlig interesse for reformmakerne.

**Det positive** ved denne feilslåtte reformen og dens absurde prosesser er at stadig flere nå oppdager den bakenforliggende ideologien og tenkemåten som preger denne og stadig flere av de øvrige reformprosesser: Sentralisering og nedlegging av politi, statsarkiver, domstolsadministrasjon, skatteinnkreving og lokalsykehus.

Innpakket i et tilslørende språk tilbys innbyggerne «politi der folk (flest) bor», at «det skal lønne seg å arbeide» – og dermed underforstått: ikke å være syk, arbeidsledig, trygdet eller pensjonert. Bedre helsetjenester tilbys folk ved å legge ned sykehus i områder som ved ras eller uvær blir isolert og umiddelbart


nattestengt – eller sykehus som er ligger tett på risikofylt industri og produksjon som kan utløse katastrofer på et øyeblikk.

**NPM-regimet** som preger den pågående reformtenkingen foreskriver stadig flere konsern- og forretningsbaserte resepter for organisering og drift av offentlig sektor her til lands. Departementer og direktorater opptrer nærmest eneveldig under de liberale partiene i spørsmål som gjelder organisering og nedbygging av de ytre deler av offentlig sektor – den regionale og lokale forvaltningen.

Kommune- og fylkesforvaltningen skal høvles i kantene slik at skjøtene ikke merkes. Slik bygges sømløse systemer opp verden over. Slik fjernes humper og hinder for fri flyt av varer, tjenester, kapital og arbeidsfolk. Slik gjøres offentlig sektor billigere å drifte. Slik reduseres behovet for utskrivning av skatter som skal finansiere offentlig sektor, velferd og tjenester. Slik utformes stater som etter hvert overlater alt til markedet. Slik tillates markedet å skille seg fra samfunnet. Slik overlates folket til seg selv i markedet. Slik stikker staten av fra sitt folk. Slik svekkes grunnlaget for all sivilisasjon og fredelig sameksistens.

**Rundt oss** – ute i den store EU -, TISA- eller TTIP- verden – forhandler de nå om posisjoner og handelsavtaler som tar denne utviklingen flere steg videre. Sceneteppet er trukket til side – bakteppet trer tydelig frem: kommunalt selvstyre og lokaldemokrati fremstår som hinder for «EUs fria rörlighet» – som det heter i en svensk LO-rapport.

Georg Johannessen pekte et sted i sine skrivelser på at forklaringen på en slik utvikling må søkes innen Beste Vest-miljøet i hovedstaden. Makteliten knyttet til departementer og direktorater, medier, kapital, finans og forretning i hovedstadsmiljøene preges av en felles monokulturell erfaringsbakgrunn som ensretter og skaper prosjektmakere som er hellig overbevist om at de representerer det egentlige og tidløst menneskelige i fedrelandet. I slike urbane og elitistiske hovedstadsmiljø blir resten



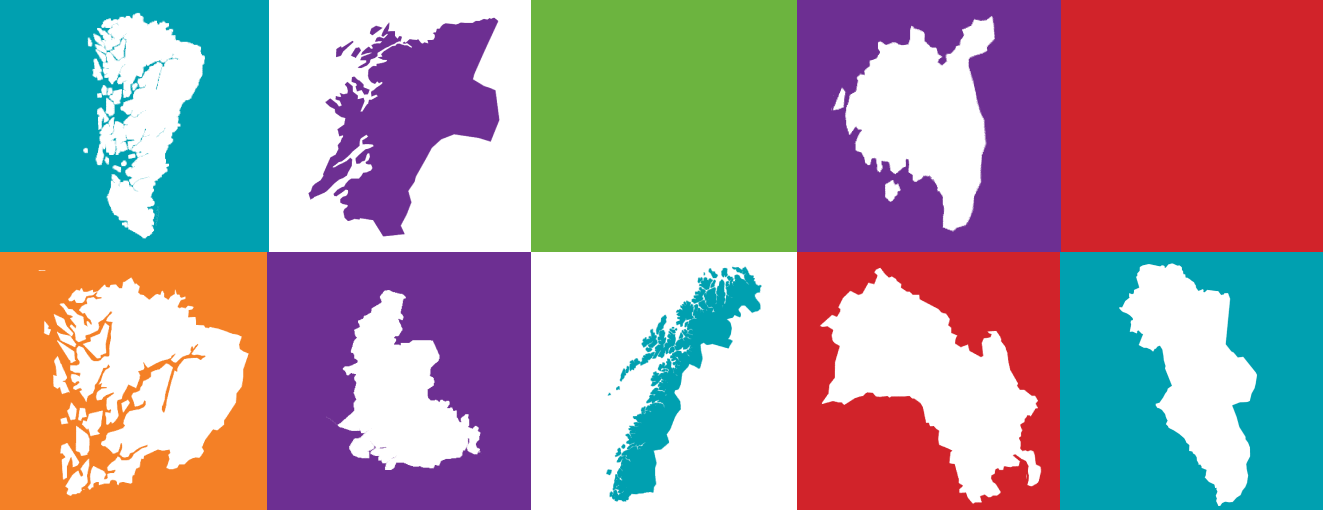
*... bakteppet trer tydelig frem: kommunalt selvstyre og lokaldemokrati fremstår som hinder for «EUs fria rörlighet».*

av fedrelandet redusert til skiterrenn og badeplasser. I Oslo – som i Brüssel, London og Washington D.C – blir folk i disse maktmiljøene innfelt i sin egen klasse. Her kan de leve et helt liv uten å møte vesentlige motforestillinger.

**Sentrum-periferi**-perspektivet er med andre ord fremdeles viktig for å forstå norsk politikk. Institusjonaliseringen rundt statsapparatet er et nøkkelbegrep for vår evne til å forstå de mange meningsløse reformprosessene.

Kjartan Fløgstad har sendt noen glitrende kommentarer til økt forståelse av denne «oslofjordhumanismen» i sine innspill til Gjørvekommisjonen etter 22.7. Felles oppvekst og livslangt virke knyttet til noen få gårds- og bruksnumre innerst i Oslofjorden gjør kanskje denne maktgrupperingen i norsk politikk til særs mottakelige antenner for de internasjonale styringsimpulsene og budskapene som fyller sendeskjemaene til de verdensspennende radiostasjonene. Hvordan skal vi ellers forstå fremleggelsen av den ene respekt- og historieløse reformen etter den andre?

*Harry Herstad, ordfører i Stord kommune*



# SAMFUNN ØKONOMI

## OM TIDSSKRIFTET

Formålet med Fagbladets Samfunn og økonomi er kunnskapsutvikling og formidling av kunnskap gjennom vitenskapelige artikler. Det skal fremme debatt og styrke kommunikasjonen mellom forskere og yrkesutøvere på ulike felt. Det skal stimulere til forskning og bidra til at faglig politikk og beslutninger tas på kunnskapsbasert grunnlag. Samtidig skal det sikre at forskning når ut til et bredt publikum.

Tidsskriftet skal avgrenses til fagområdene offentlig virksomhets økonomi, styring og organisering. Et hovedtema vil være: Hvordan styre, utvikle og organisere offentlig virksomhet i Norge. Sentrale aspekter er demokrati og folkestyre, samarbeid mellom politikere, ledelse, medarbeidere og profesjoner, og medarbeidernes rolle i offentlig forvaltning. Vitenskapelige artikler knyttet til å beskrive og vise utviklingstrekk ved den norske modellen er viktige.

Foruten vitenskapelige artikler, tar tidsskriftet imot kommentarartikler, aktuelle bokanmeldelser og debattinnlegg. Redaksjonen avgjør hva som trykkes.

## RETNINGSLINJER FOR MANUSKRIPTER

Redaksjonen tar fortløpende imot manuskripter. I tillegg arbeider redaksjonen for å inspirere til relevante artikler. Alle artikler vil bli gitt en redaksjonell behandling. Redaksjonen avgjør om temaet passer tidsskriftets formål og profil og har et faglig innhold og en form som gjør det aktuelt å bruke artikkelen.

Artikler som er trykket kan legges i åpne institusjonelle arkiv, dersom kilde oppgis.

## FAGFELLEVRDERING

Artikler som tidsskriftet ønsker å trykke vil bli sendt videre til fagfelle vurdering. Forfatternavn blir da tatt bort, slik at den som vurderer ikke kjenner forfatterens navn. Forfatteren vil få tilsendt kommentarer og endringsforslag, og kan dermed gjøre nødvendige endringer før publisering. Deretter kan det bli det en ny runde fagfelle vurdering. Artikler som er fagfelle-vurdert blir merket som det i tidsskriftet.

Fagfelle vurdering er en krevende og arbeidsom prosess som tar tid. Vi forutsetter at den som har et manus til fagfelle vurdering, ikke sender samme manus til andre tidsskrifter.

## FORFATTERINSTRUKS

Manuskriptet sendes elektronisk til [magni.melvar@hihm.no](mailto:magni.melvar@hihm.no)

Manuskriptet sendes i Word, skrifttype Times New Roman.

Artiklene skal normalt være på ca. 40.000 tegn og ikke være lenger enn 60.000 tegn, inkludert et sammendrag på maksimum 200 ord. Figurer og tabeller skal være nummerert, og ha en egen tekst som kort beskriver hva vi ser.

Gi en kort forfatterromtale på egen fil og legg ved foto av forfatteren. Institusjonstilhørighet oppgis, og videre skal det føres opp navn, akademisk tittel, fødselsår, adresse og e-post-adresse.

Referanser føres opp i APA-Standard. Eksempler på hvordan dette gjøres, finner du blant annet her: <http://www.hihm.no/Hovedsiden/Bibliotek/Studiehjelp>.

For øvrig kan spørsmål omkring referanser rettes til den som tar imot manus.

Artikler til neste nummer må være innsendt innen: 1. mars 2016.

Postboks 7003, St. Olavs plass • 0130 OSLO

Telefon 23 06 40 00

### BESØKSADRESSE

Keysers gt.15 • Inngang Munchs gate • 0165 Oslo

[www.fagbladet.no](http://www.fagbladet.no)

Send tips til [tips@fagforbundet.no](mailto:tips@fagforbundet.no)