Rapport

Interkommunale samarbeid innen helse- og omsorgssektoren

Laget for

KS FoU

mars 2026

Menon Economics

lund & co

Innhold

Forord 4

Sammendrag 5

Summary 7

1 Innledning 9

2 Kommunale helse- og omsorgstjenester 10
2.1 Hva er kommunenes oppgaver? 10
2.2 Betydningen av en kommunal helse- og omsorgssektor 11
2.3 Et helhetlig tjenestetilbud og sammenhengen mellom kommunale oppgaver og tjenester 12

3 Hva er et «interkommunalt samarbeid»? 14

4 Samarbeidsmodeller og oppgaveløsning 16
4.1 Innledning 16
4.2 Interkommunalt politisk råd 16
4.3 Kommunalt oppgavefellesskap 18
4.4 Vertskommunesamarbeid 19
4.5 Interkommunalt selskap 21
4.6 Aksjeselskap 23
4.7 Samvirkeforetak 25

5 Forsterkede interkommunale samarbeid 27
5.1 Hva er et forsterket interkommunalt samarbeid? 27
5.2 Modeller for forsterket interkommunalt samarbeid 27

6 Særregulering for helse og omsorg 29

7 Utbredelsen innen helse- og omsorgssektoren 31
7.1 Innledning 31
7.2 Funn fra spørreundersøkelse til kommunedirektører 31
7.3 Funn fra Organisasjonsdatabasen for 2024 33
7.4 Funn fra analyse av legevaktutgifter for 2023 33
7.5 Funn fra utvalgte kartlegginger av interkommunale samarbeid for ulike regioner 35
7.6 Oppsummering 37

8 Erfaringer fra samarbeid 39
8.1 Datagrunnlag 39
8.2 Økonomiske besparelser 39
8.3 Tjenestekvalitet og kompetanse 40

9 Potensial, utfordringer og virkemidler 42
9.1 Er det et uutnyttet potensial for samarbeid innen sektoren? 42
9.2 Utfordringer ved interkommunalt samarbeid og måter å håndtere utfordringene på 44
9.3 Behov for tilpasninger av regelverket for samarbeid 45
9.4 Andre tiltak for å tilrettelegge for interkommunalt samarbeid om helse- og omsorgssektoren 46

Referanser 49
Forholdet til FIKS-rapporten 51
Juridisk metode 51
Samfunnsvitenskapelige metoder 51

Forord

I januar 2026 fikk Advokatfirmaet Lund & Co DA og Menon Economics i oppdrag fra KS å beskrive og å utrede handlingsrommet for interkommunalt samarbeid innen kommunale helse- og omsorgsoppgaver, basert på arbeidet med FoU-rapport «Forsterkede interkommunale samarbeid og kommunedelsutvalg» («FIKS-rapporten») som ble levert oktober 2025.[1]

I FIKS-rapporten beskrev og drøftet vi interkommunalt samarbeid, herunder forsterket samarbeid, uavhengig av sektor. I tilleggsutredningen har vi samlet og gjenbrukt de delene av datagrunnlaget og annet materiale som kokret gjelder samarbeid innenfor helse- og omsorgssektoren, for å lage en egen rapport som synliggjør muligheter innenfor denne sektoren. I tillegg har vi beskrevet nye eksempler på interkommunalt samarbeid om helses og -omsorgstjenester og litteratur om emnet som ikke var omtalt i FIKS-rapporten.

Helsereformutvalgets skal levere sin rapport i november 2026, og skal blant annet utrede og foreslå tiltak og modeller for fremtidig organisering, styring og finansiering av en sammenhengende og integrert helse- og omsorgstjeneste i Norge. I mandatet ligger også at utvalget skal vurdere ansvars- og oppgavefordelingen mellom den kommunale og fylkeskommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Parallelt arbeider regjeringen ved Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) med en helsereform, omtalt som «Prosjekt X». Prosjekt X skal gi bedre sammenheng i helse- og omsorgstjenestene og skal bygge på erfaringer fra utprøvingsarbeid mellom kommuner og sykehus, der tjenestene prøver ut nye måter å samarbeide på.

Når man skal vurdere tiltak, modeller, organisering og oppgavefordeling mellom kommunen og staten, er det viktig at også de muligheter og det potensialet som ligger i ulike former for interkommunalt samarbeid tas i betraktning. Interkommunalt samarbeid om velferdsoppgaver kan bidra til å ivareta både generalistkommuneprinsippet, nærhetsprinsippet og nasjonale hensyn som målsetningen om likeverdige tjenestetilbud, ivaretakelse av liv og helse og rettssikkerhet.

Vi håper denne rapporten kan bidra til å synliggjøre kommunenes handlingsrom og fordeler ved interkommunalt samarbeid, gi ideer til samarbeidsmodeller og mulige måter å løse oppgaver på innen helse og omsorgssektoren.

Prosjektet har vært ledet av Silje Aga Rogan i Lund & Co. Fra Lund & Co har i tillegg Fiona Skansen deltatt. Fra Menon har prosjektet vært ledet av Simen Pedersen. I tillegg har Erika Karttinen og Håvard Johannes Skulstad deltatt.

Lund & Co og Menon takker for et spennende oppdrag og et godt samarbeidet med KS!

Oslo, mars 2026

Lund & Co og Menon

[1] (Lund & Co og Menon, 2025)

Sammendrag

Formålet med rapporten er å beskrive og å utrede handlingsrommet for interkommunalt samarbeid innen kommunale helse- og omsorgsoppgaver, med utgangspunkt i data fra FIKS-rapporten fra 2025 om forsterkede interkommunale samarbeid.

I kapittel 1 peker vi på særlige utfordringer i helse- og omsorgssektoren og reformarbeid som aktualiserer spørsmålet om interkommunalt samarbeid for nettopp denne sektoren.

I kapittel 2 gir vi en beskrivelse av hva som er kommunenes oppgaver innen helse- og omsorgssektoren, hvorfor oppgavene nettopp er lagt til kommunene og hvordan de kommunale tjenestene innenfor helse- og omsorg henger sammen med hverandre og kommunens øvrige tjenestetilbud.

Det finnes ingen entydig definisjon i hva som er «interkommunale samarbeid», og innholdet av begrepet varierer dermed i ulike kilder. I kapittel 3 gir vi derfor en beskrivelse av hva vi legger i begrepet «interkommunalt samarbeid». Vi har valgt å legge til grunn en definisjon som kun omfatter samarbeid med en organisatorisk overbygning. Videre har vi forbeholdt begrepet til samarbeid mellom kommuner og fylkeskommuner. Andre mindre formaliserte samarbeidsformer eller samarbeid som for eksempel omfatter helseforetak, private eller statlige organer kan imidlertid også være nyttig for å løse helse- og omsorgsoppgaver.

I kapittel 4 beskriver vi samarbeidsmodellene vi finner i kommuneloven og i selskapslovgivningen, samt at vi gir konkrete eksempler på hvordan disse er utnyttet til samarbeid om kommunale helse- og omsorgsoppgaver. Den vanligste samarbeidsformen for interkommunalt samarbeid om helse- og omsorgsoppgaver er vertskommunesamarbeid. Det har blant annet sammenheng med at mulighetene for delegasjon av vedtakskompetanse er videre til vertskommuner enn andre alternative samarbeidsmodeller.

Når man kombinerer ulike samarbeidsmodeller i et bredere samarbeid, kan det omtales som et forsterket interkommunalt samarbeid. I kapittel 5 omtaler vi slike samarbeid og ulike modeller for forsterket interkommunalt samarbeid.

I helse- og omsorgslovgivningen finnes det noen eksempler på særregulering av interkommunalt samarbeid. Disse reglene supplerer reglene vi finner i kommuneloven og selskapslovgivningen, og er omtalt i kapittel 6. Innslaget av særregulering er imidlertid begrenset, og legger derfor ikke sterke føringer på samarbeid innenfor helse og omsorg.

I kapittel 7 beskriver vi utbredelsen av interkommunalt samarbeid om helse- og omsorgsoppgaver. Som påpekt i kapittel 3 er mangelen på en entydig definisjon en utfordring når man skal undersøke utbredelsen av interkommunalt samarbeid. I spørreundersøkelsen gjennomført i forbindelse med FIKS-rapporten svarer likevel over 80 % av kommunaldirektørene at de deltar i interkommunale samarbeid om helse- og omsorgsoppgaver. Særlig samarbeid om legevakt er utbredt. Det er også vanlig med samarbeid om kommunale akutte døgnplasser, kommunelegefunksjoner, jordmortjenester, kommunepsykolog og ulike samfunnsmedisinske funksjoner.

Erfaringer fra interkommunale samarbeid er beskrevet i kapittel 8. Vår datainnsamling tyder på at kommunene sjelden opplever økonomiske besparelser på kort sikt, men at det kan være et potensiale for besparelser på litt lengre sikt. Den største gevinsten av samarbeid ligger i forbedret kvalitet på tjenestene, sterkere fagmiljø og forbedret rekruttering.

I kapittel 9 ser vi på potensialet for økt samarbeid, utfordringer ved samarbeid, mulige løsninger og måter å tilrettelegge for mer samarbeid. Vi deler regjeringens oppfatning av at det trolig er et potensiale for økt samarbeid om helse- og omsorgsoppgaver, og at økt samarbeid kan være et bidrag til å heve kvaliteten på tjenestene og å avhjelpe rekrutteringsutfordringer og mangel på personell. Interkommunale samarbeid kan imidlertid føre til utfordringer med demokratisk styring og kontroll i kommunesektoren. Vi peker derfor på tiltak som kan avhjelpe utfordringene, som for eksempel riktig valg av samarbeidsmodell, fordeling av oppgaver og ansvar, godt avtaleverk og rutiner for rapportering og informasjonsdeling. Til slutt peker vi på regulatoriske, pedagogiske og økonomiske tiltak som kan iverksettes for å legge bedre til rette for interkommunalt samarbeid. Herunder har vi konkrete forslag til hvordan regelverket kan forbedres og vi peker særlig på viktigheten av økonomisk og faglig støtte til kommunene i etableringsfasen.

Summary

The purpose of this report is to describe and examine the scope for intermunicipal cooperation in relation to municipal health and care service responsibilities, based on data from the 2025 FIKS report on enhanced intermunicipal cooperation.

Chapter 1 highlights specific challenges in the health and care sector, as well as ongoing reform initiatives, which make the question of intermunicipal cooperation particularly relevant for this sector.

In Chapter 2 we describe the municipalities' responsibilities within the health and care sector, why these responsibilities have been assigned to the municipalities, and how municipal health and care services are interlinked with each other and with the municipalities' other services.

There is no clear and uniform definition of what constitutes "intermunicipal cooperation", and the content of the term therefore varies across different sources. In Chapter 3 we therefore explain how we use the term "intermunicipal cooperation". We have chosen to apply a definition that only covers cooperation involving an organisational structure. Furthermore, we reserve the term for cooperation between municipalities and county authorities. Other, less formalised forms of cooperation, or cooperation that includes, for example, Health Trusts, private actors or state bodies, may nonetheless also be useful in addressing health and care responsibilities.

In Chapter 4 we describe the cooperation models provided for in the Local Government Act and in company laws, and we give concrete examples of how these models have been used for cooperation on municipal health and care responsibilities. The most common form of inter-municipal cooperation in this field is the host municipality model. This is partly because the possibilities for delegating decision-making authority are broader for host municipalities than under alternative models of cooperation.

When different forms of cooperation are combined in a broader arrangement, this may be referred to as enhanced intermunicipal cooperation. In Chapter 5 we discuss such forms of cooperation and various models for enhanced intermunicipal cooperation.

Health and care legislation contains some examples of specific regulation of intermunicipal cooperation. These provisions supplement those found in the Local Government Act and in company laws, and they are discussed in Chapter 6. The extent of such specific regulation is, however, limited and therefore does not impose strong constraints on cooperation within the health and care field.

In Chapter 7 we describe the extent of intermunicipal cooperation on health and care responsibilities. As pointed out in Chapter 3, the lack of a clear and uniform definition is a challenge when attempting to map the extent of intermunicipal cooperation. Nevertheless, in the survey conducted in connection with the FIKS report, more than 80 per cent of chief municipal executives report that they participate in intermunicipal cooperation on health and care responsibilities. Cooperation on out-of-hours medical services is particularly widespread. Cooperation on municipal

acute 24-hour beds, municipal medical officer functions, midwifery services, municipal psychologist services and various public health functions is also common.

Experiences from intermunicipal cooperation are described in Chapter 8. Our data collection suggests that municipalities rarely experience short-term financial savings, but that there may be potential for savings in the somewhat longer term. The greatest benefits of cooperation lie in improved quality of services, stronger professional communities and improved recruitment.

In Chapter 9 we consider the potential for increased cooperation, the challenges associated with cooperation, possible solutions and ways of facilitating more cooperation. We share the Government's view that there is likely to be potential for increased cooperation on health and care responsibilities, and that greater cooperation may help to improve service quality and alleviate recruitment challenges and staff shortages. At the same time, intermunicipal cooperation may give rise to challenges relating to democratic governance and control within the municipal sector. We therefore point to measures that may help address these challenges, such as choosing an appropriate cooperation model, allocating tasks and responsibilities correctly, establishing robust contractual frameworks and routines for reporting and information sharing. Finally, we identify regulatory, educational and financial measures that may be introduced to better facilitate intermunicipal cooperation. This includes concrete proposals for improving the legal framework, and we particularly highlight the importance of providing financial and professional support to municipalities during the establishment phase.

1 Innledning

De kommunale helse- og omsorgstjenestene står ovenfor store utfordringer. Kommunene opplever en trangere økonomi, det er en mangel på helsepersonell og vi har en befolkning som blir stadig eldre med økende behov for helse- og omsorgstjenester. Fremskrivinger og prognoser tilsier at disse utfordringene bare vil bli større i årene som kommer. Dette er blant annet påpekt av Helsepersonellkommisjonen i NOU 2023:4 *Tid for handling,* av regjeringen i stortingsmeldingen *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 – vår felles tjeneste og* i Kommunekommisjonens første delutredning NOU 2026:1 *En bærekraftig kommunesektor*. Skal vi opprettholde et godt kommunalt helse- og omsorgstilbud, må kommunene med andre ord omstille seg og jobbe enda mer effektivt enn i dag.

Det er trolig mange ulike virkemidler som kan og bør tas i bruk for å oppnå den nødvendige omstillingen. Norske kommuner er imidlertid små; mediankommunen er litt over 5 000 innbyggere. Ett aktuelt tiltak er derfor økt satsing på interkommunalt samarbeid. Denne muligheten er blant annet pekt på av statsforvalterne som Menon intervjuet i rapporten *Ståa i norske kommuner* fra 2022, og av Generalistkommuneutvalget som anbefalte en økt satsing på interkommunale samarbeid.[2] Kommunekommisjonen har også pekt på at samarbeid kan ha en positiv effekt fordi det øker driftsstørrelsen, effektiv ressursbruk og utnyttelse av helsepersonell.[3]

I denne rapporten beskriver og vurderer vi derfor hvilke muligheter som ligger i interkommunalt samarbeid innenfor den kommunale helse- og omsorgssektoren, herunder hvordan kommuner samarbeider i dag. Fokus i rapporten er på primærkommunens samarbeid, da det både er disse som er tillagt de største oppgavene innen helse og omsorg og fordi interkommunalt samarbeid er en mer aktuell problemstilling for kommunene enn fylkeskommunene.

[2] (NOU 2023:9 Generalistkommunesystemet, s. 151) og (Menon Economics, 2022, s. 97) Se også uttalelsen fra KDD i Prop. 102 S (2023-2025) Kommuneproposisjonen 20025 s. 39, om at regjeringen ville bidra med å legge aktivt til rette for økt bruk av interkommunale samarbeid.
[3] (Kommunekommisjonen, 2026) s. 15.

2 Kommunale helse- og omsorgstjenester

2.1 Hva er kommunenes oppgaver?

Det norske helse- og omsorgssystemet er inndelt i kommunale helse- og omsorgstjenester og en statlig spesialisthelsetjeneste. Kommunenes oppgaver innenfor helse- og omsorg er regulert i en rekke ulike lover.

Helse- og omsorgstjenesteloven pålegger kommunene å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til alle som oppholder seg i kommunen.[4] Etter § 3-2 omfatter denne forpliktelsen blant annet skolehelsetjeneste, helsestasjon, svangerskaps- og barselomsorg, legevakt, medisinsk akuttberedskap, fastlegeordningen, psykososial beredskap og oppfølging, hjemmehjelp, personlig assistanse og sykehjem med mer. Korresponderende rettigheter for den enkelte innbygger, er regulert i pasient- og brukerrettighetsloven.[5]

Etter folkehelseloven kapittel 2 har kommunene også ansvar for å fremme befolkningens helse og livskvalitet, forebygge sykdom og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen. [6] Loven stiller blant annet krav til at kommunene skal ha kunnskap om folkehelsen og folkehelseutfordringer, samt krav til planarbeid, tiltak, beredskap og samfunnsmedisinsk kompetanse. I tillegg stiller helseberedskapsloven § 2-2 krav til at kommunene utarbeider beredskapsplaner for helse- og omsorgstjenester.[7]

Kommunene er også tillagt viktige oppgaver i smittvernloven.[8] Kommunene skal ha oversikt over arten og omfanget av smittsomme sykdommer i kommunen, drive opplysningsarbeid, sørge for andre nødvendige forebyggende tiltak, undersøkelsesmuligheter, behandling og pleie.

Det finnes også regulering av kommunale helse- og omsorgsoppgaver i annen lovgivning, som for eksempel psykisk helsevernloven, tobakksskadeloven og alkoholloven.[9]

Helse- og omsorgsoppgavene som er tillagt kommunene, stiller krav til at kommunene må knytte til seg leger, sykepleiere, fysioterapeut, jordmor, helsesykepleiere, ergoterapeut og psykolog.[10]

Barnevern, sosialtjenesten og pedagogisk-psykologisk tjeneste er eksempler på beslektede tjenester som faller utenfor begrepet helse- og omsorgsoppgaver slik vi forstår det. Når vi

[4] Lov 24. juni 2011 nr. 30 om helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven)
[5] Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)
[6] Lov 24. juni 2011 nr. 29 om folkehelse (folkehelseloven)
[7] Lov 23. juni 200 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap (helseberedskapsloven)
[8] Lov 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer (smittevernloven)
[9] Lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven), lov 9. mars 1973 nr. 14 om vern mot tobakksskader og lov 2. juni 1989 nr 27 om omsetning av alkoholholdig drikk m.v. (alkoholloven)
[10] Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 annet ledd.

snakker om kommunale helse- og omsorgsoppgaver, må det også avgrenses mot de oppgaver som er lagt til de statlige helseforetakene gjennom spesialisthelsetjenesteloven.[11]

2.2 Betydningen av en kommunal helse- og omsorgssektor

Oppgaver knyttet til helse- og omsorg utgjør samlet det største tjenesteområdet i kommunene, både målt i andel av driftskostnader og målt i antall årsverk. Om lag 35 % av kommunens samlede brutto driftsutgifter (inkludert avskrivninger) brukes til helse- og omsorgstjenester, og om lag 40 % av kommunens årsverk er knyttet til helse og omsorgssektoren.[12]

Det ligger i sakens natur at grunnleggende helse- og omsorgstjenester må ytes i nærhet til der folk bor. I *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027* uttalte derfor Regjeringen at den har som et overordnet mål å «(…) sikre en desentralisert helse- og omsorgstjeneste som yter gode, trygge og likeverdige tjenester i hele landet.».[13]

Desentraliserte tjenester kan i prinsippet ytes enten av staten eller kommunen, men kommuneloven § 2-2 sier at «[o]ffentlige oppgaver bør fortrinnsvis legges til det forvaltningsnivået som er nærmest innbyggerne.» Dette omtales gjerne som nærhetsprinsippet. Kommunelovutvalget uttrykte også prinsippet som at «oppgaver og beslutninger ikke bør legges på et mer sentralt beslutningsnivå enn det som er nødvendig.»[14] Nærhetsprinsippet er både begrunnet i demokratihensyn og i effektivitetshensyn. Nærhet til tjenesten bidrar for det første til at innbyggerne lettere kan påvirke hvordan oppgavene utføres.[15] Kommunenes nærhet og kjennskap til innbyggerne bidrar for det andre til at kommunene lettere kan yte helhetlige og sammenhengende tjenester, samt ha mulighet til å prioritere ut fra lokale behov og gjøre nødvendige lokale tilpasninger i tjenestetilbudet.[16] Det bidrar til effektiv ressursutnyttelse. Ifølge forarbeidene til kommuneloven må det derfor være gode grunner for ikke å legge en oppgave nær innbyggerne.[17]

Et annet viktig prinsipp for styring av kommunesektoren er generalistkommuneprinsippet, som også er begrunnet i demokrati- og effektivitetshensyn. Prinsippet er forklart slik av generalistkommuneutvalget: [18]

[11] Lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)
[12] (NOU 2026: 1 En bærekraftig kommunesektor. Kommunekommisjonens første delutredning, s. 31 og 98)
[13] (Meld. St. 9 (2023-2024). Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027. Vår felles helsetjeneste., s. 7)
[14] (NOU 2016:4 Ny kommunelov, s. 49)
[15] (NOU 2000:22 Om oppgavefordelingen mellom stat, region og kommune , s. 75), (NOU 2016:4 Ny kommunelov, s. 61), (NOU 2023:9 Generalistkommunesystemet, s. 38) og (Lund & Co, 2024, s. 30)
[16] (NOU 2026: 1 En bærekraftig kommunesektor. Kommunekommisjonens første delutredning, s. 44) og (Lund & Co, 2024, s. 31)
[17] Proposisjonen til kommuneloven i Prop. 46 L (2017–2018) s. 356.
[18] (NOU 2023:9 Generalistkommunesystemet, s. 9). Samme forståelse av generalistkommuneprinsippet ble lagt til grunn i (Kommunekommisjonen, 2026) s. 17, 22 og s. 25–26.

> *«Generalistkommuneprinsippet innebærer at alle kommuner har samme juridiske status og det samme ansvaret for de lovfestede oppgavene, uavhengig av innbyggertall, bosettingsstruktur, økonomi eller andre kjennetegn.»*

Utvalget anbefalte å videreføre prinsippet, blant annet for at innbyggerne i norske kommuner skal ha et likeverdig tjenestetilbud og like demokratiske rettigheter. Generalistkommune-prinsippet er også viktig for det kommunale selvstyret fordi det sikrer en bredde i oppgavene som kommunene rår over selv.[19] Uten en bredde i oppgaver, ville det være vanskelig for kommunene å foreta reelle prioriteringer basert på lokale behov og preferanser. Det innebærer at også generalistkommuneprinsippet er med å underbygge effektivitet.

I dag er reguleringen av helse- og omsorgssektoren, der kommunen har ansvar for de viktigste førstelinjetjenestene, godt i samsvar med både nærhetsprinsippet og generalistkommune-prinsippet.

Hensyn som typisk vil kunne begrunne å legge helse- og omsorgstjenester til staten, vil være dersom man anser det nødvendig for å ivareta liv og helse eller et likeverdig tjenestetilbud.[20] Det var en viktig del av begrunnelsen da staten overtok ansvaret for spesialisthelsetjenesten som et ledd i helseforetaksreformen i 2002.[21]

2.3 Et helhetlig tjenestetilbud og sammenhengen mellom kommunale oppgaver og tjenester

Det kommunale tjenestetilbudet, inkludert helse- og omsorgstilbudet, henger nøye sammen rettslig, så vel som praktisk. Det betyr at endringer i én del av tjenestetilbudet lett kan påvirke tjenestetilbudet for øvrig.

Juridisk har kommunene en plikt til å gi sine innbyggere et helhetlig tjenestetilbud. Denne plikten gjelder innenfor helse- og omsorgsfeltet, men stiller også krav til samhandling med andre tjenester. I helse- og omsorgstjenesteloven kommer denne samhandlings- og samordningsplikten til uttrykk i § 3-4 hvor det står:

> *«De kommunale helse- og omsorgstjenestene skal samarbeide med andre tjenesteytere dersom samarbeid er nødvendig for å gi pasienten eller brukeren et helhetlig og samordnet tjenestetilbud.»*

I andre ledd står det at kommunene skal samordne tjenestetilbudet. Tilsvarende regulering finnes også i de andre lovene som regulerer de viktigste kommunale velferdstjenestene, som for eksempel skolen, sosialtjenesten, barnehagen, barnevernet og familievernkontoret.[22]

[19] (NOU 2000:22 Om oppgavefordelingen mellom stat, region og kommune , s. 85).
[20] (NOU 2000:22 Om oppgavefordelingen mellom stat, region og kommune , s. 78), (KDD, 2024, s. 30)
[21] (NOU 2023:4 Tid for handling, s. 120)
[22] Lov 18. juni 2021 nr. 97 om barnevern (barnevernsloven) § 15-8, lov om barnehager 17. juni 2005 nr. 64 (barnehageloven) § 2b, lov 9. juni 2023 nr. 30 om grunnskoleopplæringa og den vidaregåande opplæringa (opplæringslova) § 24-1 m.fl.

For pasienter og brukere med behov for langvarige helse- og omsorgstjenester, er det i tillegg et krav i helse- og omsorgstjenesteloven §§ 7-2 og 7-2 a at kommunen skal tilby en koordinator som skal bidra til at pasienten eller brukeren får et «sømløst» tilbud fra de kommunale tjenestene. Hvis pasienten eller brukeren også mottar spesialisthelsetjenester, må koordinatoren i kommunen sikre et godt samarbeidet med helseforetaket.[23] Ofte vil den som blir utpekt som koordinator etter helse- og omsorgstjenesteloven være fastlegen. Hvis det ikke er fastlegen, vil koordinatoren normalt være avhengig av en tett dialog med fastlegen for å oppnå et godt samarbeid med særlig spesialisthelsetjenesten. Fastlegen dermed en viktig koordinerende rolle i det totale tjenestetilbudet den enkelte mottar både fra kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Rent praktisk er det også en nær sammenheng mellom de kommunale helse- og omsorgsoppgavene fordi de samme helsearbeiderne gjerne fyller flere ulike roller i kommunen. Rollen som kommunelege eller kommuneoverlege fylles i mange kommuner av en som også er fastlege.[24] I tillegg har fastlegene og kommunelegene gjerne deltidsjobber med tilsyn og oppfølging i døgninstitusjoner som sykehjem, legetjenester til hjemmeboende, deltakelse i legevakt og akuttmedisin med videre. Legen har videre en nøkkelrolle og medisinsk ansvar i tverrfaglig og koordinerende samarbeid med annet helsepersonell både for den enkelte pasient og strukturelt gjennom helsefellesskapene.[25]

Begrepene «kommunelege» og «kommuneoverlege»

I helse- og omsorgstjenesteloven (§ 5-5) brukes begrepet «kommunelege» som betegnelse på kommunens medisinskfaglige rådgiver, og den som utfører de oppgaver som kommunelegen er «tillagt i lov eller instruks».

I smittevernloven er også begrepet «kommunelege» brukt, om en lege med særlige smittevernfaglige oppgaver.

I folkehelseloven brukes begrepet «kommuneoverlege» om det loven tidligere kalte «kommunelege». Ifølge forarbeidene var endringen ment å holde begrepet atskilt fra hvordan begrepene «kommunelege» og «lege» brukes i praksis. Poenget var å markere kommuneoverlegens samfunnsmedisinske rolle til forskjell fra mer kliniske oppgaver.[26]

I praksis synes imidlertid begrepene å brukes om hverandre uten at det trenger å bety forskjellige ting, men det kan gjøre det. Vi bruker for enkelhets skyld i hovedsak begrepet «kommunelege».

[23] Spesialisthelsetjenesteloven har også krav til koordinator i § 2-5 a. Når en pasient eller bruker har rett på koordinator etter begge lover, må koordinatorene samarbeide.
[24] (NOU 2023:17 Nå er det alvor. Rustet for en usikker fremtid., 2023, s. 378) og Prop. 91 L (2010-2011) s. 235
[25] Se for eksempel Helsedirektoratet.no om kommunelegens rolle: Kommuneoverlegefunksjonens oppgaver etter lov og forskrift - Helsedirektoratet (hentet 18. februar 2025).
[26] Prop. 82 L (2024-2025) s. 73.

3 Hva er et «interkommunalt samarbeid»?

Interkommunalt er en vanlig og viktig del av virksomheten i kommunene. I mange tilfeller er også slike samarbeid en forutsetning for at kommunene skal klare å løse oppgaver på en god måte. I kommuneloven fra 2018 ble det tatt inn en ny bestemmelse i § 17-1 om at kommuner kan samarbeide om å løse felles oppgaver gjennom interkommunalt samarbeid. Tradisjonen for interkommunalt samarbeid er imidlertid mye eldre.

Hva et interkommunalt samarbeid er, er ikke definert i loven. Begrepet har derfor ikke et entydig innhold. Følgelig er det også vanskelig å si noe sikkert om omfanget av interkommunalt samarbeid, herunder samarbeid om den enkelte sektor.[27] Det kan imidlertid legges til grunn at alle norske kommuner, uansett størrelse, deltar i interkommunale samarbeid.[28] Det er heller ikke uvanlig med samarbeid innen helse og omsorg. Se mer om utbredelsen i kapittel 7 nedenfor.

Slik man vanligvis bruker begrepet interkommunalt samarbeid, kjennetegnes det av at de består kommuner eller fylkeskommuner. Det er ikke rom for statlige organer eller private aktører.[29] Det innebærer at for eksempel helsefellesskapene ikke vil regnes som et interkommunalt samarbeid. Stiftelser kan, etter vårt syn, heller ikke inngå i interkommunale samarbeid fordi de er selveiende.[30]

Oppgavene som løses kan være lovpålagte eller oppgaver kommunene velger å påta seg, herunder forretningsmessig virksomhet. Begrepet brukes normalt om samarbeid som har en formell organisatorisk overbygning. Det innebærer for eksempel at uformelle faglige nettverk eller rent kjøp og salg av tjenester mellom kommuner ofte faller utenfor.[31] Noen omtaler imidlertid slike samarbeid som uformelle interkommunale samarbeid. Vårt hovedfokus vil være på formelt organiserte samarbeid, men vi vil også peke på muligheter for og eksempler på uformelle samarbeid.

Normalt er det frivillig for kommunene å inngå interkommunalt samarbeid.[32] Det finnes imidlertid noen hjemler på å pålegge kommuner interkommunalt samarbeid, blant annet innenfor helse og omsorg. Disse kommer vi tilbake til nedenfor i kapittel 6..

Dersom kommunene velger å inngå i et frivillig samarbeid, regulerer kommuneloven § 17-1 mulige organisasjonsformer. Andre ledd sier:

> *«Et interkommunalt samarbeid skal foregå gjennom et interkommunalt politisk råd, kommunalt oppgavefellesskap, vertskommunesamarbeid, interkommunalt selskap,*

[27] Prop. 46 L (2017-2018) s. 167
[28] (Jacobsen, 2022, s. 13) og (Andersen, 2022)
[29] Se tilsvarende i (KDD, 2023, s. 13) og (Hopsnes, 2023) § 17-1 note 1
[30] (KDD, 2023, s. 14) og (Hopsnes, 2023) § 17-1 note 2. Motsatt se (Engelsrud m.fl., 2020)
[31] Se f.eks. (NOU 2016:4 Ny kommunelov, s. 191) og (KDD, 2023, s. 13)
[32] Det er også uttalt at interkommunale samarbeid som hovedregel «bør» være frivillige, i merknadene i forarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven i Prop. 91 L (2010–2011) s. 499.

> *aksjeselskap eller samvirkeforetak, en forening eller på en annen måte som det er rettslig adgang til.»*

Bestemmelsen lister opp samarbeidsformene i kommuneloven, samt de vanligste øvrige samarbeidsformene. De tre første samarbeidsformene er regulert i kommuneloven kapittel 18-20. Interkommunale selskap er en egen selskapsform, regulert i IKS-loven, og er forbeholdt kommuner, fylkeskommuner og interkommunale selskaper.[33] Aksjeselskap og samvirkeforetak er privatrettslige selskapsformer som er regulert i henholdsvis aksjeloven og samvirkelova.[34] I tillegg nevnes foreninger, som per i dag ikke er lovregulert.[35]

Til slutt i bestemmelsen står det at kommuner i tillegg kan organisere samarbeid «på en annen måte som det er rettslig adgang til.» Det er ikke umiddelbart klart hva som ligger i dette ut over at listen i § 17-1 andre ledd ikke er uttømmende.[36]

Det er for øvrig viktig å være oppmerksom på at interkommunale samarbeid, *kan* falle innunder reglene om offentlige anskaffelser og dermed må tilpasses til unntakene i anskaffelses-forskriften.[37] Les mer om dette i FIKS-rapporten og i kapittel 30 i anskaffelsesforskriften som inneholder særregulering for anskaffelser til helse- og omsorgssektoren.[38]

[33] Lov om interkommunale selskaper (IKS-loven) 29. januar 1999 nr. 6 § 1
[34] Lov om aksjeselskaper (aksjeloven) 13. juni 1997 nr. 44 og lov om samvirkeforetak (samvirkelova) 29. juni 2007
[35] Regjeringen fikk i 2021 utarbeidet en utredning med utkast til lov om foreninger, men dette arbeidet har foreløpig ikke resultert i noe lovforslag fra regjeringen. Se (Knudsen m.fl., 2021)
[36] Forarbeidene gir i liten grad veiledning, se f.eks. (NOU 2016:4 Ny kommunelov, s. 197) og Prop. 46 L (2017-2018) s. 168. Se også (KDD, 2023, s. 20)
[37] Forskrift om offentlige anskaffelser (anskaffelsesforskriften/FOA) 12. august 2016 nr. 974
[38] (Lund & Co og Menon, 2025) kap. 7.

4 Samarbeidsmodeller og oppgaveløsning

4.1 Innledning

Her vil vi presentere de viktigste organisasjonsformene for interkommunalt samarbeid, og gi eksempler på hvordan disse er brukt innenfor helse- og omsorgssektoren. Modellene har ulike egenskaper som gjør at de er egnet til ulike formål.

4.2 Interkommunalt politisk råd

Interkommunale politiske råd i kommuneloven kapittel 18

- **Formål:** Politisk samarbeid
- **Øverste organ:** Representantskap, folkevalgt organ
- **Eget rettssubjekt:** Valgfritt
- **Adgang til å fatte enkeltvedtak:** Svært begrenset
- **Deltakernes økonomiske ansvar:** Ubegrenset for sin andel

Interkommunale politiske råd forkortes IPR og er regulert i kommuneloven kapittel 18. Slike råd er ment som rene politiske samarbeidsorgan.[39] Samarbeidsformen er utbredt. De interkommunale politiske rådene er gjerne en generell arena for samarbeid mellom kommunene i en region. Det betyr at samarbeidet normalt ikke er forbeholdt én konkret sektor, men samarbeid på flere ulike områder, herunder helse- og omsorgssektoren.

Interkommunale politiske råd ble innført ved kommuneloven av 2018 og erstattet de tidligere regionrådene.[40] Regionråd var også en svært utbredt samarbeidsform, men de manglet klare juridiske rammer. I forbindelse med ny kommunelov ble det derfor klargjort at slike råd skulle være folkevalgte organer. Det innebærer for eksempel at krav til møteoffentlighet og protokollering gjelder for rådet. Dette ble ansett viktig av hensyn til åpenhet, demokratisk deltakelse og kontroll.[41]

Interkommunale politiske råd kan behandle saker på tvers av kommune- eller fylkesgrensene, og skal være et samarbeidsforum for kommunene i politiske saker hvor de har felles interesser.[42] Rådene kan for eksempel brukes til å gi felles høringsuttalelser, drøfte regionale utfordringer eller utarbeide strategier for regionen. Samarbeidet skal ikke produsere tjenester, og kommunene kan som hovedregel ikke delegere myndighet til å treffe enkeltvedtak til rådene. Interkommunale politiske råd er derfor ikke egnet til å tildele eller utføre helse- og omsorgstjenester. De kan imidlertid brukes til å legge felles planer og strategier for helse og omsorgssektoren. De kan også inngå som et politisk organ i et forsterket samarbeid som

[39] Prop. 46 L (2017-2018) s. 398.
[40] Regionråd var hjemlet i § 27 i kommuneloven fra 1992.
[41] Prop. 46 L (2017-2018) s. 171.
[42] (KDD, 2023, s. 25)

suppleres med andre samarbeidsformer og avtaleverk. Et Interkommunalt politisk råd kan dermed være en arena for samordning, utvikling og planlegging av virksomheten i et interkommunalt forsterket samarbeid som brukes til å løse helse- og omsorgsoppgaver.[43]

Representantskapet, som er et folkevalgt organ, er det øverste organet i et interkommunalt politisk råd.[44] Representantskapet skal bestå av minst ett medlem fra hver deltakerkommune. Representantskapet står relativt fritt ved organisering av samarbeidet, og de kan blant annet velge å opprette andre organer som kan bistå med styringen av rådet. Dette kan eksempelvis være et arbeidsutvalg. Slike organer vil også være folkevalgte organer, jf. kommuneloven § 5-1 andre ledd bokstav j.

Vi vil vise til tre konkrete eksempler på hvordan kommuner bruker interkommunale politiske råd til samarbeid om helse- og omsorgssektoren.

For det første kan vi vise til Fosenregionen interkommunalt politisk råd, hvor kommunene Indre Fosen, Osen, Ørland og Åfjord deltar. Rådet jobber for regionale felles interesser og utviklingsprosjekter for Fosenregionen. Blant annet har de et felles utviklingsprosjekt kalt «Kompetanseforum Fosen», hvor kommunene samarbeider om å belyse og løse kompetanseutfordringer i Regionen, herunder utfordringer med mangel på helsepersonell. Regionrådet har invitert med lokale utdanningsinstitusjoner, NAV, LO og regionale næringsaktører for å bidra til å løse problemet.[45]

For det andre bruker kommunene i Møre og Romsdal de interkommunale politiske rådene i fylket til å utpeke hvem som skal representere kommunene i organene i helsefellesskapet i Møre og Romsdal.[46]

For det tredje kan vi vise til Region Nordhordland der kommunene Alver, Osterøy, Vaksdal, Austrheim, Gulen, Masfjorden, Fedje og Modalen har etablert et forsterket interkommunalt samarbeid utgangspunkt Regionrådet Nordhordland. Region Nordhordland har brukt rådet til å utvikle andre interkommunale samarbeid, herunder har de etablert et interkommunalt selskap, Region Nordhordland Helsehus IKS (RNHI), som eier og driver et felles helsehus som rommer ulike helse- og omsorgstjenester for kommunene i regionen.[47]

[43] (NOU 2023:9 Generalistkommunesystemet, s. 205)
[44] Kommuneloven § 18-3.
[45] Hentet fra Fosenregionen.no: Forside - Fosenregionen (04. februar 2026).
[46] Samarbeidsavtale mellom kommuane i Møre og Romsdal og Helse Møre og Romsdal HF 1. januar 2025
[47] (Lund & Co og Menon, 2025, s. 71 flg.)

4.3 Kommunalt oppgavefellesskap

Kommunalt oppgavefellesskap i kommuneloven kapittel 19

- **Formål:** Løsning av mindre omfattende felles oppgaver
- **Øverste organ:** Representantskap, folkevalgt organ
- **Eget rettssubjekt:** Valgfritt
- **Adgang til å fatte enkeltvedtak:** Svært begrenset
- **Deltakernes økonomiske ansvar:** Ubegrenset for sin andel

Kommunale oppgavefellesskap forkortes KO og er regulert i kommuneloven kapittel 19. Samarbeidsmodellen er utviklet med tanke på løsning av mindre omfattende felles oppgaver, som for eksempel regnskap, HR, IKT, plankontor og friluftsråd.[48] Oppgavefellesskapene er rettet mot oppgaveløsing, til forskjell fra de politiske rådene som er rettet mot politisk samarbeid.[49]

Kommunalt oppgavefellesskap ble innført som en ny samarbeidsform i kommuneloven av 2018. Bakgrunnen for innføringen var at utvalget og departementet så behov for en enklere, billigere og mer fleksibel samarbeidsform for kommuner som ønsket å løse mindre oppgaver i fellesskap.[50] For å ivareta en forutsigbar ramme for samarbeidet, ble det søkt å finne en balanse mellom å regulere sentrale forhold samtidig som kommunene skulle ha frihet til å utforme samarbeidet etter lokale behov.[51] Det er derfor færre detaljerte krav i loven til driften og organiseringen av et kommunalt oppgavefellesskap, sammenlignet med andre samarbeidsformer. Fleksibiliteten i ordningen gir også relativt gode muligheter for å tilpasse samarbeidet til unntakene for samarbeid i offentlig sektor i anskaffelsesforskriften når det er nødvendig.

Representantskapene, som er øverste organ i et oppgavefellesskap, er et folkevalgt organ. Alle deltakerkommunene skal være representert.[52]

Oppgavefellesskapet kan, slik kommuneloven er i dag, som hovedregel ikke delegeres myndighet til å treffe enkeltvedtak, og egner seg dermed ikke til å løse oppgaver som forutsetter myndighetsutøvelse. Kommunal- og regionaldepartementet har imidlertid varslet at forslag nye regler for kommunale oppgavefellesskap vil bli sendt på høring i løpet 2026, og vi mener det er svært sannsynlig at departementet vil foreslå at kommunale oppgavefellesskap også skal kunne fatte enkeltvedtak. Det kan også føre til andre endringer i reglene for oppgavefelleskapene.

[48] (KDD, 2023, s. 26) og Prop. 46 L (2017-2018) s. 170
[49] (Blåka, 2024) s. 9.
[50] (NOU 2016:4 Ny kommunelov, s. 198) og Prop. 46 L (2017-2018), s. 175.
[51] Prop. 46 L (2017-2018), s. 175.
[52] Kommuneloven § 5-1 andre ledd bokstav j og § 19-3.

Kommunale oppgavefellesskap kan, i likhet med vertskommunesamarbeid, inngå i forsterkede interkommunale samarbeid, for eksempel i form av «balanserte samarbeid». Se kapittel 5.2 nedenfor om ulike typer forsterket samarbeid.

Vi vil vise et eksempel på hvordan kommunale oppgavefelleskap brukes til samarbeid om helse og omsorg i dag, samt et pågående forsøk som illustrer hvordan kommunale oppgavefelleskap kan brukes dersom kommuneloven endres i tråd med våre antakelser ovenfor.

I løpet av 2025 har 34 kommuner i Midt-Norge etablert et kommunalt oppgavefellesskap for kommuner som er eiere og brukere av journalløsningen Helseplattformen. Formålet med samarbeidet er å ivareta felles behov for helsetjenesteutvikling, felles faglige beslutninger og samarbeid om strategisk og operativ prioritering av løsningens utvikling og forbedringer. Kommunene bruker også samarbeidet til faglig utvikling og nettverksbygging for små fagmiljø i den enkelte kommune, samt til deling av prosedyrer, kunnskap og opplæringsmateriell.[53]

Den 4. september 2025 godkjente Kommunal- og distriktsdepartementet et forsøk i Indre Namdal kommune, hvor kommunene Grong, Lierne, Namsskogan og Røyrvik samarbeider om felles legetjeneste, som drifter fastlegeordningen, legevakten og legetjenester til sykehjem, boform for heldøgns omsorg og pleie, helsestasjon og skolehelsetjeneste. Forsøket innebærer at kommunene har fått tillatelse til å etablere et kommunalt oppgavefelleskap med myndighet til å fatte enkeltvedtak.[54] Gitt departementets signaler om forslag til lovendringer for kommunale oppgavefellesskap, antar vi at denne typen oppgavefellesskap vil kunne etableres av flere kommuner etter hvert.

4.4 Vertskommunesamarbeid

Vertskommunesamarbeid i kommuneloven kapittel 20

- **Formål:** Samarbeid om lovpålagte og individrettede tjenester
- **Øverste organ:** Felles folkevalgt nemnd/kommunedirektør i vertskommunen
- **Eget rettssubjekt:** Nei, del av vertskommunen
- **Adgang til å fatte enkeltvedtak:** Svært vid
- **Deltakernes økonomiske ansvar:** Vertskommunen er ansvarlig utad

Vertskommunesamarbeid reguleres i kommuneloven kapittel 20, og er så vidt vi kjenner til den mest utbredte samarbeidsmodellen for helse- og omsorgstjenester. Modellen vertskommunesamarbeid ble innført i 2006 i kommuneloven fra 1992, og ble raskt tatt i bruk av mange kommuner.[55] Ordningen ble videreført i kommuneloven fra 2018. Den er utformet på en

[53] Nytt fellesskap: Den nye sterke kommunestemmen inn i Helseplattformen - Helseplattformen AS og utdatert avtale kalt «Samarbeidsavtale - kommunalt oppgavefellesskap mellom eierkommuner i Helseplattformen»
[54] Brev fra Kommunal- og distriktsdepartementet 4. september 2025 og forskrift om forsøk med kommunalt oppgavefellesskap for felles legetjeneste i Indre Namdal, Trøndelag (FOR-2025-09-04-1784)
[55] Prop. 49 L 2011-2012 s.17

måte som var ment å ivareta hensynet til innbyggernes rettssikkerhet og demokratisk kontroll i større grad enn alternative samarbeidsmodeller.[56] Hvorvidt modellen reelt er egnet til å ivareta demokratisk kontroll for samarbeidskommunene, kan det være grunn til å stille spørsmål ved.

Formålet med samarbeidsmodellen er å muliggjøre samarbeid om lovpålagte og individrettede tjenester som innebærer myndighetsutøvelse.[57] Det kan derfor typisk samarbeides om oppgaver eller tjenester innen helse og omsorg i et vertskommunesamarbeid.[58] Samarbeidsformen er egnet ikke bare til drift, men også til de deler av virksomheten som går ut på myndighetsutøvelse, som tildelingen av helse- og omsorgstjenester. Det kan for eksempel innebære å fatte avgjørelser i enkeltsaker om rett eller avslag på helse- og omsorgstjenester eller vedtak om bruk av tvang. Helsedirektoratet har blant annet anbefalt vertskommunesamarbeid for samarbeid om kommunelegefunksjonen, særlig innen miljørettet helsevern, smittevernarbeid med videre.[59]

Det er to former for vertskommunesamarbeid. Den første og vanligste er administrativt vertskommunesamarbeid som er regulert i kommuneloven § 20-2. Den andre er vertskommune med felles, folkevalgt nemnd regulert i kommuneloven § 20-3. Begge typer samarbeid etableres gjennom en samarbeidsavtale, jf. § 20-4.

For å etablere et administrativt vertskommunesamarbeid må kommunestyret i samarbeidskommunene i tillegg instruere kommunedirektøren i egen kommune til å delegere nærmere angitte oppgaver og myndighet til vertskommunens kommunedirektør. Samarbeidskommunene kan i utgangspunktet overlate utførelsen av lovpålagte oppgaver, herunder myndighet til å fatte vedtak og vedta forskrifter, til vertskommunen «så langt annen lovgivning ikke er til hinder for det».[60] Det er imidlertid en viss forskjell mellom hvilke saker som kan delegeres til et administrativt vertskommunesamarbeid og et vertskommunesamarbeid med felles folkevalgt nemnd. Et vertskommunesamarbeid med folkevalgt nemnd, kan også ta stilling til prinsipielle saker.

I et vertskommunesamarbeid med felles, folkevalgt nemnd er nemnda det øverste organet. Nemnda skal ha minst to medlemmer fra hver kommune. Ved etableringen av et vertskommunesamarbeid med felles nemnd, delegerer kommunestyrene i samarbeidskommunene kompetanse til fellesnemnda. Nemnda kan deretter overlate oppgaver til kommunedirektøren i vertskommunen, slik at mye av samarbeidet i praksis utføres i vertskommunens administrasjon også når vertskommunen har en folkevalgt nemnd.

Vertskommunesamarbeid utgjør ikke et eget rettssubjekt. Organisatorisk er samarbeidet underlagt vertskommunens virksomhet, og det daglige arbeidet på samarbeidsområdet blir overtatt av vertskommunens administrasjon.

---

[56] Prop. 46 L (2017-2018) s. 165
[57] Ot.prp.nr. 95 (2005-2006) side 7.
[58] (KDD, 2023, s. 28)
[59] Helsedirektoratet.no: Anbefalinger til kommuneoverlegefunksjonen - Helsedirektoratet Hentet 05.02.2026.
[60] Kommuneloven § 20-1

Vertskommunesamarbeid er relativt vanlig å bruke i forsterkede interkommunale samarbeid i form av «balanserte samarbeid». Se mer om slike samarbeid i kapittel 5.2 nedenfor.

Det finnes svært mange eksempler på interkommunale samarbeid om helse- og omsorgstjenester. For eksempel har kommunene i Vest-Varanger, det vil si kommunene Berlevåg, Tana, Nesseby og Båtsfjord, i 2022 gått sammen om et administrativt vertskommunesamarbeid for forvaltningskontor i helse- og omsorgstjenesten. Kommunene har blant annet delegert myndigheten til å treffe vedtak i enkeltsaker til Båtsfjord som er vertskommune.[61]

Andre eksempler på oppgaver kommuner samarbeider om i vertskommunesamarbeid er frisklivssentral,[62] drift av distriktsmedisinsk senter,[63] legevakt,[64] overgrepsmottak,[65] samfunnsmedisinsk enhet,[66] jordmortjeneste,[67] og dagsenter.[68] Særlig samarbeid om legevakt synes utbredt.

4.5 Interkommunalt selskap

Interkommunalt selskap i IKS-loven

- **Formål:** Kommunal næringsvirksomhet og mer omfattende felles oppgaver
- **Øverste organ:** Representantskap, ikke folkevalgt organ
- **Eget rettssubjekt:** Ja
- **Adgang til å fatte enkeltvedtak:** Begrenset, jf. koml. § 5-4 (2)
- **Deltakernes økonomiske ansvar:** Ubegrenset

Interkommunalt selskap forkortes IKS og er regulert i IKS-loven. Samarbeidsformen skiller seg fra de som er omtalt over ved at den bygger på selskapsrettslige prinsipper. Interkommunale

[61] *Avtale om vertskommunesamarbeid om forvaltningskontor for helsetjenesten Vestre Varanger forvaltningskontor* mellom kommunene Berlevåg, Tana, Nesseby og Båtsfjord (2022).
[62] Vertskommunesamarbeid med felles folkevalgt nemnd om Værnesregionen frisklivssentral mellom kommunene Tydal, Selbu, Meråker, Frosta og Stjørdal (2012).
[63] Vertskommuneavtale med felles folkevalgt nemnd om Værnesregionen DMS mellom kommunene Tydal, Selbu, Meråker og Stjørdal (2012).
[64] Vertskommuneavtale med felles folkevalgt nemnd om Værnesregionen Legevakt mellom kommunene Tydal, Selbu, Meråker og Stjørdal (2012).
[65] Interkommunalt overgrepsmottak mellom kommunene på Sunnmøre, med Ålesund kommune som vertskommune. Arkivplan.no: Stranda kommune - Interkommunale samarbeid (hentet 18.02.2025). Se også avtaledokumentet «Samarbeidsavtale om interkommunalt overgrepsmottak» mellom kommunene Giske, Haram, Norddal, Skodje, Stordal, Stranda, Sula, Sykkulven, Volda, Ørskog og Ålesund (2010).
[66] Vertskommunesamarbeid om samfunnsmedisinsk enhet, mellom kommunene Kongsberg, Øvre Eiker, Nore og Uvdal, Rollag og Flesberg (2020).
[67] Vertskommunesamarbeid om jordmortjenester mellom Vinje, Fyresdal, Tokke, Kviteseid, Seljord og Tinn. Se Jordmorsamarbeidet i Vest-Telemark - FYRESDAL KOMMUNE (2025) og Helsestasjon og skulehelsetenesta - KVITESEID KOMMUNE (2025).
[68] Vertskommunesamarbeid om Hamna dagsenter mellom Volda og Ørsta kommune: Volda Kommune - Interkommunale samarbeid og kommunalt eigarskap og Hamna 20 - Volda kommune (2025).

selskaper passer for kommunal næringsvirksomhet og mer omfattende fellesoppgaver. Interkommunale selskap blir gjerne benyttet til samarbeid om kommunal næringsvirksomhet, vann og avløp, IKT, revisjon, havnevirksomhet, legevakt mv. Deltakelse i interkommunale selskap er svært utbredt og samtlige norske kommuner har eierskap i minst ett interkommunalt selskap.[69]

Et interkommunalt selskap styres gjennom et representantskap, som er selskapets øverste organ, jf. IKS-loven §§ 6-9a. Representantskapet i et interkommunalt selskap er ikke et folkevalgt organ i motsetning til representantskapene i interkommunale politiske råd og kommunale oppgavefellesskap omtalt over.[70] Alle deltakerne i et interkommunalt selskap skal være representert i representantskapet med minst én representant.

I tillegg til representantskapet, har et interkommunalt selskap et styre og en daglig leder. Det er representantskapet som normalt velger styret i selskapet, jf. § 10. Styret har ifølge § 13 ansvar for forvaltningen av selskapet og organiseringen av virksomheten. Daglig leder har ansvar for den daglige ledelsen av selskapet, jf. § 14.

Interkommunale selskap er alltid selvstendige rettssubjekter, og deltakerne i selskapet har ubegrenset ansvar for sin del av selskapets forpliktelser.[71] Selskapet kan dermed, på samme måte som en kommune, ikke gå konkurs. Hvis det interkommunale selskapet ikke kan betale for seg, betyr det at eierkommunene må ta regningen. Interkommunale selskap bør følgelig ikke brukes til virksomhet som innebærer en høy økonomisk risiko. Dette skiller interkommunale selskap fra aksjeselskap og samvirkeforetak hvor eiernes ansvar er begrenset.

IKS-loven stiller mer detaljerte krav til samarbeidet mellom deltakerkommunene enn samarbeidsformene i kommuneloven. Dette gjør at interkommunale selskap er særlig egnet for større og mer sammensatte samarbeid eller der mange kommuner deltar i samarbeidet. For samarbeid om mer avgrensede oppgaver, vil gjerne interkommunale selskaper oppfattes som for byråkratiske.

Interkommunale selskap kan delegeres myndighet til å fatte vedtak etter kommuneloven § 5-4. For lovpålagte oppgaver, som det er mye av innenfor helse og omsorg, kan kommunene bare delegere vedtakskompetanse til andre rettssubjekt «så langt lovgivingen åpner for det». Om helse- og omsorgslovgivingen åpner for det, beror på en tolkning av den enkelte lov eller bestemmelse. Et eksempel at loven åpner for det finner vi i smittevernloven § 7-1 sjette ledd som sier at «[k]kommunens myndighet etter denne lov kan delegeres etter reglene i kommuneloven eller til et interkommunalt organ». Helsedirektoratet har lagt til grunn at «interkommunalt organ» i denne sammenhengen omfatter interkommunalt selskap. Det innebærer i praksis at kommunelegens lovpålagte oppgaver i smittevernloven kan delegeres til organet, og herunder til leger som er ansatt i selskapet.[72]

[69] (Andersen, 2022).
[70] Kommuneloven § 5-1
[71] IKS-loven §§ 3-4
[72] Anbefalinger til kommuneoverlegefunksjonen - Helsedirektoratet (2025).

Interkommunale selskap kan i likhet med de andre samarbeidsformene inngå som en del av et forsterket interkommunalt samarbeid. Eksempler på dette finner vi i Region Nordhordland omtalt over i kapittel 4.2. Til forskjell fra de øvrige samarbeidsformene kan også interkommunale selskap eie hverandre og dermed inngå i en konsernstruktur og derigjennom danne et forsterket samarbeid.

Som eksempel på kommuner som har tatt i bruk et interkommunalt selskap i helse- og omsorgssektoren, kan vi for eksempel vise til at kommunene Gjøvik, Vestre Toten, Østre Toten, Søndre Land, Nordre Land, Gran og Lunner har etablert selskapet Miljørettet helsevern IKS. Selskapet utfører ifølge hjemmesidene deres: «lovpålagte oppgaver som tilsyn, rådgivning og løpende saksbehandling etter deler av folkehelseloven, smittevernloven, røykeloven og en rekke forskrifter til disse lovene.» Videre opplyses det at arbeidet gjøres i samarbeid med kommunelegene i de enkelte kommunene.[73]

Et annet eksempel er Fosen Helse IKS, som eies av kommunene Indre Fosen, Åfjord og Ørland. Selskapet utvikler og drifter de tjenester som krever spesialisert kompetanse og som er vanskelig å ivareta for små kommuner alene, herunder blant annet kommunepsykolog, akutt psykisk helsehjelp, interkommunal legevakt, sengepost, folkehelse, forskning og utvikling.[74]

Sunnfjord og Ytre sogn interkommunale legevaktsamarbeid IKS har innenfor selskapets formål utvidet oppgavene til å omfatte mer enn legevakt, og sørger i dag for kommunale akutte døgnplasser (KAD), overgrepsmottak med videre.[75] Ellers kan vi også nevne Region Nordhordland Helsehus IKS (RNHI) omtalt over i kapittel 4.2.

4.6 Aksjeselskap

Aksjeselskap i aksjeloven

- **Formål:** Nærings- og forretningsmessig virksomhet
- **Øverste organ:** Generalforsamlingen, ikke folkevalgt organ
- **Eget rettssubjekt:** Ja
- **Adgang til å fatte enkeltvedtak:** Begrenset, jf. koml. § 5-4
- **Deltakernes økonomiske ansvar:** Ikke personlig ansvar for selskapets forpliktelser

Aksjeselskap er en selskapsform regulert i aksjeloven.[76] Aksjeselskap kjennetegnes ved at selskapet normalt har et økonomisk formål, men dette er ikke et krav, jf. § 1-1 tredje ledd nr. 2. I

[73] Miljørettet helsevern IKS - God helse og trivsel for alle
[74] Om oss - Fosen Helse
[75] Sunnfjord og Ytre Sogn interkommunale legevaktsamarbeid IKS (2019) mellom Sunnfjord, Askvoll, Hyllestad, Fjaler og Høyanger kommune: Virksomhetsopplysninger - Brønnøysundregistrene (hentet 05.02.2026)
[76] Lov om aksjeselskaper (aksjeloven) 13. juni 1997 nr. 44.

likhet med interkommunale selskap er det derfor egnet til samarbeid om nærings- og forretningsmessig virksomhet.

Aksjeselskap er et selvstendig rettssubjekt. I motsetning til interkommunale selskap er deltakerne i et aksjeselskap uten personlig ansvar for selskapets forpliktelser, jf. aksjeloven § 1-1 andre ledd og § 1-2 første ledd. Aksjeselskap er særlig aktuelt dersom samarbeidet innebærer en økonomisk risiko for deltakerne.

Aksjeselskap stiftes gjennom vedtekter, og deltakerne må tilføre selskapet en aksjekapital på minst 30 000 kroner når det etableres.[77]Det kan deles ut overskudd til deltakerne i et aksjeselskap i form av utbytte, jf. aksjeloven § 8-1.

Aksjeselskap ledes ikke av et folkevalgt organ. Generalforsamlingen har den øverste myndigheten i selskapet og alle aksjeeiere har rett til å delta på generalforsamlingen, jf. §§ 5-1 og 5-2. Aksjeselskap skal ha en ledelse bestående av et styre med ett eller flere medlemmer, hvorav det skal være en styreleder jf. § 6-1 første og annet ledd. Det er valgfritt om selskapet skal ha en daglig leder, jf. § 6-2. Det gjelder egne krav til sammensetningen av selskapets ledelse for selskaper med bedriftsforsamling, det vil si selskap som har flere enn 200 ansatte, jf. kapittel 6, jf. § 6-35.

Muligheten for delegasjon av vedtakskompetanse er begrenset på samme måte som for de øvrige interkommunale selskap, omtalt over i kapittel 4.5.

Som eksempel på samarbeid mellom kommuner i aksjeselskap kan vi vise til Helseplattformen AS, som utvikler og innfører pasientjournalen Helseplattformen.[78] Selskapet er ikke et rent kommunalt aksjeselskap. Det eies av 33 kommuner i Trøndelag og Møre og Romsdal, sammen med Helseforetaket Helse Midt-Norge RHF som er hovedaksjonær. Så lenge et helseforetak er aksjonær kan ikke samarbeidet karakteriseres som et interkommunalt samarbeid, men vi mener eksemplet likevel illustrerer hvordan også aksjeselskap *kan* brukes til interkommunalt samarbeid.

[77] Aksjeloven §§ 2-1 første ledd og 3-1 første ledd.
[78] Helseplattformen.no: Om Helseplattformen - Helseplattformen AS (2025).

4.7 Samvirkeforetak

Samvirkeforetak i samvirkelova

- **Formål:** Fremme felles økonomiske interesser
- **Øverste organ:** Årsmøtet, ikke folkevalgt organ
- **Eget rettssubjekt:** Ja
- **Adgang til å fatte enkeltvedtak:** Begrenset, jf. koml. § 5-4
- **Deltakernes økonomiske ansvar:** Ikke personlig ansvar for selskapets forpliktelser

Samvirkeforetak er en selskapsform regulert i samvirkelova. Et samvirkeforetak har til hovedformål å fremme de økonomiske interessene til medlemmene, jf. samvirkelova § 1 andre ledd. Dette skjer ved at medlemmene selv deltar og samhandler over en felles aktivitet som avtaleparter i virksomheten.[79] Deltakerne kan være kjøpere/forbrukere, leverandører eller lignende. Et viktig kriterium er at det må være økonomisk omsetning mellom foretaket og medlemmene.[80] Medlemmene plikter å betale et innskudd i foretaket, jf. § 16 første ledd nr. 1. I likhet med aksjeselskap har medlemmene ikke et personlig økonomisk ansvar i samvirkeforetaket, jf. samvirkelova § 1 andre ledd nr. 2.[81]

Årsmøtet har øverste myndighet i foretaket, og alle medlemmer har rett til å delta og stemme på årsmøtet, jf. §§ 35, 36 og 38. Samvirkeforetak er pliktig til å ha et styre, men antall og funksjoner kan til en viss grad tilpasses i vedtektene, jf. §§ 64 og 65.

Samvirkelova forutsetter at en etter søknad har rett til medlemskap dersom en kan få sine økonomiske interesser ivaretatt i foretaket, og hører til den kretsen som foretaket retter seg mot, jf. § 14 første og annet ledd.[82]

Overskudd i foretaket kan utdeles til medlemmene, men loven bygger på et prinsipp om at dette bare kan skje på grunnlag av deres omsetning med foretaket, det vil si deres bruk av foretaket.[83] Foretaket må derfor finne en fordelingsnøkkel som i rimelig grad reflekterer bruken til hvert enkelt medlem.[84]

Muligheten for delegasjon av vedtakskompetanse er begrenset på samme måte som for de øvrige interkommunale selskap. Se omtale over i kapittel 4.5.

Samarbeidsformen brukes typisk om kjøp og salg av tjenester og varer på ulike sektorområder, særlig der det drives næringsvirksomhet, eksempelvis innen dagligvarebransjen eller

[79] Samvirkelova § 1 andre ledd. Se f.eks. (Fjørtoft, 2022) note 8.
[80] Samvirkelova § 1 andre ledd og (Fjørtoft, 2022) note 8.
[81] (Fjørtoft, 2022) note 10.
[82] (Fjørtoft, 2022)
[83] Samvirkelova § 1 andre ledd nr 1. og (Fjørtoft, 2022) note 8.
[84] (Fjørtoft, 2022) note 8.

landbruksproduksjon. Vi kjenner ikke til at denne samarbeidsformen er brukt til kommunale helse- eller omsorgstjenester. Skulle man tenke seg et praktisk bruksområde for kommunene, er trolig innkjøpssamarbeid mest aktuelt.

5 Forsterkede interkommunale samarbeid

5.1 Hva er et forsterket interkommunalt samarbeid?

Forsterkede interkommunale samarbeid har vært drøftet i ulike sammenhenger, blant annet av Generalistkommuneutvalget og i FIKS-rapporten.[85] Det finnes imidlertid ingen klar definisjon av slike samarbeid. I FIKS-rapporten har vi brukt følgende definisjon:[86]

> *Med **forsterkede interkommunale samarbeid** mener vi forpliktende, langsiktig og strategisk samarbeid mellom to eller flere kommuner eller fylkeskommuner. Samarbeidet omfatter flere oppgaver eller tjenesteområder, og bør ha en formell organisatorisk overbygning eller kombinere ulike samarbeidsformer i eller utenfor kommuneloven.*

Med at samarbeidet er «forpliktende», menes at det er basert på avtaler, herunder avtaler som bærer preg av intensjonsavtaler. «Langsiktig» sikter til at samarbeidet er ment å være varige eller i alle fall uten konkret tidsbegrensing. «Strategisk» innebærer at det må være en overordnet plan for samarbeidet, og ikke tilfeldig oppgave-til-oppgave-samarbeid. Videre la vi i FIKS-rapporten til grunn at samarbeidet må omfatte flere ulike oppgaver eller tjenesteområder for å kvalifisere som forsterket.

Samarbeid mellom «to eller flere kommuner» sikter til at kommunene har faste samarbeidspartnere. Det betyr ikke at kommunene må samarbeide om alt eller at de ikke kan samarbeide med andre, men at man har en *strategi om et bredere samarbeid for den aktuelle gruppen av kommuner*. Det kan for eksempel skje ved at man har avtalefestet at man er fortrukne samarbeidspartnere og at det legges opp til en dialog før man trer inn i andre nye samarbeid.

I tillegg mener vi at forsterkede samarbeid ofte kjennetegnes ved at de har en form for organisatorisk overbygning *og/eller* at samarbeidskommunene tar i bruk flere samarbeidsformer innenfor eller utenfor rammene av kommuneloven. Man kan for eksempel ha etablert flere vertskommunesamarbeid, eller en kombinasjon av flere selskaper og oppgavefellesskap, som forbindes i et forsterket samarbeid gjennom et overordnet avtaleverk, et avtalebasert nettverk eller et interkommunalt politisk råd.

5.2 Modeller for forsterket interkommunalt samarbeid

I FIKS-rapporten kapittel 9.2 beskrev vi tre ulike varianter av forsterket interkommunalt samarbeid.

Den første er det vi har valgt å kalle «interkommunalt balansert samarbeid», ofte også omtalt som «balansert vertskommunesamarbeid». Dette var så vidt vi kunne observere den vanligste

[85] Se f.eks. (NOU 2023:9 Generalistkommunesystemet, s. 115 og 214) og (Lund & Co og Menon, 2025)
[86] (Lund & Co og Menon, 2025) s. 12.

og mest omtalte modellen for forsterkede interkommunale samarbeid.[87] Modellen går ut på at samarbeidskommunene inngår en avtale om å fordele oppgaver seg imellom for eksempel ved at de er vertskommune for hver sin oppgave. Slike modeller kan imidlertid også bestå av andre samarbeidsformer enn vertskommunesamarbeid, som kommunale oppgavefellesskap. Fordelen med denne modellen er at alle deltakerkommunene sitter igjen med ansvar og arbeidsplasser, og er gjensidig avhengig av hverandre for å løse oppgavene som inngår i samarbeidet. Et eksempel på et slik samarbeid er Vestre Varanger 4K-samarbeidet, hvor kommunene Berlevåg, Tana, Båtsfjord og Nesseby samarbeider om barnevern, plankontor, IT-tjenester, økonomitjenester og forvaltningskontor for helse- og omsorgstjenester. Samarbeidet fremstår som et vellykket eksempel på et forsterket interkommunalt samarbeid, som også omfatter helsetjenester.[88]

Den andre modellen har vi valgt å kalle «interkommunalt politisk utviklingssamarbeid». Slike samarbeid kjennetegnes ved at de har for eksempel et interkommunalt politisk råd som utgjør en politisk overbygning for andre interkommunale samarbeid. Det interkommunale politiske rådet kan kombineres med et felles gjennomføringsorgan, for eksempel et interkommunalt selskap. Gjennomføringsorganet kan igjen brukes til å etablere nye interkommunale samarbeid om ulike oppgaver eller tjenester. Samarbeidet Region Nordhordland er et eksempel på et slikt samarbeid. Samarbeidet består av kommunene Alver, Osterøy, Vaksdal, Austrheim, Gulen, Masfjorden, Fedje og Modalen. Det politiske samarbeidet som legger føringene for videre utvikling, skjer i Regionrådet Nordhordland. Deltakerkommunene eier i tillegg et interkommunalt selskap, Region Nordhordland IKS (RNI). RNIs oppgave er blant annet å være sekretariat for Rådet og å gjennomføre utviklingsarbeid i tråd med rådets formål. Utviklingsarbeidet har blant annet bestått i å etablere nye samarbeid mellom kommunene, som samarbeider om IT-tjenester, sekretariat for kontrollutvalg og helsehus.[89] Også dette fremstår som et velfungerende forsterket samarbeid, som omfatter helse- og omsorgssektoren.

Den tredje modellen har vi valgt å kalle «interkommunalt eierskapssamarbeid». Modellen kjennetegnes ved at kommuner som eier flere selskaper sammen eller har flere interkommunale samarbeid, danner et administrativt nettverk for å samarbeide om effektiv eierstyring for en samlet portefølje av selskaper og samarbeid. Denne modellen finner vi i Vestfold, der den har vist seg å være et vellykket virkemiddel for å få bedre demokratisk styring og kontroll over selskaper og samarbeid de eier sammen.[90] Så vidt vi vet, omfattet ikke eierskapssamarbeidet i Vestfold kommune samarbeidsorganer for helse- og omsorgstjenester.

[87] (Oslo Economics, 2022, s. 18) og (Vinsand, 2020, s. 14 og 21)
[88] Se nærmere omtale av samarbeidet i (Lund & Co og Menon, 2025) kapittel 10.
[89] Se nærmere omtale av samarbeidet i (Lund & Co og Menon, 2025) kap. 12.
[90] Se nærmere omtale av samarbeidet i (Lund & Co og Menon, 2025) kap. 13.

6 Særregulering for helse og omsorg

Interkommunalt samarbeid er generelt regulert i kommuneloven og selskapslovgivningen, men det finnes også noe særregulering i helse- og omsorgslovgivningen.

Som påpekt i kapittel 3, er utgangspunktet at interkommunalt samarbeid er frivillig for kommunene. Det finnes imidlertid eksempler i helse- og omsorgslovgivningen på at staten kan pålegge kommunene å samarbeide. Se for eksempel helse- og omsorgstjenesteloven § 6-6 som sier:

> *«Departementet kan pålegge samarbeid mellom kommuner når det anses påkrevd for en forsvarlig løsning av oppgaver innen kommunenes helse- og omsorgstjeneste, herunder gi bestemmelser om hvilke oppgaver det skal samarbeides om og fordeling av utgifter.»*

I forarbeidene er bestemmelsen omtalt som en snever unntaksregel, og det skal mye til før departementet pålegger kommunene å samarbeide.[91] Ifølge departementet har bestemmelsen aldri vært brukt.[92]

Tilsvarende regulering finnes i folkehelseloven § 7 d.[93] Heller ikke denne hjemmelen har vært benyttet.[94] I forarbeidene til folkehelseloven er det gitt eksempler på situasjoner der det kan være aktuelt å pålegge samarbeid etter bestemmelsen. Som eksempler nevnes «sikring av nødvendig kapasitet og kompetanse, eller hvor samarbeid kan bidra til å motvirke negativ utvikling og uakseptable forskjeller i helsestatus».[95]

I helse- og omsorgsloven § 3-2 andre ledd er det et krav om at kommunene må «knytte til seg» ulike helsefagarbeidere. Det er ikke et krav til at de må være ansatt i kommunen. For kommuneoverlegene stiller deg seg imidlertid annerledes. Det følger av folkehelseloven at kommunene «skal ansette» en kommuneoverlege. På grunn av kravet til ansettelse i kommunen, har lovgiveren ansett det som nødvendig å gi egne regler som åpner for interkommunalt samarbeid om kommunelege- og kommuneoverlegefunksjonen og delegasjon. Se folkehelseloven §§ 7 c og d, helse- og omsorgstjenesteloven § 5-5 og smittevernloven § 7-1 sjette ledd og § 7-2 fjerde ledd. Formålet med reguleringen er nettopp å sikre at kommuner skal kunne samarbeide om funksjonen som kommunelege og kommuneoverlege, og sikre at disse legene kan fatte de vedtak som de er gitt myndighet til disse lovene. Helsedirektoratet har, i tråd med blant annet Koronakommisjonens anbefalinger, anbefalt interkommunalt samarbeid for å sikre tilstrekkelig kvalitet og kontinuitet folkehelse- og smittevernsarbeid.[96] Per i dag er det i praksis vertskommunesamarbeid som er aktuelt for denne typen tjenester fordi vertskommunesamarbeid kan få delegert myndighet til å fatte enkeltvedtak. Kommunelegens

[91] Prop. 91 L (2010–2011) s. 499.
[92] E-post fra Helse- og omsorgsdepartementet til Lund & Co Advokatfirma, mottatt 09. februar 2026.
[93] Frem til lovendringen i 2025 var bestemmelsen regulert i folkehelseloven § 26, se Prop 82 L (2024-2025) s. 73.
[94] E-post fra Helse- og omsorgsdepartementet til Lund & Co Advokatfirma, mottatt 25. februar 2026.
[95] Prop. 82 L (2024-2025) s. 75.
[96] Samarbeid om kommunelegefunksjonen er anbefalt av Helsedirektoratet: Anbefalinger til kommuneoverlegefunksjonen - Helsedirektoratet (hentet 05.02.2026).

oppgaver etter smittevernloven kan også delegeres til leger ansatt i interkommunale selskap, i tråd med Helsedirektoratets forståelse.[97] Som nevnt over, kan det også bli aktuelt for oppgavefellesskap dersom kommuneloven endres slik at de kan få delegert myndighet til å fatte enkeltvedtak.

[97] Se Anbefalinger til kommuneoverlegefunksjonen - Helsedirektoratet og vår omtale i kapittel 4.5.

7 Utbredelsen innen helse- og omsorgssektoren

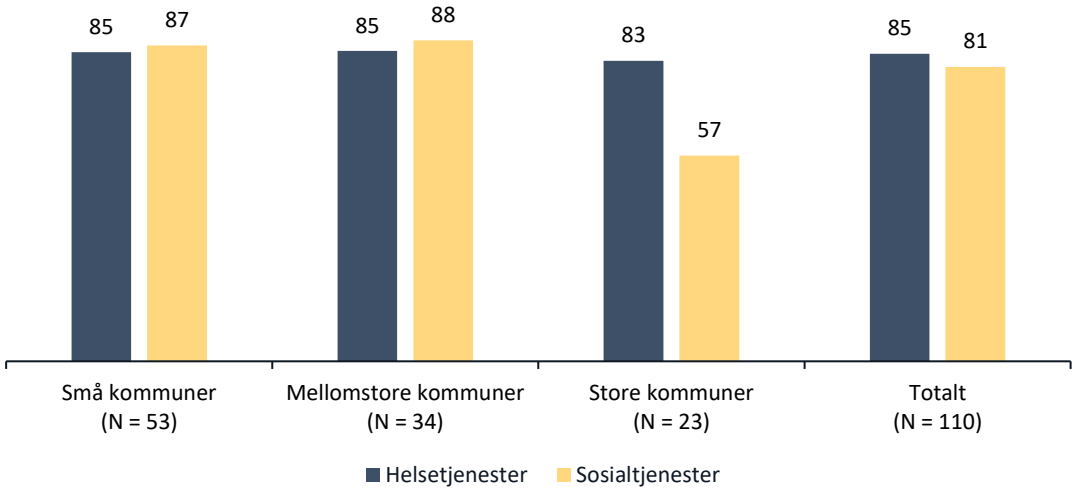
7.1 Innledning

Som påpekt i kapittel 3 finnes det ingen klar definisjon av hva et interkommunalt samarbeid er. Det gjør det vanskelig å si sikkert hvor stor utbredelsen av interkommunalt samarbeid er generelt og om helse- og omsorgssektoren spesifikt. Her vil vi likevel bruke det tilgjengelige datagrunnlaget til å gi et bilde av utbredelse. Som kildegrunnlag har vi brukt svar fra spørreundersøkelsen som ble gjennomført i forbindelse med FIKS-rapporten,[98] offentlig tilgjengelig statistikk og søk i relevant litteratur, offentlig tilgjengelige avtaler og arkiver.

7.2 Funn fra spørreundersøkelse til kommunedirektører

I spørreundersøkelsen gjennomført i forbindelse med FIKS-rapporten ble kommunedirektørene bedt om å oppgi hvilke tjenesteområder kommunen har interkommunalt samarbeid om. Kommuner som samarbeider på helse- og omsorgsområdet, har i denne sammenhengen krysset av for enten «Helsetjenester» eller «Sosialtjenester».[99] Kategorien «Helsetjenester» ligger i sin helhet innenfor helse- og omsorgstjenestene. Kategorien «Sosialtjenester» omfatter derimot både tjenester som faller innenfor og utenfor helse- og omsorgsområdet. For eksempel omfatter den tjenester som psykisk helse og rusomsorg. Vi presenterer derfor tall for begge kategoriene.

*Figur 7.1 Andel av kommuner som svarte på undersøkelsen (N) som oppgir at de samarbeider innen helse- og/eller sosialtjenester, i prosent**



**Små kommuner < 5000, mellomstore kommuner fra 5000 til 19 999, store kommuner 20 000 og høyere. Helsetjenester inkluderer eksempelvis legevakt, legevaktsentraler, kommuneoverlege, samfunnsmedisin, jordmortjenester, kommunale akutte døgnplasser (KAD), responssenter for velferdsteknologi og kommunepsykolog. Sosialtjenester inkluderer eksempelvis Nav-kontor, barnevern, barnevernsvakt, psykisk helse, rusomsorg og flyktningstjenester. Kilde: Spørreundersøkelse til kommunedirektører 2025*

[98] (Lund & Co og Menon, 2025)

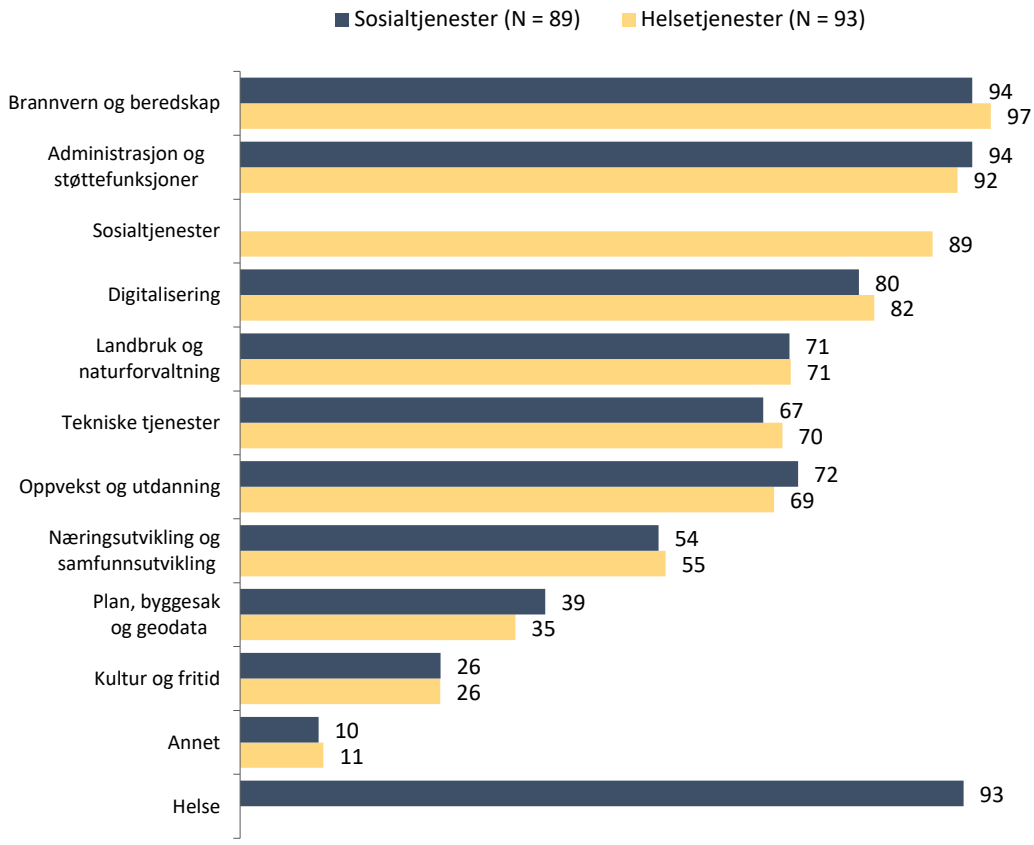
[99] I undersøkelsen er kategoriene definert som følger. *Helsetjenester*: For eksempel legevakt, legevaktsentraler, kommuneoverlege, samfunnsmedisin, jordmortjenester, kommunale akutte døgnplasser (KAD/KØH), responssenter for velferdsteknologi og kommunepsykolog. *Sosialtjenester*: For eksempel NAV-kontor, barnevern, barnevernsvakt, psykisk helse, rusomsorg og flyktningtjenester.

Dataene som er innhentet i forbindelse med FIKS-prosjektet viser at av de 110 kommunene som har svart at de har interkommunale samarbeid, samarbeider 85 prosent innen helsetjenester og 81 prosent innen sosiale tjenester, se figur 7.1.

Andelen kommuner som samarbeider om helsetjenester er lik på tvers av kommunestørrelse, men store kommuner samarbeider i noe lavere grad om sosialtjenester enn små og mellomstore kommuner. At store kommuner rapporterer lavere samarbeidsandel innen sosialtjenester kan skyldes mindre samarbeid om andre typer sosialtjenester enn de innen helse- og omsorgsområdet. Kategorien helsetjenester er derimot mer entydig, og indikerer tydelig at kommuner av alle størrelser samarbeider innen helse- og omsorgstjenestene.

Fra undersøkelsen kan vi også si noe om grad av samarbeid generelt for kommuner som samarbeider innen helsetjenester og/eller sosialtjenester. Dette er illustrert i figur 7.2. Figuren viser at kommuner som samarbeider innen helsetjenester eller sosialtjenester i stor grad også samarbeider om ett eller flere andre områder.

Figur 7.2 *Andel kommuner av de som samarbeider innen helsetjenester eller sosialtjenester som også samarbeider på andre områder, i prosent**



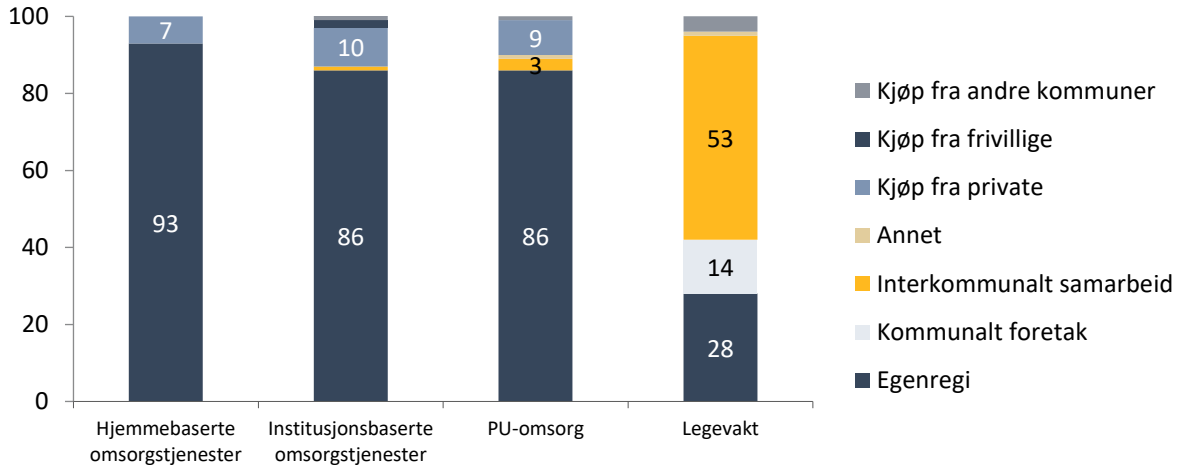
**N=110. Helsetjenester inkluderer eksempelvis legevakt, legevaktsentraler, kommuneoverlege, samfunnsmedisin, jordmortjenester, kommunale akutte døgnplasser, responssenter for velferdsteknologi og kommunepsykolog. Sosialtjenester inkluderer eksempelvis Nav-kontor, barnevern, barnevernsvakt, psykisk helse, rusomsorg og flyktningstjenester. Kilde: Spørreundersøkelse til kommunedirektører 2025*

7.3 Funn fra Organisasjonsdatabasen for 2024

Organisasjonsdatabasen er en database som beskriver kommunal og fylkeskommunal organisering fra 1995 og fram til i dag. Den gir innsikt i hvordan norske fylker og kommuner velger å organisere seg politisk og administrativt, i tjenesteproduksjonen, i møtet med lokalbefolkningen, og som demokratiske institusjoner, samt hvordan utviklingen har vært over tid. Kommunal- og distriktsdepartementet finansierer datainnsamlingen. Fra 1996 har datainnsamlingen skjedd hvert fjerde hvert år, i året etter lokalvalgene. Forrige datainnsamling ble gjennomført i 2024. Det oppgis at svarandelen varierer mellom spørsmålene i undersøkelsen og utgjør mellom 70 og 90 prosent.

Organisasjonsdatabasen inkluderer data om interkommunale samarbeid innenfor helse og omsorg, nærmere bestemt hjemmebaserte omsorgstjenester, institusjonsbaserte omsorgstjenester, omsorg for personer med psykisk utviklingshemming (PU-omsorg) og legevakt. Figur 7.3 viser omfanget av innrapporterte samarbeid for disse helse- og omsorgsoppgavene i 2024. Som vi ser fra figuren er interkommunalt samarbeid mest utbredt for legevakt, som 53 prosent av kommunene samarbeidet om i 2024. Det er også etablert interkommunale samarbeid innenfor institusjonsbaserte omsorgstjenester og PU-omsorg, men omfanget er lite. Under 1 prosent av kommunene samarbeidet om institusjonsbaserte omsorgstjenester og om lag 3 prosent av kommunene samarbeidet om PU-omsorg. I 2024 var det ingen kommuner som oppga at de hadde interkommunalt samarbeid om hjemmebaserte omsorgstjenester.

*Figur 7.3 Andel av kommuner som samarbeidet om helse- og omsorgsoppgaver i 2024, i prosent**



**N=ukjent. Kilde: Organisasjonsdatabasen 2024, bearbeidet av Menon Economics*

7.4 Funn fra analyse av legevaktutgifter for 2023

SSB-rapporten *Legevaktutgifter i 2023* belyser blant annet hvordan legevakttjenestene er organisert og hvordan samarbeid og organisering varierer etter fylke, kommunestørrelse og

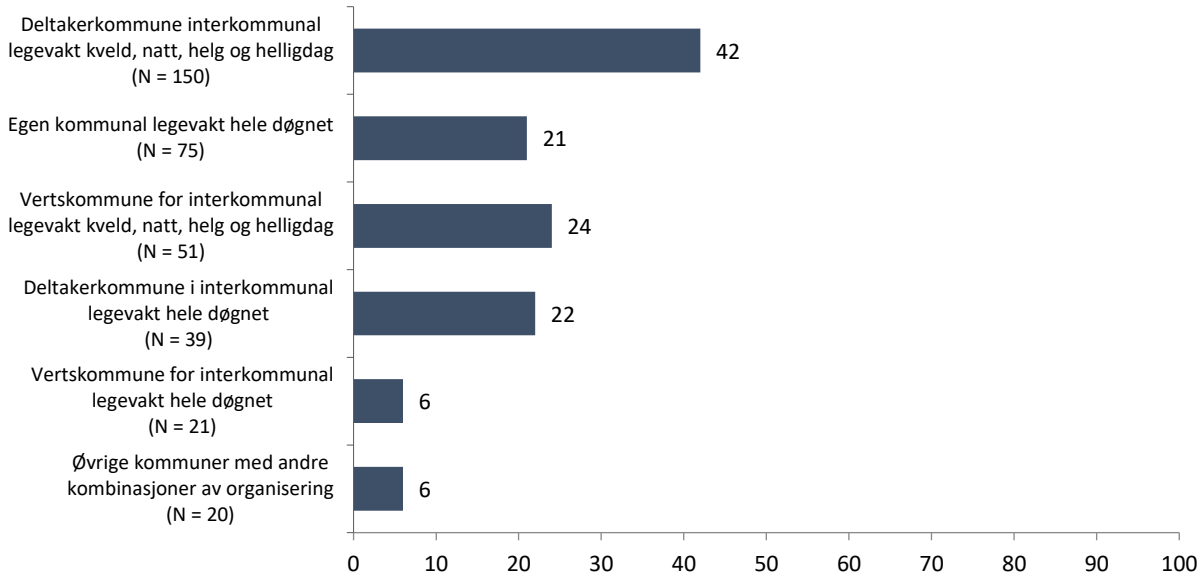
sentralitet.[100] Datagrunnlaget bygger primært på kartleggingen i KOSTRA-skjema 1 for 2023, supplert med registerdata fra SSB, KUHR-databasen (kontroll og utbetaling av helserefusjoner) og Helsedirektoratets oversikt over tilskudd. Alle 356 kommuner inngår i datagrunnlaget.

Figur 7.4 viser hvordan kommunene organiserte legevakten i 2023. Figuren viser at 21 prosent av kommunene hadde egen legevakt hele døgnet. De øvrige 79 prosentene inngikk i en eller annen form for interkommunalt samarbeid.

Den vanligste løsningen var å ha egen kommunal legevakt på dagtid, men delta i et interkommunalt samarbeid for legevakt på kveld, natt, i helger og på helligdager. Litt over 40 prosent av kommunene hadde en slik ordning. I tillegg var 14 prosent vertskommuner for tilsvarende samarbeid. Videre var litt over 10 prosent deltakerkommuner i samarbeid om legevakt hele døgnet, mens 6 prosent var vertskommuner for slike døgnkontinuerlige ordninger.

De siste 6 prosentene hadde andre kombinasjoner av løsninger, og dette skyldes i mange tilfeller at det kan være ulike organiseringsformer av legevakt til innbyggere i ulike deler av kommunen.

Figur 7.4 Ulike former for organisering av kommunale legevakter i Norges kommuner (2023), i prosent



N=356. Kilde: Legevaktutgifter i 2023 (SSB)

Rapporten viser også hvordan organiseringen av legevakt varierer med fylke, kommunestørrelse og sentralitet. I de fleste fylker er det vanligst med interkommunalt samarbeid om legevakt hele døgnet, mens Oslo og Finnmark skiller seg ut ved at egen kommunelegevakt hele døgnet er mest utbredt. Interkommunalt samarbeid er den vanligste organiseringen i alle størrelses- og sentralitetsgrupper, men rollen i samarbeidet varierer. Mindre og mindre sentrale kommuner er oftest deltakerkommuner, mens større og mer sentrale kommuner oftere er vertskommuner. Samtidig er andelen som har egen legevakt hele døgnet høyest både blant de aller minste og de aller største kommunene, og blant de minst og mest sentrale kommunene, noe som kan tyde på

[100] (SSB, 2024) SSB, *Legevaktutgifter i 2023* (2024), tilgjengelig her

at strukturelle forhold som geografi, avstand og nærhet til nabokommuner påvirker hva som er en hensiktsmessig organisering.

7.5 Funn fra utvalgte kartlegginger av interkommunale samarbeid for ulike regioner

Det er gjennomført flere kartlegginger av interkommunale samarbeid i ulike regioner i Norge. Selv om rapportene for de utvalgte regionene ikke lar seg generaliseres konkret til hele Norge, gir det allikevel et overordnet bilde om typisk status for Norges regioner.

Materialet omfatter syv kartlegginger av interkommunale samarbeid i regionene Troms og Finnmark[101], Agder[102], Lofoten[103], Møre og Romsdal[104], Buskerud[105] , Nordland[106] og Trøndelag[107]. NIVI legger til grunn en videre definisjon av interkommunalt samarbeid enn det vi bruker ellers i denne rapporten, og inkluderer blant annet uformelle samarbeid i form av kjøp og salg av tjenester og stiftelser. Felles for rapportene er at de dokumenterer omfang, organisering og utvikling i formelt og uformelt interkommunalt samarbeid, med særlig vekt på hvilke sektorer det samarbeides om, hvordan samarbeidet er strukturert (lokalt vs. regionalt nivå), samt drivere, utfordringer og mulige utviklingsretninger.

Rapportene viser at interkommunalt samarbeid er et svært utbredt styrings- og organisasjonsgrep i norske kommuner. Omfanget varierer mellom regioner, men ligger gjennomgående høyt (289 samarbeid i Trøndelag, 263 i Nordland, 221 i Buskerud, 200 i Møre og Romsdal, 50 i Lofoten og 282 i Troms og Finnmark).[108] Variasjonen mellom enkeltkommuner er betydelig, fra rundt 20 til nærmere 50 ordninger per kommune i enkelte områder.

Utviklingen over tid viser ikke en entydig vekst. I flere fylker har antall samarbeid gått ned det siste tiåret, ofte forklart med kommunesammenslutninger, endringer i oppgavefordeling og justeringer i finansieringsordninger. Samtidig er det tegn til strukturendring snarere enn mindre samarbeid. Samarbeidene har blitt færre, men også større og mer regionalt organiserte. Troms og Finnmark skiller seg noe ut ved en moderat økning fra 2019 til 2025, kombinert med tegn til regionalisering.

Særlig innen kommunale helsetjenester er samarbeidene, basert på rapportene, omfattende og relativt likt organisert på tvers av fylker. Samtidig dokumenteres det at enkelte tjenesteområder i mindre grad er gjenstand for samarbeid, blant annet plan, byggesak og enkelte tekniske forvaltningsoppgaver, og i noen regioner også deler av pleie- og omsorgstjenestene. Flere rapporter peker på at mye samarbeid er pragmatisk framfor strategisk utviklet, og at det finnes

[101] (PwC, 2025)
[102] (NIVI, 2024)
[103] (NIVI, 2022)
[104] (NIVI, 2023)
[105] (NIVI, 2021a)
[106] (NIVI, 2020)
[107] (NIVI, 2021b)
[108] (NIVI, 2024), (NIVI, 2021a), (NIVI, 2022), (NIVI, 2023), (NIVI, 2020), (NIVI, 2021b) og (PwC, 2025)

uutnyttet potensial særlig knyttet til rekruttering, kompetansebygging og mer helhetlig organisering på regionalt nivå.

Angående hvilke oppgaver det ofte samarbeides om viser kartleggingene om interkommunale samarbeid for ulike regioner at typiske samarbeidsområder er legevakt og legevaktsentral, kommunale akutte døgnplasser, kommuneoverlegefunksjon, kommunepsykolog, jordmortjeneste, miljørettet helsevern og ulike former for responssentre og velferdsteknologiløsninger.[109] Kartleggingene viser at interkommunalt samarbeid innen kommunehelsetjenester har et betydelig og konkret omfang i alle de omtalte regionene.

Det er etablert et betydelig antall interkommunale samarbeid innen kommunehelsetjenester i alle de undersøkte fylkene. Trøndelag har det største omfanget, fulgt av Nordland, Buskerud, Troms og Finnmark, Møre og Romsdal og Agder. Også i Lofoten beskrives flere sentrale helseordninger, selv om det ikke oppgis et samlet tall for helsesamarbeid i regionen.

På tvers av fylkene er legevakt og legevaktsentral den klart mest utbredte oppgaven det samarbeides om. De fleste kommuner deltar i interkommunale legevaktordninger, ofte organisert regionalt. I flere fylker er alle eller nesten alle kommuner tilknyttet en felles legevaktsentral. Samarbeid om kommunale akutte døgnplasser er også vanlig, men mindre utbredt enn legevakt.

Jordmortjenester inngår som egne samarbeidsoppgaver i alle fylkene som er kartlagt. Mange kommuner samarbeider også om psykisk helse, rus og kommunepsykolog, men omfanget varierer. I enkelte fylker inngår også funksjoner som kreftkoordinator og diabetessykepleier i interkommunale løsninger.

Innen samfunnsmedisin og miljørettet helsevern er bildet mer variert. Noen fylker har flere samarbeid om kommuneoverlege og miljørettet helsevern, mens andre har få eller ingen formaliserte ordninger på disse områdene.

I enkelte regioner er samarbeidet organisert mer helhetlig, der flere helsetjenester er samlet i felles interkommunale enheter. Eksempler inkluderer felles helsetjenester som omfatter legekontor, legevakt, helsestasjon, jordmor, psykisk helse og rus, samt distriktsmedisinske sentre og regionale helsemodeller.

Samlet viser rapportene at interkommunalt samarbeid innen kommunehelsetjenester at legevakt og legevaktsentral er de klart mest tallrike samarbeidene, etterfulgt av kommunale akutte døgnplasser, jordmortjenester, kommunepsykolog og ulike samfunnsmedisinske funksjoner. Omfanget er betydelig i alle de undersøkte regionene, men bredden og graden av regional integrasjon varierer.

I tillegg til de regionale rapportene beskrevet ovenfor, finnes det også flere andre rapporter som beskriver omfang og utbredelse av interkommunale samarbeid med særlig fokus på samarbeid knyttet til helse- og omsorgstjenester. Disse rapportene bekrefter bildet av at oppgavene og

[109] (NIVI, 2024), (NIVI, 2021a), (NIVI, 2022), (NIVI, 2023), (NIVI, 2020), (NIVI, 2021b) og (PwC, 2025)

områdene det samarbeides mest om er akuttmedisinske tjenester som legevakt[110] og kommunale akutte døgnplasser (KAD).[111] I studien fra 2016 av Tjerbo og Skinner, som undersøkte samarbeid om legevakt og KAD, fant forfatterne at samarbeidene var kombinerte for om lag halvparten av norske kommuner.[112] Videre samarbeides det mye om legetjenester utover ren legevakt, inkludert kommunelegefunksjonen og samfunnsmedisinske oppgaver.[113] Vi ser også flere eksempler på samarbeid om svangerskaps- og jordmortjenester.[114] De eksemplene vi har funnet omfatter for eksempel kommunale døgn- og institusjonstilbud innen medisin, rehabilitering og avlastning. Delegering av myndighet til å utøve lovpålagte oppgaver i helse- og omsorgslovgivningen er heller ikke uvanlig, for eksempel tildeling av plass i institusjon som sykehjem eller andre avlastningstiltak[115] Til sist finnes det samarbeid om støtte- og forvaltningsoppgaver knyttet til helse- og omsorgstjenestene, som for eksempel samarbeidet om journaltjenesten Helseplattformen omtalt over i kapittel 4.3 og 4.6. Listen er ikke uttømmende.

7.6 Oppsummering

De ulike datakildene viser at interkommunalt samarbeid innen helse- og omsorg er utbredt, men varierer betydelig mellom helse- og omsorgsoppgavene som kommunene har ansvar for.

Spørreundersøkelsen til kommunedirektører gjennomført i forbindelse med FIKS-rapporten[116] viser at 85 prosent av kommuner oppgir å samarbeide innen helsetjenester og 81 prosent innen sosialtjenester.

Det vanligste samarbeidsområdet basert på tilgjengelig statistikk og tidligere rapporter er i dag legevakt. I 2024 samarbeidet 53 prosent av kommunene om legevakt, basert på statistikk fra Organisasjonsdatabasen. Analysen av legeutgifter fra 2023 viser videre at enda flere kommuner (79 prosent) inngikk i en form for interkommunalt samarbeid om legevakt. Den vanligste løsningen var egen legevakt på dagtid kombinert med interkommunalt samarbeid på kveld, natt og helg. Samarbeid hele døgnet forekommer også.

For øvrige helse- og omsorgsoppgaver er omfanget lavere. Vi finner at om lag 3 prosent samarbeidet om PU-omsorg, under 1 prosent om institusjonsbaserte omsorgstjenester, og ingen om hjemmebaserte omsorgstjenester basert på data fra Organisasjonsdatabasen. Basert på tidligere rapporter som kartlegger interkommunalt samarbeid, finner vi likevel at det også

[110] Se for eksempel (Kommunekommisjonen, 2026) s. 33 og (Tjerbo & Skinner, 2016) s. 123.
[111] Se blant annet (Blåka, 2024) s. 12 og (Tjerbo & Skinner, 2016) s. 123.
[112] (Tjerbo & Skinner, 2016) s. 123.
[113] Avtale om samarbeid om legetjenester mellom Nesseby og Tana (2016). Avtale om vertskommunesamarbeid (interkommunal samfunnsmedisinsk enhet) mellom kommunene Kongsberg, Øvre Eiker, Nore og Uvdal, Rollag og Flesberg (2020).
[114] Vertskommunesamarbeid om jordmortjenester mellom Vinje, Fyresdal, Tokke, Kviteseid, Seljord og Tinn. Se Jordmorsamarbeidet i Vest-Telemark - FYRESDAL KOMMUNE (2025) og Helsestasjon og skulehelsetenesta - KVITESEID KOMMUNE (2025). Se også interkommunalt samarbeid om jordmortjeneste mellom Vegårsdshei, Gjerstad og Åmli: Jordmor og svangerskap - Åmli kommune (hentet 18.02.2026).
[115] For eksempel i Vertskommuneavtalen med felles folkevalgt nemnd om Værnesregionen DMS mellom kommunene Tydal, Selbu, Meråker og Stjørdal (2012).
[116] (Lund & Co og Menon, 2025)

forekommer samarbeid knyttet til for eksempel kommunale akutte døgnplasser, jordmortjenester, kommunepsykolog og ulike samfunnsmedisinske funksjoner i flere kommuner.

8 Erfaringer fra samarbeid

8.1 Datagrunnlag

Gjennom FIKS-rapporten og kartleggingsrapportene om interkommunalt samarbeid i enkelte regioner har vi innhentet erfaringer med utvalgte interkommunale samarbeid.[117] I FIKS-rapporten var det to forsterkede samarbeid blant annet gjaldt helse- og omsorgstjenester:

- Vestre Varanger 4k er en kombinasjon av administrative vertskommunesamarbeid og et kommunalt oppgavefelleskap. Kommunene samarbeidet blant annet tildelingskontor for helse- og omsorgstjenester.
- Region Nordhordland er et regionråd med interkommunale selskaper og andre samarbeidsformer, som blant annet har samarbeidet om et helsehus.[118]

I tillegg til disse samarbeidene, ble også eierskapssamarbeidet i Vestfold og et vertskommunesamarbeid om barnevern i Midt-Finnmark beskrevet i FIKS-rapporten. Videre beskrev vi også erfaringer med samkommuner i Innherred samkommune og Midtre Namdalen. Innherred samkommune samarbeidet om samfunnsmedisin/miljørettet helsevern, legetjeneste, legevakt, ergo- og fysioterapi, rus-, sosial- og psykiatritjeneste, fengselshelsetjeneste, helsetjenester for barn og unge, samt jordmortjenesten.[119] Midtre Namdalen samkommune samarbeidet om blant annet kommuneoverlege og legevakt, og kommunens gjennomføring av Samhandlingsreformen.[120] Begge samkommunene ble videreført etter at ordningen ble lovfestet i 2012 og besto helt frem til ordningen ble opphevet i forbindelse med kommuneloven av 2018.

I dette kapittelet oppsummerer vi utvalgte erfaringer fra disse samarbeidene som vi vurderer er særlig relevante for samarbeid knyttet til helse- og omsorgstjenester.

8.2 Økonomiske besparelser

Samlet sett tilsier erfaringene fra samarbeidene som er beskrevet i kapittel 8.1 at forsterkede interkommunale samarbeid sjeldent gir økonomiske besparelser på kort sikt og at muligheten for økonomiske besparelser på lengre sikt varierer. På kort sikt er det behov for økte ressurser knyttet til etablering av samarbeidet. På lengre sikt virker det som at potensialet for økonomiske besparelser avhenger av flere forhold. Begge samkommuneforsøkene ga ifølge evalueringene av forsøkene økte administrative kostnader til drift av samkommunene, men reduserte kostnader i sum.[121] I Vestfold har eierskapssamarbeidet ført til bedre kontroll over kostnadene i de selskapene og samarbeidene kommunene eier og reduserte administrative kostnader til

[117] (Lund & Co og Menon, 2025)
[118] Helsehuset samlokaliserer kommunale, fylkeskommunale og spesialiserte helsetjenester. Her finnes blant annet helsestasjon, svangerskapsomsorg, hudpoliklinikk, poliklinikk for blodprøvetaking, BUP Nordhordland, dialyse og legevakt. Se https://rnhelsehus.no/artikkel/Tenester (lest 1. mars 2026)
[119] (Sand, Aasetre, & Lysø, 2007, s. 32 flg.)
[120] (Bakken m.fl., 2013, s. 1)
[121] (Sand, Aasetre, & Lysø, 2007) og (Bakken m.fl., 2013)

eierskapsoppfølging. De to forsterkede samarbeidene i Finnmark har derimot ført til økte kostnader, samtidig som deltakerkommunene rapporterer om økt kvalitet på tjenestene.

For oppgaver innen administrasjon og IT anser informanter knyttet til samarbeidene nevnt i kapittel 8.1 at det er rom for økonomiske gevinster på grunn av stordriftsfordeler, ettersom faste kostnader kan fordeles på flere innbyggere. Et eksempel er Eierskapsforum i Vestfold, der kommunene nå samkjører innhenting av selskapsopplysninger fremfor at hver enkelt kommune selv innhenter informasjon. For brukerrettede tjenester er imidlertid innsparingspotensialet mer usikkert. Et eksempel er barnevern i Midt-Finnmark, der det er gitt innspill om at samarbeidet har ført til økte kostnader blant annet som følge av økte reisekostnader. Det henger sammen med at det er store avstander i Midt-Finnmark. Likevel kan samarbeidet være hensiktsmessig av kvalitets- og habilitetshensyn.

Vurderingene om eventuelle økonomiske besparelser kan suppleres videre med utdrag fra PwC- og NIVI-rapportene som undersøker enkelte regioners interkommunale samarbeid.[122] I flere av rapportene beskrives interkommunale samarbeid som et tiltak som kan gi mer rasjonell oppgaveløsning. Det beskrives også i noen tilfeller at de kan gi økonomiske besparelser sammenlignet med egenregi, men da under forutsetning av avklarte løsninger for organisering, styring og finansiering.[123] Trøndelag-rapporten peker videre på at interkommunale samarbeid i enkelte tilfeller har gitt kostnadsreduksjoner.[124]

Et konkret eksempel om klare økonomiske innsparinger i tillegg til kvalitetsgevinster fra interkommunale samarbeid kommer fra Agder-rapporten, og viser til samarbeidet Agder kommunale støttetjenester.[125] Dette er et samarbeid mellom Arendal og Grimstad om lønn, regnskap, arkiv og dokumentsenter. Samarbeidet beskrives å ha gitt en innsparing på 21 prosent i heltidsstillinger, i tillegg til økte sykepenge- og foreldrepengeinntekter. Eksemplet brukes i utdraget som illustrasjon på at interkommunalt samarbeid kan gi både kvalitetsgevinster og dokumenterbare effektiviseringsgevinster, selv om dette er innen administrative støttefunksjoner og ikke brukerrettede helse- og omsorgstjenester.

8.3 Tjenestekvalitet og kompetanse

Forsterkede interkommunale samarbeid ser gjennomgående ut til å gi økt tjenestekvalitet. Flere av samarbeidene beskrevet i kapittel 8.1 har gjort tjenester mer robuste, gitt økt faglig kvalitet og større grad av lovoppfyllelse. I Vestre Varanger beskriver kommunene at samarbeidet har gitt tydelig økning i kvalitet, blant annet ved reduserte habilitetsutfordringer. I Midt-Finnmark trekker flere respondenter frem at samarbeidet har økt tjenestekvaliteten i barnevernet. Dette har ifølge informanter også ført til økte kostnader på kort sikt, men vil på lengre sikt kunne redusere kostnadene i kommunen gjennom forebygging. I tillegg oppgir informanter at det har vært nødvendig for å ha et forsvarlig nivå på kvaliteten i barnevernet i alle kommuner. Samtidig viser erfaringene at kvaliteten også kan svekkes der samarbeidet fører til økt avstand mellom

[122] (NIVI, 2024), (NIVI, 2021a), (NIVI, 2022), (NIVI, 2023), (NIVI, 2020), (NIVI, 2021b) og (PwC, 2025)
[123] Buskerud (NIVI, 2021a)
[124] (NIVI, 2021b)
[125] (NIVI, 2024)

tjenester. I Vestre Varanger 4K har kommunen Nesseby ingen egne ansatte i barnevernet på grunn av rekrutteringsutfordringer. Dette har gjort samhandlingen med skole og andre kommunale tjenester vanskeligere. Det er viktig å påpeke at det er store avstander mellom tettstedene i både Vestre Varanger og Midt-Finnmark, og at dette også er relevant for erfaringene med disse samarbeidene. I kommuner med kortere avstander forventer vi at avstandsulempene vil være lavere.

Selv om barnevern ikke er en del av helse- og omsorgstjenestene slik det er definert i denne rapporten, kan fortsatt erfaringene fra barnevern være relevante for organisering av helse- og omsorgstjenester. For eksempel kan habilitetsutfordringer gjøre seg gjeldende også innen helse- og omsorgstjenester, slik som knyttet til tildelingskontor av helsetjenester. Videre er barnevern, i likhet med mange helse- og omsorgstjenester, en tjeneste som forutsetter nærhet til brukerne.

Større fagmiljøer trekkes frem som en av de tydeligste gevinstene ved samarbeidene. Større fagmiljøer gir økt kvalitet, bedre faglig utvikling og letter rekruttering av kvalifisert personell. Erfaringene fra Region Nordhordland viser at samarbeidet har gjort det mulig å tiltrekke personer med spisskompetanse som enkeltkommunene tidligere ikke klarte å rekruttere. Dette har løftet kompetansenivået i hele regionen og redusert sårbarheten i små fagmiljøer.

Innsikten suppleres av PwC- og NIVI-rapportene om interkommunale samarbeid i enkelte regioner.[126] På tvers av rapportene fremheves interkommunalt samarbeid som viktig for de respektive regionenes mulighet til å bygge større fagmiljøer, styrke tjenestekvalitet, redusere sårbarhet og bedre rekruttering. Blant annet omtaler Nordland-rapporten større fagmiljø og bedre tjenestekvalitet som gjennomgående viktig, og peker på at samarbeid kan være avgjørende for stabilitet og kvalitet i tjenestene.[127] Spesielt viktig er dette i små, lokale ordninger der krevende oppgaver noen ganger ligger hos kun én person. Videre finner NIVI i Agder-rapporten at mange av de interkommunale samarbeidene gir økt stabilitet og bedre kvalitet i tjenestene, samt at alternativene ofte ville være mer sårbare tjenester eller i verste fall manglende løsning av lovpålagte tjenester.[128]

I Møre og Romsdal-rapporten løfter NIVI spesielt frem at det er bred enighet blant kommunene om at økt grad av samarbeid vil ha betydning for rekruttering og kompetanseutvikling.[129] Større fagmiljø pekes på som avgjørende for å rekruttere og beholde ansatte, spesielt i små kommuner der enslige stillinger oppleves som lite attraktive for unge og nyutdannede. Flere kommuner vurderer at de ikke ville oppnådd den samme kompetansen og tjenestekvaliteten de har nå uten interkommunale samarbeid.

I Trøndelag-rapporten viser NIVI til flere eksempler på vellykkede interkommunale samarbeid som har gitt økt profesjonalisering, bedre beredskap, større fagutvikling, økt slagkraft, tettere samhandling og økt trygghet for innbyggere.[130]

[126] (NIVI, 2024), (NIVI, 2021a), (NIVI, 2022), (NIVI, 2023), (NIVI, 2020), (NIVI, 2021b) og (PwC, 2025)
[127] (NIVI, 2020)
[128] (NIVI, 2024)
[129] (NIVI, 2023)
[130] (NIVI, 2021b)

9 Potensial, utfordringer og virkemidler

9.1 Er det et uutnyttet potensial for samarbeid innen sektoren?

9.1.1 Innledning

I Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027 skriver regjeringen at kommunene i mindre grad har etablerte interkommunale samarbeid i helse- og omsorgssektoren enn for andre sektorer, og at det dermed er et potensiale for økt om nettopp helse- og omsorgsoppgaver. Regjeringen skriver blant annet:[131]

> *«Det er behov for å utvikle det tverrfaglige interkommunale samarbeidet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, mellom ulike deltjenester og tilbud rettet mot ulike pasient-, bruker- og pårørendegrupper. Mindre kommuner er i mange tilfeller avhengige av interkommunalt samarbeid på flere områder for å få løst helse- og omsorgsoppgaver på en tilfredsstillende måte.»*

Regjeringen peker særlig på at interkommunalt samarbeid kan være en viktig løsning på utfordringer med rekrutering og for å sikre spesialiserte fagmiljøer. Større fagmiljøer trekkes frem som en av de tydeligste gevinstene ved samarbeidene som ble undersøkt FIKS-rapporten, og Regjeringens syn sammenfaller dermed godt med funnen våre på dette punktet.

Større fagmiljøer i samarbeidene i FIKS-rapporten gav ifølge våre informanter økt kvalitet, bedre faglig utvikling og letter rekruttering av kvalifisert personell. Erfaringene fra Region Nordhordland viste at samarbeidet deres gjorde det mulig å tiltrekke personer med spisskompetanse som enkeltkommunene tidligere ikke klarte å rekruttere. Samarbeid bidro derfor til å løfte kompetansenivået for hele regionen, og reduserte sårbarheten i små fagmiljøer.[132]

9.1.2 Anbefalinger om sambruk av helsepersonell

Helse- og omsorgstjenesteloven gir kommunene stor frihet til hvordan de oppfyller lovens krav om å ha tilgjengelig helsepersonell. Kommunene må «knytte til seg» bestemt helsepersonell, men loven sier ikke noe om det skal skje ved hjelp av ansettelser, samarbeid med andre kommuner eller kjøp av tjenester.[133] Dette åpner for samarbeid om rekruttering og ansettelser i spesialiserte fagmiljøer.

Når det gjelder kommunelege- eller kommuneoverlegefunksjonene, i folkehelseloven, smittevernloven og helse- og omsorgstjenesteloven § 5-5, er det til dels gitt regulering om ansettelse i kommunen, men også særskilte hjemler for samarbeid tross ansettelseskravet.[134] Kommunelege- og kommuneoverlegefunksjonene krever nettopp spesialkompetanse det kan

[131] Meld.St. 9 (2023-2024) s. 44-45.
[132] (Lund & Co og Menon, 2025, s. 90)
[133] Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 annet ledd. Se også (Kommunekommisjonen, 2026) s. 99.
[134] Se nærmere omtale i kapittel 6 over.

være fornuftig å samarbeide om, hvilket også er anbefalt av Helsedirektoratet.[135] Som det fremgår over, er samarbeid om kommunelegefunksjonene relativt vanlig, men vi antar at det er et potensial for mer slikt samarbeid.

I stortingsmeldingen *En god start på livet – En sammenhengende, trygg og helhetlig svangerskaps-, fødsels og barselomsorg* fra 2024 peker regjeringen på at demografiske endringer utfordrer barsel- og jordmortilbudet. Konkret oppfordrer regjeringen kommunene til «å vektlegge interkommunalt samarbeid og arbeide for å fremme sambruk av personell der det er formålstjenlig».[136] Barsel- og jordmortilbudet er med andre ord eksempler på tjenester hvor kommunene kan og trolig bør samarbeide mer.

9.1.3 Regionale kartlegginger

Flere av PwC- og NIVI-rapportene om interkommunalt samarbeid i utvalgte regioner peker på at det finnes et uutnyttet potensial for samarbeid innen helse- og omsorgstjenestene. Samtidig peker rapportene også på enkelte barrierer mot samarbeid.

I Trøndelag løftes «forsøk med felles helsetjeneste» fram som en konkret mulighet. Forsøket omfatter felles legetjeneste som drifter fastlegeordningen, legevakt og helsetjeneste til sykehjem, boform for heldøgns omsorg og leie, helsestasjon og skolehelsetjeneste i ett samarbeid.[137] Forsøket er omtalt over i kapittel 4.3 og går ut på at man har fått lov til å etablere et kommunalt oppgavefellesskap som man kan delegere myndighet til å fatte enkeltvedtak til. Skal andre kommuner kunne gjøre det samme, vil det kreve en lovendring. Se kapittel 9.3 nedenfor om forslag til lovendringer.

For Møre og Romsdal anbefaler NIVI et mer systematisk samarbeid om lovpålagte helse- og sosialtjenester, inkludert kommuneoverlegefunksjon og samfunnsmedisin, legetjeneste, jordmor, og kommunepsykolog.[138] NIVI skiller ikke mellom helse- og sosialtjenester. Rapporten peker særlig på potensialet i interkommunale tilbud for ressurskrevende helse- og omsorgstjenester, begrunnet i høye kostnader og behov for kvalitet og robusthet.

I Lofoten viser NIVI til et potensiale for økt interkommunalt samarbeid, for eksempel om lokalmedisinske sentre og felles samfunnsmedisinsk enhet ettersom det er vanlig andre steder.[139] I Agder konstaterer NIVI at det enda ikke er registrert interkommunalt samarbeid om eldreomsorg og øvrige pleie- og omsorgstjenester, selv om det finnes omfattende samarbeid om legevakt, legevaktsentral, kommunale akutte døgnplasser og enkelte helhetlige løsninger som Bykle-Valle-modellen.[140]

I Nordland-rapporten peker NIVI på at det foreløpig finnes få helhetlige helsesamarbeid i form av lokalmedisinske sentre, og kun ett eksempel på felles kommuneoverlegefunksjon, til tross for

[135] Samarbeid om kommunelegefunksjonen er anbefalt av Helsedirektoratet: Anbefalinger til kommuneoverlegefunksjonen - Helsedirektoratet (hentet 05.02.2026).
[136] (Helse- og omsorgsdepartementet, 2024) s. 31.
[137] (NIVI, 2021b)
[138] (NIVI, 2023)
[139] (NIVI, 2022)
[140] (NIVI, 2024)

at kommuneoverlegen har omfattende og kompetansekrevende lovpålagte oppgaver.[141] Samtidig understrekes det at enkelte helsetjenester krever geografisk nærhet, noe som i Troms og Finnmark brukes som forklaring på at mange samarbeid er små og lokale.[142]

Rapportene peker også på både praktiske og prinsipielle hindringer som utfordrer mulighetene for mer omfattende samarbeid. I Møre og Romsdal pekes det på konkurranse om arbeidsplasser og tjenestetilbud, frykt for tap av styring, manglende bevissthet om egen sårbarhet og en oppfatning hos noen om at kjerneoppgaver bør løses alene.[143] Trøndelag-rapporten viser til styringsutfordringer knyttet til økonomisk kontroll, demokratisk forankring, samordning mot kommunens øvrige tjenester og risiko ved vertskommunemodellen.[144] I Lofoten framheves frykt for sentralisering av fagpersonell og redusert lokal styring som viktige barrierer.[145]

Samlet sett oppfatter vi de regionale kartleggingene slik, at de som har kartlagt samarbeid mener at det i alle regionene er et potensiale for økt samarbeid om helse- og omsorgsoppgaver.

9.2 Utfordringer ved interkommunalt samarbeid og måter å håndtere utfordringene på

Selv om interkommunale samarbeid har klare fordeler og det kan være et uutnyttet potensial for mer samarbeid, fører samarbeid også til utfordring slik det blant annet er pekt på i de regionale kartleggingene.

For det første fører interkommunale samarbeid til at makt overføres fra det enkelte kommunestyret til organer i det interkommunale samarbeidet. Det kan føre til redusert demokratisk styring, mangel på kontroll, byråkratisering, tap av fagkompetanse internt i kommunen og vanskeliggjøre tverrfaglig samarbeid mellom ulike etater i den enkelte kommunen. Interkommunale samarbeid kan for det andre binde opp kommunes ressurser og vanskeliggjøre omprioriteringer. Det krever derfor ressurser og kompetanse hos kommunene å etablere og styre interkommunale samarbeid på en god måte.[146] Disse utfordringene er også påpekt i Telemarksforsknings rapport *Lokaldemokrati og lokalpolitikeres arbeidsvilkår*, hvor folkevalgte i mindre kommuner gav uttrykk for at omfattende interkommunalt samarbeid kunne være problematisk for lokaldemokratiet.[147] Ulikheter i form av størrelse, ressurser og kompetanse, kan også gjøre at kommunene har ulikt utbytte av samarbeidet og ulik motivasjon for å bidra inn i samarbeidet. Disse utfordringene pekes også på konkret i flere av de regionale kartleggingsrapportene om interkommunalt samarbeid.[148]

Det er neppe mulig å bli kvitt alle ulemper knyttet til interkommunalt samarbeid, og kun sitte igjen med fordelene. Man kan imidlertid innrette samarbeidene på måter som gir minst mulig

[141] (NIVI, 2020)
[142] (PwC, 2025)
[143] (NIVI, 2023)
[144] (NIVI, 2021b)
[145] (NIVI, 2022)
[146] (NOU 2016:4 Ny kommunelov, s. 195)
[147] (Brandtzæg m.fl., 2022)
[148] Trøndelag (NIVI, 2021b), Buskerud (NIVI, 2021a), Møre og Romsdal (NIVI, 2023)

ulemper og størst mulig fordeler. Vår erfaring tilsier at valg av «riktig» samarbeidsform til riktig oppgavetype, enten det samarbeides om en bestemt oppgave eller flere forskjellige oppgaver, er viktig. I FIKS-rapporten fant vi at viktige suksessfaktorer blant annet var god politisk og administrativ forankring av samarbeidet, god samarbeidskultur, balansert fordeling av roller og ansvar, realistiske målsetninger for samarbeidet og gode avtaler.[149] Å innrette samarbeid på en måte som gir minst mulig ulemper og størst mulig fordeler, er kompliser og krever ressurser og kompetanse mange kommuner ikke har. Som påpekt nedenfor i kapittel 9.4 er derfor mange kommuner i praksis avhengig av bistand i etableringsfasen.

I flere utredninger, herunder Generalistkommuneutredningen i Norge og i den svenske Kommuneperspektivutredningen, pekes det på at utfordringene ved interkommunale samarbeid *kan* reduseres ved å gå over til langsiktige samarbeid i faste konstellasjoner, altså forsterkede interkommunale samarbeid.[150] For eksempel kan man gjennom forsterkede interkommunale samarbeid lettere sikre at alle kommunene sitter igjen med oppgaver, arbeidsplasser og ansvar fordi samarbeidene er bredere. Det kan igjen sikre oppslutning om samarbeidene politisk og administrativt.

9.3 Behov for tilpasninger av regelverket for samarbeid

Slik vi også har pekt på i FIKS-rapporten, kan regelverket for interkommunalt samarbeid forbedres på flere måter for generelt å legge bedre til rette for økt samarbeid. I FIKS-rapporten kapittel 21 har vi foreslått følgende endringer i kommuneloven, som også vil bidra til bedre muligheter for samarbeid om helse- og omsorgsoppgaver:

- Vi foreslår å gjeninnføre samkommunemodellens som fantes i kommuneloven fra 1992 kapittel 5B. Det vil fylle behovet for en modell for forsterket interkommunalt samarbeid i kommuneloven. I dag mangler en slik modell, og kommunene må derfor bruke relativt store ressurser på å designe sine egne forsterkede modeller. Som påpekt over, samarbeidet begge de to samkommunene som ble etablert i stor grad om helse- og omsorgsoppgaver, og forsøkene med samkommuner ble sett på som en suksess.

- Vi forslår at det må være adgang til å delegere kompetanse til å fatte enkeltvedtak til kommunale oppgavefellesskap. Det vil gi kommunene større fleksibilitet av valg av samarbeidsmodell for lovpålagte og individrettede tjenester, som er typisk for helse og omsorgssektoren. Mange kommuner mener at vertskommunemodellen ikke gir tilstrekkelig demokratisk styring og kontroll, og ønsker et alternativt som legger mer til rette for et reelt samarbeid. I så fall en oppgavefellesskap med myndighet til å fatte enkeltvedtak være en god modell.

- Vi foreslår å gi muligheten for å etablere rene administrative vertskommunesamarbeid, det vil si uten et folkevalgt organ på toppen, men der kommunedirektørene utgjør et kollegialt

[149] (Lund & Co og Menon, 2025, ss. 87-88)
[150] (NOU 2023:9 Generalistkommunesystemet, s. 204) og (SOU 2024:6 Steg mot stärkt kapacitet, s. 90)

organ for styring av samarbeidet. Modellen kan være aktuelt for enklere administrative samarbeid som for eksempel IKT, lønnskjøring, arkiv, innkjøp mv.

Vi har ikke funnet så mange konkrete hindringer for samarbeid innenfor helse- og omsorgslovgivningen, men mener det kan være grunnlag for å forbedre å reglene om interkommunalt samarbeid om og delegasjon av vedtakskompetanse til samarbeidsorganer for kommuneleger og kommuneoverleger i helse- og omsorgstjenesteloven, smittevernloven og i folkehelseloven. Begrepsbruken, omtalen av interkommunale samarbeidsorganer og delegasjon er uklar og egnet til å skape forvirring både om adgangen til samarbeid og delegasjon til samarbeidsorganer. Det bør etter vårt syn gjøres en helhetlig gjennomgang med sikte på forenkling. Fjerner man kravet til at kommuneleger og kommuneoverleger skal være ansatt i en kommune, vil trolig behovet for egen regulering av delegasjon og samarbeid forsvinne eller i alle fall reduseres. En slik endring vil også kunne tilrettelegge for økt samarbeid.

En annen måte å legge ytterligere til rette for samarbeid i innenfor helse og omsorg, kan være å gi hjemmel for delegasjon av vedtakskompetanse til interkommunale selskap i flere lover. Det vil gi kommunene enda flere samarbeidsmodeller å velge mellom når de utfører lovpålagte oppgaver som forutsetter myndighet til å fatte enkeltvedtak. Behovet for slik regulering er naturlig å se i sammenheng med de andre foreslåtte tiltakene. Gjeninnføres samkommunemodellen og gis kommunale oppgavefellesskap mulighet til å fatte enkeltvedtak, er behovet for denne typen delegasjonsregler mindre.

9.4 Andre tiltak for å tilrettelegge for interkommunalt samarbeid om helse- og omsorgssektoren

9.4.1 Økonomisk og faglig støtte i etableringsfasen

Etablering av interkommunale samarbeid som fungerer godt krever kunnskap, erfaring og kapasitet. I oppstartsfasen oppstår det ofte spørsmål om valg av samarbeidsmodell, avklaringer mot anskaffelsesregelverket, delegasjon av myndighet, kostnadsfordeling, arbeidsgiveransvar og utforming av avtaleverk. Mange kommuner, særlig mindre kommuner, har ikke tilstrekkelig kompetanse eller kapasitet internt til å utrede alternative løsninger og drive prosessene frem. Enkelte kommuner har også erfaringer med samarbeid som har fungert dårlig, noe som kan ha sammenheng med mangelfullt forarbeid.

Erfaringene fra 4K-samarbeidet i Vestre Varanger, omtalt i FIKS-rapporten, viser at økonomisk støtte og faglig bistand fra statsforvalteren var viktig for å frigjøre ressurser og sikre fremdrift. Tilsvarende erfaringer rapporteres fra Midt-Finnmark, der kommunene peker på at ytterligere økonomisk støtte i oppstartsfasen ville vært viktig for å sikre et mer langsiktig og bærekraftig samarbeid.[151] Informantene fra Region Nordhordland fremhever også at utviklingsmidler har vært avgjørende for å ha tilstrekkelige ressurser til å etablere og videreutvikle samarbeid.

[151] (Lund & Co og Menon, 2025, s. 88)

Resultatene fra spørreundersøkelsen gjennomført i forbindelse med FIKS-rapporten underbygger behovet for økonomisk og faglig bistand i etableringsfasen.[152]

Behovet for støtte i startfasen forsterkes av at interkommunale samarbeid sjelden gir økonomiske besparelser på kort sikt, men kan gi gevinster over tid.[153] Økte kostnader i oppstartsfasen kan derfor være et betydelig disinsentiv for å igangsette samarbeid, særlig når kommuneøkonomien er presset, og kan bidra til å forsinke utviklingen av nye samarbeid. Det kan derfor være hensiktsmessig at støtteordninger i større grad også omfatter omstillings- og overgangskostnader, for eksempel knyttet til prosjektledelse, integrasjoner, opplæring og endring av arbeidsprosesser.

9.4.2 Felles IKT-løsninger

En sentral praktisk forutsetning for samarbeid om mer omfattende eller flere oppgaver er at kommunene har felles IKT-løsninger, eller løsninger som samvirker godt. Samarbeid om digitale løsninger kan derfor være et hensiktsmessig utgangspunkt for mer omfattende samarbeid. I Vestre Varanger startet etableringen av det forsterkede samarbeidet med et IKT-samarbeid, som trekkes frem som en viktig suksessfaktor. Også samarbeidet knyttet til journalløsningen Helseplattformen, omtalt over i punkt 4.3, illustrerer dette. Samarbeidet synes i dag å gå langt utover et rent IKT-samarbeid, selv om innføring og videreutvikling av felles digitale løsninger var utgangspunktet.

Regjeringen har lansert en strategi for digitalisering av helse- og omsorgstjenestene.[154] Som ledd i dette arbeidet er det etablert en «helseteknologiordning», der virkemidlene blant annet omfatter søknadsbaserte tilskudd til kommuner. Regjeringen har samtidig uttrykt et ønske om at ordningen skal avlaste kommuner som går foran, og at flere kommuner kan gå sammen om anskaffelser.[155] Dette kan være en viktig satsing også for å legge til rette for bredere interkommunale samarbeid om helse- og omsorgsoppgaver.

Stimulering til utvikling av felles IKT-løsninger i kommunesektoren, for eksempel gjennom KS Digital eller statlige ordninger, kan derfor være et effektivt virkemiddel for å styrke samhandling, redusere friksjon i samarbeidsprosesser og legge til rette for mer omfattende samarbeid om helse- og omsorgstjenester.

9.4.3 Personvern, informasjonsdeling og dataforvaltning

I interkommunale samarbeid i helse- og omsorgssektoren er håndtering av helseopplysninger og tilgang til relevante systemer ofte en praktisk barriere. Uklare avklaringer knyttet til roller og ansvar, for eksempel behandlingsansvar, databehandlerforhold, tilgangsstyring og logging, kan gjøre etablering og drift av samarbeid mer krevende enn nødvendig og bidra til forsinkelser. Det kan derfor være hensiktsmessig med mer samordnet veiledning og støtte knyttet til personvern

[152] (Lund & Co og Menon, 2025, s. 91)
[153] (Lund & Co og Menon, 2025, s. 89)
[154] Se Regjeringen.no Ny strategi for digitalisering av helse- og omsorgstjenestene - regjeringen.no (hentet 09.02.2026).
[155] Regjeringen.no: Ny strategi for digitalisering av helse- og omsorgstjenestene - regjeringen.no (hentet 09.02.2026).

og informasjonsforvaltning i interkommunale samarbeid. Mer standardiserte avklaringer og avtaler kan redusere tidsbruk, redusere risiko og bidra til at kommuner i større grad kan gjenbruke gode løsninger.

9.4.4 Kompetanse, rekruttering og robuste fagmiljø

Interkommunalt samarbeid i helse- og omsorgstjenestene er ofte motivert av behovet for å sikre tilstrekkelig kapasitet og stabile, robuste fagmiljø. Dette gjelder blant annet innen legetjenester, psykisk helse, rehabilitering, smittevern og beredskap. Samarbeid kan gjøre det mulig å bygge større fagmiljøer, styrke kompetansedeling og etablere mer bærekraftige vakt- og beredskapsordninger. Tiltak som støtter kompetansebygging og rekruttering på tvers av kommuner, for eksempel gjennom felles kompetanseplaner, opplæringsløp og fagutvikling, kan derfor være viktige forutsetninger for at samarbeid både etableres og blir bærekraftig over tid, særlig for små kommuner.

9.4.5 Standardiserte verktøy, metodestøtte og virkemidler for interkommunalt samarbeid i helse- og omsorgssektoren

For å lykkes med interkommunalt samarbeid i helse- og omsorgssektoren må kommunene ofte håndtere komplekse spørsmål knyttet til kvalitet, pasientsikkerhet, kontinuitet og tydelige ansvarsforhold, samtidig som mye arbeid i praksis gjøres fra bunnen av i hvert enkelt samarbeid. Dette kan redusere tempoet, øke transaksjonskostnadene og bidra til mindre robuste løsninger. Det kan derfor være hensiktsmessig å etablere en mer standardisert verktøykasse og metodestøtte, for eksempel i regi av KS og relevante statlige aktører i samarbeid med statsforvalterne, med maler og veiledning for styring og avtaler, rolle- og ansvarsavklaringer, kvalitets- og internkontrollopplegg, rapportering og oppfølging, samt kostnadsfordeling og felles prioriteringer. Videre kan et mer systematisk opplegg for gevinstrealisering med felles mål og indikatorer, kombinert med mer langsiktige økonomiske virkemidler som dekker overgangs- og omstillingskostnader og stimulerer til felles anskaffelser, øke sannsynligheten for varige og bærekraftige samarbeid. For å redusere risiko og øke forutsigbarheten bør det også legges vekt på praktiske mekanismer for håndtering av uenighet og endringer over tid, og på systematisk læring og spredning av erfaringer om hva som fungerer i interkommunale helsesamarbeid.

Referanser

Andersen, S. Q. (2022, 02 16). Samfunnsbedriftenes IKS-undersøkelse: Alle kommuner samarbeider. Hentet fra https://www.samfunnsbedriftene.no/artikkel/alle-kommuner-samarbeider

Bakken m.fl., I. M. (2013). *Følgeevaluering av Midtre Namdal samkommune: Sluttrapport.* Steinkjer: Trøndelag forskning og utvikling AS.

Blåka, S. (2024). *Behovet for interkommunalt samarbeid i Norge - en kunnskapsoppsummering. Rapport nr. 11-2024.* NORCE Helse og samfunn.

Brandtzæg m.fl., B. A. (2022). *Lokaldemokrati og lokalpolitikeres arbeidsvilkår - Motivasjon og deltakelse i lokalpolitisk arbeid, TF-rapport nr. 636.* Bø i Telemark: Telemarksforskning.

Engelsrud m.fl., G. (2020). *Kommunalrett; Oppgaver, organisering og kontroll.* Oslo: Cappelen Damm AS.

Fjørtoft, T. (2022). *Karnovs lovkommentar til samvirkelova.* Oslo: Karnov lovkommentar.

Generalistkommuneutvalget. (2023). *NOU 2023:9 Generalistkommunesystemet.* Oslo.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2024). *Meld. St. 9 (2023–2024) Særtrykk. En god start på livet - En sammenhengende, trygg og helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.* Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2024). *Meld. St. 9 (2023-2024). Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027. Vår felles helsetjeneste.* Helse- og omsorgsdepartementet.

Helsepersonellkommisjonen . (2023). *NOU 2023:4 Tid for handling.* Oslo.

Hopsnes, R. (2023). *Karnovs lovkommentar til kommuneloven.* Karnov.

Jacobsen, D. I. (2022). *Interkommunalt samarbeid i Norge. Former, funksjoner og effekter. 2. utg.* Bergen: Fagbokforlaget.

KDD. (2023). *Veileder om interkommunalt samarbeid etter reglene i kommuneloven.* Oslo: Kommunal- og distriktsdepartementet.

KDD. (2024). *Veileder om Statlig styring av kommuner og fylkeskommuner.* Oslo: Kommunal- og distriktsdepartementet.

Knudsen m.fl., G. (2021). *Lov om foreningar - Ei utgreiing med utkast til lov om foreiningar .* Oslo: Nærings- og fiskeridepartementet.

Kommunekommisjonen. (2026). *NOU 2026: 1 En bærekraftig kommunesektor. Kommunekommisjonens første delutredning.* Oslo.

Kommunelovutvalget. (2016). *NOU 2016:4 Ny kommunelov.* Oslo .

Kommunperspektivutredningen. (2024). *SOU 2024:6 Steg mot stärkt kapacitet.* Stockholm.

Lund & Co. (2024). *Hvor egnet er lovgiving i styring av kommunesektoren?* Oslo: KS FoU.

Lund & Co og Menon. (2025). *Forsterkede interkommunale samarbeid og kommunedelsutvalg.* Oslo: KS FoU.

Menon Economics. (2022). *Ståa i Norske kommuner.* Oslo.

NIVI. (2020). *Interkommunalt samarbeid i Nordland 2020.*

NIVI. (2021a). *Interkommunalt samarbeid i Buskerud.*

NIVI. (2021b). *Interkommunalt samarbeid i Trøndelag.*

NIVI. (2022). *Interkommunalt samarbeid i Lofoten - status og utviklingsmuligheter.*

NIVI. (2023). *Interkommunalt samarbeid i Møre og Romsdal.*

NIVI. (2024). *Interkommunalt samarbeid i Agder.*

NOU 2023:17 Nå er det alvor. Rustet for en usikker fremtid. (2023). *NOU 2023:17 Nå er det alvor. Rustet for en usikker fremtid.* Oslo: Regjeringen.no.

Oppgavefordelingsutvalget. (2000). *NOU 2000:22 Om oppgavefordelingen mellom stat, region og kommune .* Oslo.

Oslo Economics. (2022). *Hvordan kommuner jobber for å få til velfungerende interkommunale samarbeid.* Oslo: Oslo Economics.

PwC. (2025). *Det kommunale utfordringsbildet i Troms og Finnmark.*

Sand, R., Aasetre, J., & Lysø, R. (2007). *Evaluering av Innherred samkommune.* Steinkjer: Trøndelag Forskning og Utvikling as.

SSB. (2024). *Legevaktutgifter i 2023.* SSB.

Tjerbo, T., & Skinner, M. S. (2016, 2 6). Interkommunalt samarbeid om døgnåpne kommunale akuttenheter og legevakt. Tar helsekommunen form? *Tidsskrift for omsorgsforskning*, ss. 117-124.

Vinsand, G. (2020). *NIVI Rapport 2020:1 Strategisk kommunesamarbeid i Midt-Finnmark.* Oslo: Nivi Analyse AS.

Vedlegg: Metode

Forholdet til FIKS-rapporten

Denne rapporten bygger på et arbeid Lund & Co og Menon har utført for KS FoU om forsterkede interkommunale samarbeid i 2025 («FIKS-rapporten»).[156] Rapporten gjaldt interkommunalt samarbeid i sin alminnelighet, uavhengig av type oppgave. I samråd med oppdragsgiver, KS FoU, har vi derfor gjenbrukt både datamateriale, som er relevant for helse- og omsorgssektoren, og til dels tekst fra FIKS-rapporten. Materialet og teksten er imidlertid oppdatert og tilpasset helse- og omsorgssektoren, og supplert med nye eksempler og litteratur som er særlig relevant.

Juridisk metode

Ved klarleggingen av gjeldende rett har vi benyttet alminnelig rettsdogmatisk metode. Vårt arbeid har bestått i å samle, bearbeide, systematisere og presentere rettsstoffet. Fremstillingen er orientert mot å informere om hvilke muligheter som ligger i interkommunalt samarbeid om helse- og omsorgsoppgaver.

Når vi peker på mulighetene for å endre dagens lovgivning for å legge bedre til rette for interkommunale samarbeid om helse- og omsorgssamarbeid, beveger vi oss forbi den alminnelige rettsdogmatikken. Rettssystemet tjener likevel som ramme for fremstillingen. Våre resonnementer er styrt av og forankret i rettslige prinsipper og anerkjente rettslige verdier, slik som kommunalt selvstyre, effektivitetshensyn, rettssikkerhetshensyn og sammenhengen i regelverket.

Samfunnsvitenskapelige metoder

Våre analyser bygger på nye og eksisterende datakilder. Sentralt står materialet fra FIKS-rapporten,[157] inkludert data som ble innhentet i forbindelse med det arbeidet. Bruken av FIKS-datagrunnlaget er avklart i samråd med oppdragsgiver.

I analysen har vi benyttet en kombinasjon av kvalitative og kvantitative metoder. De kvantitative metodene omfatter analyser av spørreundersøkelse og relevant statistikk, mens de kvalitative metodene består av dokumentstudier og dybdeintervjuer. Både spørreundersøkelsen og dybdeintervjuene er gjennomført som en del av FIKS-rapporten,[158] og det er ikke gjennomført nye dybdeintervjuer eller spørreundersøkelser i forbindelse med dette oppdraget.

For å anslå i hvilken grad kommunene samarbeider om helse- og omsorgsoppgaver, benytter vi blant annet svar fra spørreundersøkelsen som ble gjennomført i forbindelse med FIKS-rapporten.[159] I undersøkelsen ble kommunene blant annet spurt om de inngår i ett eller flere interkommunale samarbeid, og hvilke tjenesteområder samarbeidene omfatter.

[156] (Lund & Co og Menon, 2025)
[157] (Lund & Co og Menon, 2025)
[158] (Lund & Co og Menon, 2025)
[159] (Lund & Co og Menon, 2025)

Spørreundersøkelsen ble sendt til kommunedirektører i alle landets 357 kommuner, og 88 kommuner besvarte og fullførte undersøkelsen. Dette gir en samlet svarandel på 22 prosent. Vi vurderer svarprosenten som tilstrekkelig for formålet, men legger særlig vekt på den statistiske usikkerheten i estimatene. Med 88 svar innebærer utvalgsstørrelsen en beregnet feilmargin på om lag ± 10 prosentpoeng ved 95 prosent konfidensnivå. Det betyr at dersom alle kommuner hadde svart, ville de tilsvarende andelene med høy sannsynlighet ligget innenfor ± 10 prosentpoeng av resultatene i utvalget.

*Tabell 0.1 Svarandel og statistisk feilmargin for utvalgsundersøkelse til kommunedirektører i 2025**

Antall kommuner som har fullført undersøkelsen	Antall kommuner undersøkelsen er sendt til	Svarandel, i prosent	Statistisk feilmargin, i prosent*
88	357	22	+/- 10

**Den statistiske feilmarginen uttrykker påliteligheten av et tall og kan tolkes som at vi kan være 95 prosent sikre på at dersom totalpopulasjonen hadde avgitt svar, så ville svarene falle innenfor +/- 10 prosent av svarene i denne undersøkelsen.*

Den viktigste usikkerheten i en utvalgsundersøkelse som denne er risikoen for systematiske forskjeller mellom kommuner som har svart og kommuner som ikke har svart (ikke-skjevhet). Slike forskjeller kan gi et mindre representativt bilde av totalpopulasjonen. For å undersøke dette har vi testet om utvalget skiller seg fra ikke-svarerne på sentrale kjennetegn, herunder kommunestørrelse (innbyggertall), sentralitet, økonomisk handlingsrom og befolkningsendring de siste fem årene. Ved hjelp av tosidige t-tester finner vi ikke statistisk signifikante forskjeller mellom kommunene som har besvart undersøkelsen og kommunene som ikke har besvart den. En nærmere beskrivelse av testene og resultatene er gitt i vedlegg 5 i FIKS-rapporten.[160]

I tillegg har vi brukt informasjon innhentet gjennom intervjuene i FIKS-rapporten.[161] I forbindelse med dette oppdraget gjennomførte vi intervjuer med 22 representanter fra kommunene som inngår i de utvalgte casene: Vestre Varanger 4K, kommunesamarbeidet i Midt-Finnmark, Eierskapsforum Vestfold og Region Nordhordland. Intervjuene omfatter representanter fra både administrativt og politisk nivå, samt ledere for samarbeid. De dekker blant annet erfaringer knyttet til etablering og drift, organisering samt økonomisk og demokratisk styring. I tillegg har vi gjennomført intervju med en representant fra Nord-Troms plankontor. En nærmere beskrivelse av intervjuene er gitt i kapittel 2 i FIKS-rapporten.[162]

Vi har videre gjennomgått en rekke sentrale dokumenter som belyser interkommunale samarbeid i Norge. Dette inkluderer tidligere rapporter og kartlegginger av interkommunale samarbeid. Videre har vi identifisert og presenterer relevant statistikk knyttet til interkommunale samarbeid.

[160] (Lund & Co og Menon, 2025)
[161] (Lund & Co og Menon, 2025)
[162] (Lund & Co og Menon, 2025)