RAPPORT

Styrker og svakheter ved rammer og virkemidler for helsefellesskapene



Foto: StarLineArts og bgblue, iStock

Menon-publikasjon Nr. 58

2026

Forord

På oppdrag for Kommunesektorens organisasjon (KS) har Menon Economics, NEO Consulting og advokatfirmaet Lund & Co gjennomført en kartlegging av styrker og svakheter ved virkemidler og rammer for helsefellesskapene. Prosjektet har hatt som formål å vurdere hvordan eksisterende rammer og virkemidler påvirker helsefellesskapenes evne til å bidra til bedre samhandling og måloppnåelse. Dette omfatter både hvordan rammene og virkemidlene er innrettet, hvordan de fungerer i praksis, og hvilke justeringer som kan styrke deres effekt.

Ansvarlig for prosjektet hos Menon har vært partner Kaja Høiseth-Gilje. Caroline Nguyen Halvorsen har vært prosjektleder. Caroline Vinter, Mireille Caspari og Øyvind Snilsberg har vært prosjektmedarbeidere. Simen Pedersen har vært intern kvalitetssikrer. Eystein J. Hauge og Juliane Mekki har vært ekspertressurser hos NEO Consulting. Silje Aga Rogan har vært juridisk ekspert hos advokatfirmaet Lund & Co.

Vi takker KS og helsefellesskapene for et spennende oppdrag, og vi retter også en takk til alle intervjuobjekter, respondenter i spørreundersøkelsen og deltakere som har bidratt med innsikt underveis i prosessen.

April 2026

Kaja Høiseth-Gilje
Prosjektansvarlig
Menon Economics

April 2026

Caroline Nguyen Halvorsen
Prosjektleder
Menon Economics

Om Menon Economics

Menon Economics analyserer økonomiske problemstillinger og gir råd til bedrifter, organisasjoner og myndigheter. Vi er et konsulentselskap som opererer i grenseflatene mellom økonomi, politikk og marked.

Menon kombinerer samfunns- og bedriftsøkonomisk kompetanse innenfor fagfelt som samfunnsøkonomisk lønnsomhet, verdsetting, nærings- og konkurranseøkonomi, strategi, finans og organisasjonsdesign. Vi benytter forskningsbaserte metoder i våre analyser og jobber tett med ledende akademiske miljøer innenfor de fleste fagfelt.

Les mer om vårt arbeid på menon.no.

Om NEO Consulting AS

NEO Consulting AS er et spisset rådgivningsselskap som utelukkende arbeider med og for aktørene i helsesektoren. NEO kjerneområder er strategiutvikling, strategiske analyser, prosjektledelse, tjenesteutvikling, omstilling, kvalitetssikring og ledelse. NEO Consulting arbeider på myndighets- så vel som på virksomhets- og foretaksnivå, både med primær- og spesialisthelsetjenesten. NEO Consulting benyttes også som strategiske rådgivere i utlandet, blant annet i helsereformarbeid og strategiske prosjekter i EU.

Les mer om vårt arbeid på neoconsulting.no

Om Lund & Co

Lund & Co DA er et spesialistfirma med hovedfokus på utvalgte rettsområder. Våre fagområder omfatter blant annet energi-, miljø- og naturressursrett, EU- og EØS-rett, internasjonal rett og arbeidsrett. Lund & Co har de senere årene skrevet en rekke utredninger for ulike departementer, inkludert Kunnskapsdepartementet, Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Kulturdepartementet.

Les mer om vårt arbeid på lundogco.no

Om KS

KS (Kommunesektorens organisasjon) er oppdragsgiver for denne rapporten. KS er interesse- og arbeidsgiverorganisasjonen for alle kommuner og fylkeskommuner i Norge, og arbeider for å styrke lokaldemokratiet, utvikle velferdstjenester og fremme god ledelse i offentlig sektor.

Les mer om deres arbeid på ks.no

Innhold

Sammendrag 4

1 Introduksjon 7
1.1 Bakgrunn for oppdraget 7
1.2 Problemstillinger 8
1.3 Kort om metode og informasjonskilder 8
1.4 Leserveiledning 9

2 Rettslige rammer for helsefellesskapene 10
2.1 Partene i helsefellesskapene 10
2.2 Plikt til å inngå samarbeidsavtaler i helse- og omsorgstjenesteloven 12
2.3 Avtalene mellom regjeringen og KS om helsefellesskap 12
2.4 Lokale avtaler om helsefelleskap 14

3 Virkemidler og styring i helsefellesskapene 16
3.1 Virkemidler for helsefellesskapene 16
3.2 Kjennskap til og bruk av virkemidler 18
3.3 Styrings- og beslutningsprosessene i helsefellesskapene 20

4 Vurdering av virkemidler og rammebetingelsene for helsefellesskapene 22
4.1 Overordnet vurdering av virkemidler 22
4.2 Hvilke virkemidler utløser aktiviteter 23
4.3 Hvilke mål bidrar virkemidlene og rammene til å oppnå 24
4.4 Vurdering av styrings- og beslutningsprosessene 26
4.5 Styrker og svakheter ved dagens rammer og virkemidler 30

5 Modenhetsanalyse 34
5.1 Kjennetegn ved modne, middels- og mindre modne helsefellesskap 34
5.2 Generaliserbare og kontekstavhengige suksessfaktorer 37

6 Anbefalinger for videreutvikling og samhandling 39
6.1 Overordnede anbefalinger om videreutvikling og styrking av allerede eksisterende virkemidler og rammer 39
6.2 Konkrete tiltak for å styrke helsefellesskapenes funksjon og gjennomføringsevne 40
6.3 Oppsummering av anbefalinger 44

Vedlegg 46
Vedlegg A: Metode og informasjonskilder 46

Sammendrag

Helsefellesskapene har bidratt til å etablere mer strukturerte arenaer for samarbeid mellom kommuner og helseforetak, men dagens rammer og virkemidler gir begrenset gjennomføringskraft. Analysen viser at virkemidlene i stor grad understøtter dialog, relasjonsbygging og utviklingsarbeid, men i mindre grad sikrer forpliktelse, prioritering og varig implementering av tiltak. Dette peker på et behov for å styrke koblingen mellom samarbeidsarenaene og partenes ordinære styringslinjer, samt å videreutvikle virkemidler som gir økt beslutningskraft og bedre grunnlag for felles prioriteringer.

Helsefellesskapene er etablert som en sentral samarbeidsstruktur for å styrke samhandlingen mellom kommuner og helseforetak, i et system preget av ulike styringslinjer, finansieringsmodeller og ansvar. Samtidig er helsefellesskapene ikke gitt selvstendig beslutningsmyndighet, og er avhengige av oppfølging i de enkelte virksomhetene. Dette setter strukturelle rammer for hva samarbeidet kan oppnå, og er en sentral forklaring på flere av utfordringene som identifiseres i analysen.

Analysen bygger på dokumentgjennomgang, spørreundersøkelse og intervjuer, og gir et bredt kunnskapsgrunnlag om hvordan virkemidlene fungerer i praksis. Funnene er gjennomgående konsistente på tvers av datakilder. I denne analysen legger vi til grunn en vid forståelse av virkemiddelbegrepet. Dette innebærer at også samarbeidsarenaer og strukturer inngår, ettersom disse utgjør sentrale mekanismer for å påvirke samhandling og måloppnåelse i helsefellesskapene.

Virkemidlene fungerer godt for å etablere samarbeid, men svakere for å sikre gjennomføring av tiltak
Samarbeidsarenaene SSU og FSU, de lokale helsefelleskapsavtalene og de økonomiske tilskuddene til helsefellesskapene, bidrar særlig til å etablere strukturer, arenaer og ressurser for samarbeid. SSU og FSU fremstår som særlig viktige arenaer, både for å forankre prioriteringer og for å utvikle konkrete aktiviteter.

Samtidig viser analysen at virkemidlene i begrenset grad sikrer forpliktelse og gjennomføring av tiltak. Fraværet av selvstendig beslutningsmyndighet for helsefellesskapene innebærer at vedtak må forankres i hver enkelt kommune og helseforetak, noe som kan gi lange og fragmenterte beslutningsprosesser. Konsensusbaserte prosesser forsterker dette, særlig i saker med interessekonflikter.

Samarbeidet gir resultater på relasjonelle mål, men i mindre grad på strukturelle endringer
Virkemidlene bidrar i størst grad til måloppnåelse knyttet til samarbeid og relasjoner, herunder økt tillit mellom kommuner og helseforetak, bedre felles forståelse for utfordringer og behov, samt styrket likeverdig samarbeid mellom partene. Dette er en viktig forutsetning for videreutvikling av tjenestene. Samtidig er mål knyttet til bedre ressursutnyttelse mellom kommuner og helseforetak, digital samhandling og endringer i organisering og tjenesteinnhold i mindre grad realisert.

Barrierer for måloppnåelse
Analysen identifiserer særlig fire gjennomgående barrierer for gjennomføring av tiltak og måloppnåelse:

- For det første innebærer manglende selvstendig beslutningsmyndighet at vedtak må forankres i hver enkelt kommune og helseforetak. Dette gir ofte lange og sekvensielle beslutningsprosesser, og øker risikoen for at saker utsettes eller ikke følges opp.
- For det andre svekker fragmentering på kommunesiden evnen til å opptre samlet i samarbeidet. Ulik kapasitet, mange kommuner og begrenset samordning gjør det krevende å etablere felles prioriteringer og gir en svakere motpart til helseforetaket.
- For det tredje er finansieringen i stor grad prosjektbasert. Dette bidrar til å utløse aktivitet, men gjør det krevende å sikre videreføring, slik at tiltak ofte ikke implementeres i ordinær drift.
- For det fjerde brukes styringsinformasjon i begrenset grad som grunnlag for prioriteringer. Dette skyldes både manglende tilgang til relevante og oppdaterte data, og svak integrasjon mellom datasystemer, noe som gir et svakt felles beslutningsgrunnlag.

Helsefellesskapene varierer i modenhet
Analysen viser variasjon i modenhet mellom helsefellesskapene. Forskjellene forklares i liten grad av hvor lenge de har eksistert, men i større grad av hvordan samarbeidet er forankret, organisert og følges opp i praksis.

De mest modne helsefellesskapene kjennetegnes av:

- sterk lederforankring og høyt representasjonsnivå
- god samordning på kommunesiden
- tilgang på dedikerte samhandlingsressurser
- tillitsbasert samarbeid
- mer handlingsrettede samarbeidsarenaer

Mindre modne helsefellesskap preges i større grad av svakere forankring, fragmentert koordinering på kommunesiden og at samarbeidsarenaene i hovedsak fungerer som dialog- og orienteringsarenaer.

Flere av suksessfaktorene for velfungerende helsefellesskap fremstår som generelle og i prinsippet overførbare, herunder tydelig lederforankring, høyt representasjonsnivå, tilgang på dedikerte samhandlingsressurser og mer handlingsrettede samarbeidsarenaer. Samtidig er enkelte forhold mer kontekstavhengige, særlig knyttet til samordning på kommunesiden og utvikling av tillit og felles problemforståelse. I vurderingen av hvilke virkemidler og rammer som kan bidra til å realisere de identifiserte suksessfaktorene, fremstår det som at flere av de mest sentrale forholdene i begrenset grad er direkte styrt av virkemidler, men snarere av hvordan helsefellesskapene selv organiserer og prioriterer samarbeidet. Dette innebærer at betydelige forbedringer kan oppnås innenfor eksisterende rammer, men forutsetter aktiv lokal prioritering og tilpasning.

Anbefalinger for videre utvikling og samhandling
Funnene tilsier at helsefellesskapene bør videreføres som en sentral samhandlingsarena, men at det er behov for justeringer i virkemidler og rammer for å styrke deres funksjon og bidra til høyere måloppnåelse. For å møte de identifiserte utfordringene anbefaler vi en samlet tiltaksportefølje bestående av ti konkrete tiltak. Samtidig varierer både utfordringsbildet og behovet for tiltak mellom helsefellesskapene. Flere har allerede etablert løsninger som adresserer deler av problemstillingene, og ikke alle tiltak vil være like relevante for alle. Tiltakene vil derfor både kunne danne grunnlag for videre utvikling og bidra til å systematisere og forsterke eksisterende arbeid.

Tiltakene kan sammenfattes i fire hovedgrep, som retter seg mot ulike sider ved helsefellesskapenes funksjon og måloppnåelse:

For det første bør styrings- og beslutningsprosessene styrkes. Dette innebærer å sikre tilstrekkelig høyt representasjonsnivå i samarbeidsorganene, tydeliggjøre og standardisere beslutningsprosesser, samt videreutvikle de lokale helsefellesskapsavtalene som effektive styringsverktøy. Hensikten er å legge bedre til rette for felles prioriteringer og mer effektive beslutningsprosesser.

For det andre bør samordningen på kommunesiden og den samlede kapasiteten til samhandling styrkes. Dette omfatter bedre koordinering mellom kommunene, økt prioritering av dedikerte samhandlingsressurser og en mer differensiert og styrket sekretariatsfunksjon, tilpasset kompleksiteten i det enkelte helsefellesskap.

For det tredje bør finansieringsordningene i større grad understøtte varig oppfølging og implementering av tiltak. Dette innebærer å supplere dagens prosjektbaserte tilskudd med ordninger som legger til rette for videreføring av tiltak i ordinær drift, for eksempel gjennom et implementeringstilskudd.

For det fjerde bør tilgangen til og bruken av styringsinformasjon styrkes. Dette innebærer å utvikle et mer helhetlig og oppdatert datagrunnlag, samt å styrke kompetansen og kapasiteten til analyse og bruk av data i helsefellesskapene.

Tabell A gir en samlet oversikt over de ti foreslåtte tiltakene og ansvar for oppfølging.

Tabell A Oppsummering av anbefalinger, tiltak og ansvar for oppfølgning

Overordnede anbefalinger		
Anbefalingsområde	***Tiltak***	***Ansvar***
Anbefalinger for å bedre styrings- og beslutningsprosessene, i lys av manglende selvstendig beslutningsmyndighet	**Tiltak 1.** Sikre tilstrekkelig høyt representasjonsnivå	**Helsefellesskapet** Nasjonale myndigheter
	Tiltak 2. Standardisering og tydeliggjøring av beslutningsprosesser	**Sekretariatet** KS Nasjonale myndigheter
	Tiltak 3. Styrket samordning på kommunesiden	**Kommuner** KS Helsefellesskapet
	Tiltak 4. Videreutvikling av lokale helsefellesskapsavtaler som effektive styringsverktøy	**Kommuner og helseforetak** Helsefellesskapene Nasjonale myndigheter
	Tiltak 5. Styrket folkevalgtprogram	**KS** Kommuner
Anbefalinger for å øke gjennomføringskraften til helsefellesskapene, i lys av en fragmentert kommuneside	**Tiltak 6.** Differensiering av tilskudd til sekretariatsfunksjonen	**Nasjonale myndigheter** KS
	Tiltak 7. Styrke kommunal prioritering av samhandlingskoordinatorer i helsefellesskapene	**Kommuner** KS Sekretariatet
Anbefaling for å få mer ut av rekrutterings- og samhandlingsmidlene	**Tiltak 8**. «Implementeringstilskudd» som en ordning for å sikre bedre videreføring	**Nasjonale myndigheter**
Anbefalinger for å øke tilgang og bruk av styringsinformasjon	**Tiltak 9.** Supplere nasjonale datakilder med mer oppdaterte og lokalt relevante data	**Nasjonale myndigheter** **Kommuner og helseforetak** Helsefellesskapene
	Tiltak 10. Styrke kompetanse og kapasitet til analyse og bruk av data	**Sekretariat** Kommuner og helseforetak Nasjonale myndigheter og KS

1 Introduksjon

Helsefellesskapene er etablert for å styrke samhandlingen mellom kommuner og helseforetak, men står overfor flere utfordringer som gjør det krevende å oppnå denne målsettingen. Ulik organisering og finansiering mellom forvaltningsnivåene, samt variasjon i kapasitet og forankring, gjør felles prioriteringer krevende. Samtidig er det etablert flere virkemidler for å understøtte samarbeidet, men det er begrenset innsikt i hvordan disse virker i praksis og i hvilken grad de bidrar til bedre samhandling og måloppnåelse. Dette danner grunnlaget for å vurdere hvordan rammer og virkemidler påvirker helsefellesskapenes funksjon og måloppnåelse.

1.1 Bakgrunn for oppdraget

Helse- og omsorgstjenesten i Norge er organisert i et todelt system, der kommuner og statlige helseforetak har ulike ansvars- og styringslinjer. Samtidig mottar mange pasienter tjenester på tvers av den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten, særlig pasienter med sammensatte og langvarige behov. Dette gjør koordinering og samhandling mellom aktørene nødvendig.

Samhandlingsreformen fra 2012 gjorde samhandling til et eksplisitt styringsmål i helsepolitikken. Reformen innførte en rekke virkemidler for å styrke koordineringen mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten, blant annet gjennom utvikling av samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak. Evaluering av reformen viser imidlertid at det er usikkert i hvilken grad den faktisk har bidratt til bedre samhandling, til tross for at aktørene i stor grad har fulgt opp intensjonene.[1]

Helsefellesskapene ble etablert for å videreutvikle samhandlingen mellom kommuner og helseforetak, og bygger på samarbeidet som ble etablert med Samhandlingsreformen. De ble innført gjennom en avtale i 2019 mellom KS, som representant for kommunesektoren, og staten ved Helse- og omsorgsdepartementet, og ble innlemmet som en del av Nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023). Helsefellesskapene er etablert som faste samarbeidsarenaer mellom kommuner og helseforetak. Målet er å legge til rette for mer forpliktende og strukturert samarbeid mellom partene. Samtidig er helsefellesskapene organisert uten selvstendig beslutningsmyndighet. Dette innebærer at helsefellesskapenes evne til å påvirke prioriteringer og ressursbruk i stor grad er indirekte og avhengig av oppfølging i de enkelte virksomhetene. Det er etablert 19 helsefellesskap som dekker hele landet.

Tidligere kartlegginger viser at helsefellesskapene har bidratt til å etablere strukturer for samarbeid, men også at det er betydelig variasjon i organisering, modenhet og hvordan samarbeidet fungerer i praksis. Kartleggingen fra Rambøll (2023–2024) peker blant annet på variasjon i grad av forankring, deltakelse og kapasitet mellom aktørene.[2]

Det er etablert flere virkemidler for å understøtte helsefellesskapene. Samtidig er det begrenset kunnskap om hvordan virkemidlene fungerer i praksis, og i hvilken grad de bidrar til å styrke samhandling og måloppnåelse.

På bakgrunn av dette har KS behov for et oppdatert kunnskapsgrunnlag om hvordan helsefellesskapene fungerer, og hvordan dagens rammer og virkemidler påvirker måloppnåelsen. Dette er særlig relevant i lys av pågående nasjonale prosesser. Helsereformutvalget skal utrede fremtidig organisering, styring

[1] Norges forskningsråd (2016). *Evaluering av samhandlingsreformen*. Tilgjengelig her.
[2] Rambøll (2024). *Kartlegging av status for Helsefellesskapene*. Tilgjengelig her.

og finansiering av en sammenhengende helse- og omsorgstjeneste, og KS har behov for kunnskap som kan underbygge innspill til dette arbeidet og bidra i videre utvikling av helsefellesskapene.

1.2 Problemstillinger

Formålet med prosjektet er å vurdere hvordan eksisterende rammer og virkemidler påvirker helsefellesskapenes evne til å bidra til bedre samhandling og måloppnåelse. Dette omfatter både hvordan rammene og virkemidlene er innrettet, hvordan de fungerer i praksis, og hvilke justeringer som kan styrke deres effekt.

Følgende delproblemstillinger besvares i analysen:

- Hvilke juridiske, organisatoriske og finansielle virkemidler eksisterer i dag for helsefellesskapene, og hvordan er disse innrettet?
- Hvordan brukes virkemidlene i praksis, og hvordan påvirker de samhandling, prioriteringer og beslutningsprosesser?
- I hvilken grad legger virkemidlene til rette for likeverdig samarbeid og felles prioritering mellom kommuner og helseforetak?
- I hvilken grad bidrar dagens virkemidler til likeverd og aktiv prioritering av samhandling?
- Hvilke barrierer begrenser helsefellesskapenes gjennomføringsevne?
- Hvilke justeringer av virkemidler kan styrke helsefellesskapenes funksjon og måloppnåelse?

1.3 Kort om metode og informasjonskilder

Analysen bygger på en kombinasjon av kvalitative og kvantitative metoder som samlet gir et bredt og nyansert kunnskapsgrunnlag om helsefellesskapene. Metodetilnærmingen gjør det mulig å belyse både formelle rammer, faktisk virkemiddelbruk og erfaringer fra aktørene. Vi har gjennomført dokumentanalyse, spørreundersøkelse og intervjuer.

Dokumentgjennomgang. For å etablere en systematisk forståelse av rammer og virkemidler, har vi gjennomgått sentrale styringsdokumenter, regelverk, avtaler og veiledere. Gjennomgangen omfatter også relevante utredninger og evalueringer av helsefellesskapene og tilgrensende samhandlingsinitiativer. Dokumentgjennomgangen gir et grunnlag for å forstå hvilke føringer som ligger til grunn for helsefellesskapene, og hvordan disse er ment å virke.

Spørreundersøkelse. For å kartlegge hvilke virkemidler som benyttes i helsefellesskapene, og hvordan disse fungerer i praksis, gjennomførte vi en spørreundersøkelse. Spørreundersøkelsen ble rettet mot representanter med sentrale roller i helsefellesskapene. Undersøkelsen omfattet alle 19 helsefelleskap, hvorav representanter fra 16 helsefellesskap besvarte undersøkelsen. Den ble distribuert til ledere og samhandlingsansvarlige på både kommune- og helseforetakssiden, samt oppfordret om å videreformidle til øvrige relevante deltakere. I tillegg til spørsmål om virkemiddelbruk, ble respondentene bedt om å vurdere hvordan helsefellesskapene fungerer og peke på forbedringsområder.

Intervjuer. Vi har gjennomført 25 intervjuer med aktører fra åtte helsefelleskap for å få mer dybde i analysen. Representantene vi har intervjuet er fra både kommune- og helseforetakssiden, inkludert representanter som representerer ledelse, samhandlingsfunksjoner, brukerrepresentanter og aktører uten direkte tilknytning til helsefellesskapene. Intervjuene ga grunnlag for å belyse hvordan helsefellesskapene fungerer i praksis, og for å identifisere gjennomgående styrker, svakheter og barrierer for måloppnåelse.

Se Vedlegg A for en nærmere beskrivelse av metode og informasjonskilder.

1.4 Leserveiledning

Kapittel 2 redegjør for de rettslige rammene for helsefellesskapene. I kapittel 3 gjennomgår vi virkemidlene og analyserer respondentene kjennskap til og bruk av disse, samt gir en deskriptiv fremstilling av styrings- og beslutningsprosessene i helsefellesskapene. I kapittel 4 vurderer vi rammene og virkemidlene, og hva som er styrker og svakheter ved dem. Kapittel 5 presenterer en modenhetsanalyse av helsefellesskapene. Vi identifiserer kjennetegn ved ulike modenhetsnivåer og vurderer hvilke suksessfaktorer som går igjen på tvers av helsefellesskapene. I kapittel 6 gir vi anbefalinger for videre utvikling av helsefellesskapene.

2 Rettslige rammer for helsefellesskapene

Partene i helsefellesskapene er helseforetakene og kommunene. Styringsstrukturen i helseforetakene som eies av staten, og kommunene som har selvstyre og en egen folkevalgt ledelse, er grunnleggende forskjellig. Det betyr at beslutningsprosesser i kommunene er annerledes enn i helseforetakene, og at statens mulighet for styring er grunnleggende forskjellig. Denne kompleksiteten utgjør et viktig bakgrunnsteppe for å forstå samarbeidsutfordringene i helsefellesskapene, og er viktig å ha med seg når man vurderer virkemidler.

Kommunene og helseforetakene har en lovfestet plikt til å samarbeide om å gi et helhetlig tjenestetilbud, herunder en plikt til å inngå ulike samarbeidsavtaler. Ordningen med helsefellesskap er imidlertid ikke lovfestet, og det er frivillig for kommunene å delta. Helsefellesskapene er etablert gjennom avtaler mellom KS og staten, og gjennom 19 lokale avtaler mellom helseforetakene og kommunene.

2.1 Partene i helsefellesskapene

2.1.1 Helseforetakene

Helseforetakene er regulert i helseforetaksloven fra 2001.[3] Helseforetakene kan sies å være en hybrid mellom et selskap og et forvaltningsorgan eller en egen variant av statsforetakene.[4] Staten ved Helse- og omsorgsdepartementet eier de fire regionale helseforetakene, og de regionale helseforetakene har «døtre» som bare omtales som «helseforetak», jf. helseforetaksloven § 3. Helseforetakene er egne rettssubjekt, hvilket vil si at de har selvstendige rettigheter og plikter, og for eksempel kan binde seg selv gjennom avtaler, jf. helseforetaksloven § 6.

En viktig målsetning ved Helseforetaksreformen i 2002 var å gi helseforetakene større grad av selvstendighet, kombinert med overordnet demokratisk styring.[5] Eierstyringen av helseforetakene skal derfor skje gjennom foretaksmøte. I helseforetaksloven § 16 står det at eieren «kan ikke utøve eierstyring i foretak utenom foretaksmøte». Eieren kan imidlertid «utenfor foretaksmøte tildele foretak bevilgning og sette vilkår for tildelingen».

Styret og daglig leder står for forvaltning og daglig ledelsen av foretaket, jf. §§ 20, 28 og 37. Helsedirektoratet anbefaler at det er styret i helseforetakene som godkjenner avtalene om helsefellesskap.[6] Saker av vesentlig betydning skal tas opp på foretaksmøte § 30 flg.

2.1.2 Kommunene

Organiseringen av kommuner er regulert i kommuneloven fra 2018.[7] Kommuner er i likhet med helseforetakene egne rettssubjekt, og kan dermed for eksempel binde seg gjennom avtaler. En sentral forskjell mellom kommunene og helseforetakene, er imidlertid det kommunale selvstyret som både

[3] Lovdata (2001). Lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven). Tilgjengelig her.
[4] NOU (2017, 10). *Grunnlaget for inntektsoppgjørene 2017*. Tilgjengelig her.
[5] Regjeringen (2021). *Ot.prp. nr. 66 (2000-2001)*. Tilgjengelig her.
[6] Helsedirektoratet (2023). *Veileder for samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak*. Tilgjengelig her.
[7] Lovdata (2018). *Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)*. Tilgjengelig her.

følger av Grunnloven § 49 andre ledd, Norges folkerettslige forpliktelser og kommuneloven kapittel 2.[8] Kommunene kan ta avgjørelser på eget initiativ og ansvar, og begrensninger i det kommunale selvstyret må ha hjemmel i lov, jf. kommuneloven § 2-1. Det innebærer at staten ikke kan bestemme hva kommunene skal eller ikke gjøre, med mindre det gjøres gjennom lov eller forskrift. Helsefellesskapene er hverken lov- eller forskriftsfestet, og er som det også fremgår nedenfor, en frivillig ordning for kommunene.

Kommunestyret er det øverste organet i en kommune, og treffer i utgangspunktet alle vedtak på vegne av en kommune hvis ikke noe annet følger av lov, jf. kommuneloven § 5-3. Kommunestyret kan imidlertid også delegere myndighet til andre folkevalgte organer, ordføreren eller administrasjonen ved kommunedirektøren. Det er i tillegg en viss adgang til å delegere kompetanse til andre rettssubjekter og interkommunale samarbeidsorganer.[9] En generell og viktig begrensning i kommunestyrets adgang til delegasjon, er at saker av prinsipiell betydning kun kan delegeres til andre folkevalgte organ i kommunen eller til en folkevalgt nemnd i en vertskommune, jf. § 5-4 og § 13-1.

Utgangspunktet er følgelig at en avtale om å delta i et helsefellesskap må bero på et vedtak i kommunestyret eller et annet folkevalgt organ som har fått kompetansen delegert. Også andre beslutninger som tas på vegne av en kommune, må forankres i kommunestyrets egne eller delegerte kompetanse.

2.1.3 Delt ansvar for helse- og omsorgstjenester

Kommunenes oppgaver innenfor helse- og omsorg omtales gjerne som primærhelsetjenesten. Kommunens oppgaver er regulert i en rekke ulike lover, men den viktigste reguleringen finner vi i helse- og omsorgstjenesteloven, som pålegger kommunene å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til alle som oppholder seg i kommunen.[10] Etter § 3-2 i helse- og omsorgstjenesteloven omfatter denne forpliktelsen blant annet skolehelsetjeneste, helsestasjon, svangerskaps- og barselomsorg, legevakt, medisinsk akuttberedskap, fastlegeordningen, psykososial beredskap og oppføling, hjemmehjelp, personlig assistanse og sykehjem med mer.

Helseforetakene har ansvar for spesialisthelsetjenester, som omfatter sykehustjenester, laboratorietjenester, radiologiske tjenester, spesialisert tverrfaglig behandling av rusmiddelavhengig med videre, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a.[11]

Avgrensningen mellom hva som hører inn under primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er dynamisk og til en viss grad uklar. Mange pasienter mottar tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjeneste, hvilket innebærer at helseforetakene og kommunene må samarbeide for å oppnå et samlet og godt tjenestetilbud.

Det er en rekke bestemmelser som regulerer både spesialisthelsetjenestens og kommunens generelle plikt til å samarbeid og samordning av tjenestetilbudet. Slik regulering finner vi for eksempel i helseforetaksloven § 41, som sier at helseforetakene er pålagt å samarbeide med andre «når dette er nødvendig for å fremme foretakets formål eller det er pålagt eller forutsatt i lovgivningen» og når «dette er egnet til å fremme de oppgaver og målsettinger foretaket skal ivareta», jf. § 41. Kommunens plikt til å samarbeide er for eksempel regulert i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4, som sier at også de

[8] Lovdata (1814). *Kongeriket Norges Grunnlov*. Tilgjengelig her. Og Lovdata (1985). *Det europeiske charteret om lokalt selvstyre ETS nr. 122*. Tilgjengelig her.
[9] Lovdata (2018). *Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)*. Tilgjengelig her.
[10] Lovdata (2018). *Lov om helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Tilgjengelig her.
[11] Lovdata (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)*. Tilgjengelig her.

kommunale tjenestene «skal samarbeide med andre tjenesteytere dersom samarbeid er nødvendig for å gi pasienten eller brukeren et helhetlig og samordnet tjenestetilbud».

2.2 Plikt til å inngå samarbeidsavtaler i helse- og omsorgstjenesteloven

Som et ledd i Samhandlingsreformen, som trådte i kraft 1. januar 2012, ble kommunene og helseforetakene pålagt å inngå samarbeidsavtaler for å styrke koordineringen. Kommunenes plikt til å inngå slike avtaler er regulert i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1. I andre ledd står det at samarbeidet «skal ha som målsetting å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester». I § 6-2 er det nærmere bestemt hva kommunen og helseforetakene skal inngå avtaler om.

De regionale helseforetakene har en motsvarende plikt i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e til å sørge for at helseforetak blir part i avtalene. De regionale foretakene er ikke forpliktet til å inngå avtalene selv, men kan bestemme at ett eller flere av helseforetakene de eier blir part.

I helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 nr. 12 står det at avtalene skal omfatte «konkret beskrivelse av hvordan partene sammen skal utvikle og planlegge tjenestene». Kravet i nr. 12 ble vedtatt i en endringslov i 2021, og går man til forarbeidene, vil man se tilføyelsen var foranlediget av avtalen mellom KS og Staten om innføring av helsefellesskap omtalt nedenfor.[12] Kravet i nr. 12 kan likevel ikke tolkes som et pålegg til kommunene om å inngå avtaler om helsefellesskap. Det er klart forutsatt i forarbeidene at kommunens deltakelse i helsefellesskapene er frivillig.[13]

Helsedirektoratet har utarbeidet en egen veileder for samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetakene. I denne veilederen fremstår det som at både kommunene og helseforetakene har en plikt til å inngå avtaler om og delta i helsefellesskap. Helsedirektoratet skriver blant annet «Kommuner og helseforetak bestemmer selv samarbeidsstruktur, men skal som minimum etablere et helsefellesskap med en tredelt struktur.»[14] På dette punktet er veilederen misvisende.

2.3 Avtalene mellom regjeringen og KS om helsefellesskap

2.3.1 Innføringsavtalen fra 2019

Den 23. oktober 2019 ble *Avtale mellom regjeringen og KS om innføring av helsefellesskap for å skape en mer sammenhengende helse- og omsorgstjeneste* («Innføringsavtalen») inngått. Formålet var å skape en mer sammenhengende helse- og omsorgstjeneste til pasienter som trenger tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I avtalen står det blant annet:

> *«Regjeringen og KS ønsker at kommuner og helseforetak skal se hverandre, ikke som parter, men som likeverdige partnere med felles eierskap og ansvar for pasientene. Regjeringen og KS ønsker derfor at helseforetak og kommuner sammen etablerer helsefellesskap. I helsefellesskapene møtes representanter fra helseforetak, kommuner, lokale fastleger og brukere for å planlegge og utvikle tjenestene sammen. Etablerte avtaler og samarbeidsstrukturer skal ligge til grunn, men videreutvikles. Regjeringen vil i den kommende Nasjonale helse- og sykehusplanen i tråd med dette foreslå å etablere 19 helsefelleskap med utgangspunkt i de eksisterende helseforetaksområdene.»*

[12] Lovdata (2021). *Lov om endringer i helse- og omsorgstjenesteloven*. Tilgjengelig her.
[13] Regjeringen (2021). *Prop. 102 L (2020-2021)*. Tilgjengelig her.
[14] Helsedirektoratet (2023). *Veileder for samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak*. Tilgjengelig her.

Det ble deretter nedfelt følgende prinsipper som helsefellesskapene skulle bygge på:

- En tydelig og tredelt samarbeidsstruktur med partnerskapsmøte, et strategisk samarbeidsutvalg og faglige samarbeidsutvalg
- Bedre felles planlegging og utvikling
- Bedre og mer forpliktende beslutningsprosesser
- Et velfungerende sekretariat
- Særlig prioritering av (1) barn og unge, (2) personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, (3) skrøpelige eldre og (4) personer med flere kroniske lidelser
- Felles virkelighetsforståelse gjennom bedre tilrettelegging av styringsinformasjon og fremskrivingsverktøy
- Lokale tilpasninger med rom for ulik organisering og lokale løsninger for oppgavedelingen mellom kommuner og helseforetak
- Innspill til neste Nasjonale helse- og sykehusplan

Helsefellesskapet er ikke et eget rettssubjekt.[15] Når det gjelder beslutningsprosessene, presiseres det i avtalen mellom regjeringen og KS at den formelle beslutningsmyndigheten fremdeles vil ligge i helseforetakene og i kommunene. Det innebærer at vedtak må forankres for eksempel i styret eller hos daglig leder i helseforetaket og i kommunestyret i den enkelte kommune, eller eventuelt hos den personen eller det organet kommunestyret har delegert kompetanse til. Samtidig står det i avtalen at beslutningsprosessen bør bli «bedre og mer forpliktende enn den er i dag» og at det bør tilstrebes «konsensusbeslutninger som kan forplikte partnerne i det videre arbeidet».

Avtalen skulle gjelde frem til og med 31. desember 2023. Om oppfølging av avtalen står det:

> *«Regjeringen og KS anbefaler at kommuner og helseforetak innretter sitt samarbeid i tråd med prinsippene som helsefellesskapene skal bygge på, eller treffer beslutninger om dette, innen utgangen av 2020. Regjeringen vil innrette sin styring av de regionale helseforetakene i tråd med dette. KS vil i sine organer og nettverk oppfordre medlemmene i KS til å delta i helsefellesskapene i tråd med prinsippene beskrevet over.»*

Når kommunene fikk «anbefalinger» og «oppfordringer» til deltakelse, har det en sammenheng med det kommunale selvstyret omtalt over. KS kan ikke inngå noen avtale som binder kommunene og staten kan heller ikke instruere kommunene til å delta i helsefellesskapene uten hjemmel i lov. Helseforetakene er derimot gjennom statens eierstyring pålagt å legge til rette for at det inngås samarbeidsavtaler om helsefellesskap i tråd med prinsippene omtalt over.[16]

Ellers er avtalen fulgt opp gjennom stortingsmeldingen Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 fra november 2019, hvor helsefellesskapene ble presentert som et viktig virkemiddel for å gjennomføre regjeringens politikk.[17]

2.3.2 Videreføringsavtalen fra 2024

Den 26. april 2024 ble *Avtale mellom regjeringen og KS om videreutvikling av helsefellesskapene for en mer sammenhengende helse- og omsorgstjeneste* («Videreføringsavtalen») inngått. I avtalen står det at formålet med den var «å konkretisere hvordan regjeringen og KS sammen vil bidra til å støtte

[15] Regjeringen (2021). *Prop. 102 L (2020-2021)*. Tilgjengelig her.
[16] Regjeringen (2021). *Prop. 102 L (2020-2021)*. Tilgjengelig her.
[17] Regjeringen (2019). *Meld. St. 7 (2019-2020)*. Tilgjengelig her.

opp om samarbeidet mellom kommuner og helseforetak gjennom helsefellesskapene». Videreføringsavtalen gjelder for perioden 2024 til 2027.

I avtalen pekes det på utfordringene knyttet til tilgang på helsepersonell og at kommuner og helseforetak i større grad må se kapasitet og kompetanse i sammenheng på tvers av forvaltningsnivå, hvilket stiller krav til felles planlegging og utvikling av tjenester. Det står at «Tiltak som igangsettes skal ikke være personelldrivende.»

I tillegg til de fire pasientgruppene som ble trukket frem i Innføringsavtalen, ble det pekt på at «kvinner gjennom svangerskap, fødsel og barseltid er en femte gruppe som har behov for gode, sammenhengende tjenester fra både kommuner og sykehus». Helsefellesskapene ble derfor gjennom Videreføringsavtalen oppfordret til å arbeide med denne pasientgruppen.

Om beslutningsprosesser står det følgende i Videreføringsavtalen:

> *«Den formelle beslutningsmyndigheten vil som i dag ligge i helseforetakene og kommunene. Det krever gode og samordnede beslutningsprosesser i både kommuner og helseforetak slik at samarbeidet kan bli mer forpliktende. Velfungerende sekretariat er en forutsetning for å sikre åpenhet og legitimitet, og for samordning og representasjon.»*

Det ble videre avtalt at regjeringen skulle støtte opp under arbeidet i helsefellesskapene gjennom å «tilrettelegge for kunnskapsutvikling, erfaringsutveksling og læring på tvers». Det fremgår av avtalen at Helsedirektoratet ville få et hovedansvar for praktisk gjennomføring for informasjonsdeling og nettverksorganisering. På den annen side ble det avtalt at KS «gjennom sine organer og nettverk bidra til at medlemmene finner gode samarbeidsløsninger mellom kommunene for representasjon i helsefellesskapene og system for beslutninger», samt drifte en nettside med veiledningsmateriell. Blant annet skal nettsiden KS har ansvar for, inneholde «veiledning til helsefelleskapene i planlegging, gjennomføring og implementering av metodikken fra læringsnettverkene i 'Gode pasientforløp'.» KS skal ifølge avtalen også bidra «til å identifisere utfordringer og mulige virkemidler» for å utvikle helsefellskapene videre.

Som oppfølging ble det avtalt at det skal gjennomføres en evaluering av helsefellesskapene. Videre skal avtalen følges opp gjennom jevnlige kontaktmøter og årlig evaluering i regi av konsultasjonsordningen.

2.4 Lokale avtaler om helsefelleskap

I løpet av perioden 2020 til 2023 er det etablert 19 helsefellesskap mellom helseforetak og kommuner.[18] Vi har innhentet avtalene om helsefellesskap fra deres hjemmesider. Avtalene er benevnt på litt ulikt vis, som for eksempel «samarbeidsavtale», «vedtekter», «innføringsavtale» eller «stiftelsesdokument», men de følger en forholdsvis lik oppbygning.

Avtalene regulerer for det første hvem som er parter i samarbeidet, samt bakgrunn for eller rettslig ramme for samarbeidet. Det er likevel slik at mange av avtalene som er tilgjengelig på helsefellesskapenes hjemmesider fremstår som usignerte utkast, hvor kommunene for eksempel kun er benevnt som «xx kommune».[19] Leser man avtalene er det derfor til dels uklart hvilke kommuner som deltar, og om disse har valgt å formelt forplikte seg gjennom en avtale.

---

[18] Helse- og omsorgsdepartementet (2024) *Avtale mellom regjeringen og KS om videreutvikling av helsefellesskapene for en mer sammenhengende helse- og omsorgstjeneste*. Tilgjengelig her.
[19] Helsefelleskapet i Sogn og Fjordane. Tilgjengelig her.

Videre regulerer avtalene gjerne formålet og virkeområdet til helsefellesskapene. I vedtektene for Helsefellesskapet Helgeland 2025-2027 står det for eksempel at «Helsefellesskapets formål er å skape sammenhengende og bærekraftige helse- og omsorgstjenester til pasienter som trenger tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.» Virkeområdet er gjerne knyttet til den lovpålagte plikten til samarbeid og overlappende ansvar.

Et gjennomgående trekk er at helsefellesskapsavtalene beskriver en avtalestruktur med én overordnet avtale og en rekke ulike tjenesteavtaler eller særavtaler, samt vedlegg med for eksempel handlingsplaner.

Alle avtalene, unntatt samarbeidsavtalen om Helsefellesskapet Nordre Trøndelag, er slik vi leser dem, basert på den tredelte grunnstrukturen som var beskrevet i Innføringsavtalen med partnerskapsmøte, strategisk samarbeidsutvalg og faglige samarbeidsutvalg.[20] Flere av helsefellesskapene har imidlertid bygd ut eller tilpasset grunnstrukturen med et fjerde nivå eller andre tilleggsorganer. Avtalene regulerer oppgaver, sammensetning og arbeidsform for hvert organene og sekretariatet.

Målsetningene om et likeverdig partnerskap og dialog og de prioritere pasientgruppene er gjerne omtalt. Avtalene beskriver også hvordan fastlegene, pasienter og brukere er representert.

De fleste avtalene har også praktisk regulering om gjennomføring og forankring i egen organisasjon, økonomi, tvisteløsning og avtalens varighet. De fleste har organiserte det slik at hver av partene i avtalen dekker sine egne kostnader ved å delta i helsefellesskapet.

[20] I Nord-Trøndelag har de i stedet for partnerskapsmøte etablert et politisk samarbeidsutvalg (PSU), et administrativt samarbeidsutvalg (ASU), fagråd og fagnettverk. Se samarbeidsavtale godkjent i PSU 31. oktober 2024 punkt 6. Disse organene fyller til sammen de samme funksjonene som organene i andre helsefellesskap.

3 Virkemidler og styring i helsefellesskapene

Helsefellesskapene har et sett virkemidler som omfatter avtaler, samarbeidsstrukturer, økonomiske tilskudd, styringsdata og veiledere. Samarbeidet er i praksis organisert rundt den tredelte strukturen med partnerskapsmøte, strategisk samarbeidsutvalg (SSU) og faglige samarbeidsutvalg (FSU). Samtidig varierer kjennskap til og bruk av flere av virkemidlene mellom helsefellesskapene. Samarbeidsstrukturene og økonomiske tilskudd rapporteres brukt i høy grad, mens styringsdata, veiledere og nettverk i mindre grad rapporteres brukt. Beslutninger i helsefellesskapene er i hovedsak konsensusbaserte og må forankres i kommunenes og helseforetakenes ordinære styringslinjer.

3.1 Virkemidler for helsefellesskapene

Staten benytter et bredt spekter av virkemidler for å påvirke utviklingen i helse- og omsorgstjenestene. Virkemidler kan forstås som styringsinstrumenter som brukes for å påvirke organisering, prioriteringer og ressursbruk hos underliggende virksomheter og andre aktører. Virkemidlene bidrar dermed til å omsette politiske mål og føringer til praktisk handling. I denne analysen legger vi til grunn en vid forståelse av virkemiddelbegrepet. Dette innebærer at også samarbeidsarenaer og strukturer inngår, ettersom disse utgjør sentrale mekanismer for å påvirke samhandling og måloppnåelse i helsefellesskapene.

I litteraturen deles virkemidler ofte inn i ulike hovedkategorier, som juridiske, økonomiske, organisatoriske og pedagogiske virkemidler.[21] Juridiske virkemidler omfatter lover, forskrifter og avtaler som etablerer plikter og rettigheter. Økonomiske virkemidler omfatter finansielle ordninger som tilskudd og finansieringsmodeller. Organisatoriske virkemidler handler om etablering av strukturer, samarbeidsarenaer og ansvarsforhold, mens pedagogiske virkemidler omfatter veiledning, kunnskapsformidling og andre tiltak som skal bidra til læring og kompetanseutvikling.

I praksis virker virkemidler sjelden isolert. De brukes ofte i kombinasjon, og enkelte virkemidler kan ha egenskaper som gjør at de kan plasseres i flere kategorier samtidig. I denne rapporten har vi derfor valgt å ikke kategorisere de identifiserte virkemidlene for helsefellesskapene etter en fast inndeling. Samlet sett dekker imidlertid virkemidlene som er etablert for helsefellesskapene alle de fire virkemiddelkategoriene som er beskrevet over.

Nedenfor gis en kort beskrivelse av virkemidlene som er etablert for helsefellesskapene. Formålet med gjennomgangen er å gi en oversikt over hvilke virkemidler som inngår i styringen og utviklingen av helsefellesskapene, før vi i de påfølgende kapitlene vurderer hvordan virkemidlene påvirker arbeidet i helsefellesskapene.

Avtaler mellom kommuner og helseforetak om etablering av helsefellesskap
Alle helsefellesskap bygger på avtaler om å etablere det enkelte helsefellesskap. Det er frivillig for kommunene å inngå slike avtaler. Avtalene inngås mellom de deltakende kommunene og helseforetaket i området og regulerer formålet med samarbeidet, organisering av helsefellesskapet, ansvarsforhold og prosesser for samarbeid og samordning. Disse avtalene utgjør det formelle

[21] Difi (2019). *Hva er god statlig styring?* Tilgjengelig her.

grunnlaget for samarbeidet i helsefellesskapet og regulerer hvordan partene skal utvikle og planlegge tjenestene i fellesskap. Avtalene er nærmere omtalt i kapittel 2.4. I de påfølgende kapitlene omtaler vi disse som lokale helsefellesskapsavtaler.

Den tredelte samarbeidsstrukturen i helsefellesskapene
Helsefellesskapene er anbefalt organisert etter en tredelt samarbeidsstruktur bestående av partnerskapsmøte, strategisk samarbeidsutvalg (SSU) og faglige samarbeidsutvalg (FSU). Det er anbefalt at representanter for brukere og fastleger deltar på alle nivåer.

- **Partnerskapsmøtet** er den øverste samarbeidsarenaen i helsefellesskapet, der politisk og administrativ ledelse fra kommunene møter ledelsen i helseforetaket. Møtet skal fungere som en arena for dialog om overordnede prioriteringer og strategiske retninger for samarbeidet. Helsefellesskapene gjennomfører som oftest ett partnerskapsmøte i løpet av året.
- **SSU** har en mer operativ rolle og skal arbeide med strategiske prioriteringer, oppfølging av handlingsplaner og koordinering av samarbeidet mellom kommuner og helseforetak gjennom året. Utvalget består av representanter for administrativ og faglig ledelse fra kommuner og helseforetak, og skal bidra til å sikre felles prioriteringer og oppfølging av samarbeidet. Møtefrekvensen varierer mellom helsefellesskapene, men utvalget møtes i mange tilfeller om lag fire ganger i året.
- **FSU** er arenaer for faglig samarbeid mellom tjenestenivåene. Her deltar fagpersoner fra kommuner og spesialisthelsetjenesten, ofte også fastleger og brukerrepresentanter. Utvalgene er ment å bidra til utvikling av tjenester, pasientforløp og andre konkrete samhandlingstiltak. Det varierer mellom helsefellesskapene hvordan de har innrettet disse utvalgene.

Nettverk for helsefellesskap
For å legge til rette for kommunikasjon og erfaringsdeling har Helsedirektoratet etablert et nasjonalt nettverk for helsefellesskapene, «*Nettverk for helsefellesskap*». Nettverket skal fungere som en møteplass der én representant fra kommunesiden og én representant fra helseforetakssiden fra hvert helsefellesskap deltar. Formålet er å legge til rette for informasjonsdeling, koordinering og erfaringsutveksling mellom helsefellesskapene.[22]

Styringsdata for helsefellesskap (dashbord, samhandlingsbarometer, mv.)
Helsedirektoratet har utviklet og tilgjengeliggjør ulike former for styringsdata for helsefellesskapene, blant annet gjennom rapporter, dashbord og digitale verktøy som Samhandlingsbarometeret.[23] Formålet er å gi kommuner og helseforetak et felles kunnskapsgrunnlag om befolkning, tjenestebruk og samhandling på tvers av nivåene i helsetjenesten. Hensikten er å legge til rette for en mer kunnskapsbasert dialog og bedre grunnlag for felles planlegging og prioriteringer i helsefellesskapene.

Tilskudd til sekretariatsfunksjon i helsefellesskapene
Det er etablert et øremerket tilskudd for å finansiere en felles sekretariatsstilling for kommunene i hvert helsefellesskap. Tilskuddet utbetales over statsbudsjettet via Helsedirektoratet og skal dekke lønnskostnadene til sekretariatsfunksjonen. Formålet er å styrke samarbeidet mellom kommuner og helseforetak og bidra til bedre samordning i helsefellesskapet ved at kommunene kan ha en felles sekretariatsfunksjon. Sekretariatsfunksjonen skal bidra til at helsefellesskapene lykkes med å utvikle og planlegge bærekraftige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester, særlig for de prioriterte

[22] Kompetansebroen. *Helsefellesskap*. Tilgjengelig her.
[23] Helsedirektoratet (2025). *Styringsdata for helsefellesskap*. Tilgjengelig her. Og Helse Førde. *Samhandlingsbarometeret*. Tilgjengelig her.

pasientgruppene (barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusavhengighet, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser).[24]

Rekrutterings- og samhandlingstilskudd
I 2024 opprettet staten et nytt tilskudd, omtalt som rekrutterings- og samhandlingstilskudd.[25] Formålet med tilskuddet er å understøtte gode pasientforløp, effektiv ressursbruk og tjenesteutvikling gjennom samhandling mellom nivåene. Midlene er fordelt til de regionale helseforetakene med føringer i oppdragsdokumentene. Helse Nord RHF fikk 40 millioner kroner i statsbudsjettet for 2024 til et rekrutterings- og samhandlingstilskudd. Som oppfølging av Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027 fikk Helse Nord i revidert nasjonalbudsjett 2024 ytterligere 90 millioner kroner, og de øvrige tre regionene fikk totalt 150 millioner kroner. Helse Nord har etablert et tildelingsutvalg bestående av representanter fra kommuner, helseforetak, Helse Nord RHF og en brukerrepresentant som vurderer og prioriterer søknader fra helsefellesskapene.[26] I de andre regionene fordeler det regionale helseforetaket midlene videre til helsefellesskapene via helseforetakene etter sine inntektsfordelingsmodeller. I statsbudsjettet for 2026 ble rekrutterings- og samhandlingstilskuddet samlet sett økt med 40 millioner kroner, samtidig som 80 millioner kroner ble øremerket til utprøvinger som er identifisert av KS og regjeringen som en del av «Prosjekt x».[27]

Veileder for samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak
Det er utarbeidet en veileder for samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak.[28] Veilederen utdyper lovkravene til samarbeidsavtaler etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 6 og gir praktisk veiledning til kommuner og helseforetak i arbeidet med å utarbeide, revidere og følge opp avtalene. I tillegg inneholder den enkelte råd om hvordan samarbeidet om helsefellesskapene bør organiseres.

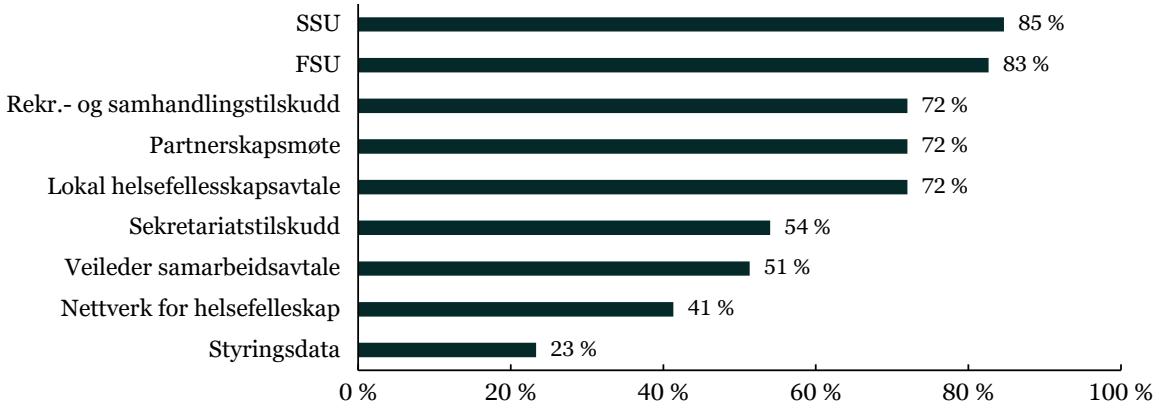
Samlet sett utgjør disse virkemidlene et rammeverk som påvirker hvordan helsefellesskapene organiseres og hvordan samarbeidet mellom kommuner og helseforetak utvikles. I de følgende delkapitlene beskriver vi hvordan virkemidlene er kjent og brukt i helsefellesskapene, samt hvordan styrings- og beslutningsprosessene er organisert.

3.2 Kjennskap til og bruk av virkemidler

Spørreundersøkelsen viser tydelige forskjeller i hvor utbredt de ulike virkemidlene som er beskrevet i forrige delkapittel, er i helsefellesskapene (se figur 3-1). Spørsmålet respondentene har besvart er formulert som: «*For hvert av følgende virkemiddel – angi om det benyttes i helsefellesskapet du representerer*». Resultatene må derfor tolkes som respondentens kjennskap til om virkemidlene benyttes i helsefellesskapet. For enkelte virkemidler kan faktisk bruk være høyere enn det som rapporteres, dersom respondentene ikke har full oversikt over alle aktiviteter i helsefellesskapet. Under figuren går vi gjennom hva respondentene har svart i mer detalj.

[24] Helsedirektoratet. *Sekretariatsfunksjon for kommunene i helsefellesskap*. Tilgjengelig her.
[25] Regjeringen (2024). Nytt rekrutterings- og samhandlingstilskudd for helsetjenesten. Tilgjengelig her.
[26] Helse Nord. *Rekrutterings- og samhandlingstilskudd*. Tilgjengelig her
[27] Regjeringen (2025). Prop. 1 S (2025-2026). *For budsjettåret 2026 under Helse- og omsorgsdepartementet*. Tilgjengelig her.
[28] Helsedirektoratet (2023). *Veileder for samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak*. Tilgjengelig her.

Figur 3-1 Andel av respondentene som oppgir at virkemiddelet benyttes i helsefellesskapet de representerer*



**N=150. Kilde: Spørreundersøkelse til helsefellesskapene, Menon Economics*

Virkemidler knyttet til etablerte strukturer rapporteres benyttet i størst grad

Mønsteret i svarene indikerer at virkemidler som er tett knyttet til etablerte strukturer og formelle krav, i større grad rapporteres benyttet på tvers av helsefellesskapene. Virkemidler som i større grad forutsetter tilpasninger lokalt, rapporteres benyttet i mindre grad.

Samarbeidsstrukturene fremstår som de mest brukte virkemidlene. Andelen som oppgir at SSU benyttes er 85 prosent, mens 83 prosent oppgir bruk av FSU. For partnerskapsmøter er andelen 72 prosent. Disse virkemidlene er tett knyttet til den formelle organiseringen av helsefellesskapene og involverer sentrale aktører i samarbeidet. Dette kan bidra til høy kjennskap blant respondentene og dermed høyere rapportert bruk. Samtidig indikerer svarene at respondentene kan legge ulikt innhold i hva det vil si å «benytte» et virkemiddel. For eksempel er partnerskapsmøter en del av den anbefalte strukturen i alle helsefellesskap, mens en lavere andel oppgir at disse benyttes. Dette kan tyde på at respondentene i noen tilfeller knytter «bruk» til aktiv anvendelse eller opplevd relevans, snarere enn til at virkemiddelet formelt er etablert.

Forskjellene mellom kommuner og helseforetak er gjennomgående små for disse virkemidlene. Andelen som oppgir bruk er høy og relativt lik på tvers av forvaltningsnivåene. Intervjuene underbygger dette bildet. Samarbeidsarenaene, særlig SSU og FSU, beskrives som sentrale strukturer i alle helsefellesskapene. Flere peker samtidig på at særlig FSU-ene er relativt nyetablerte ettersom de først og fremst har prioritert å få på plass SSU, og at det er variasjon i hvordan FSU-ene er organisert og hvor mange som er opprettet. Til tross for dette fremstår bruken av disse arenaene som utbredt på tvers av helsefellesskapene.

Økonomiske virkemidler og avtaler rapporteres også brukt i relativt høy grad

Også de økonomiske virkemidlene og de lokale helsefellesskapsavtalene rapporteres brukt i relativt høy grad (se Figur 3-1).[29] Rekrutterings- og samhandlingstilskudd benyttes ifølge litt over 70 prosent av respondentene, og tilsvarende andel oppgir bruk av lokale helsefellesskapsavtaler. Sekretariatstilskudd oppgis benyttet av 54 prosent av respondentene.

[29] I spørreundersøkelsen ble avtalen omtalt som «avtale om å etablere helsefellesskap». Det er usikkert om respondentene har tolket dette begrepet likt som de lokale helsefellesskapsavtalene. Intervjuene tyder imidlertid på at det i hovedsak er disse avtalene respondentene viser til.

Avtalene utgjør et formelt rammeverk for samarbeidet, mens tilskuddsordningene i større grad forutsetter at aktørene søker om og tar i bruk midlene. Begge typer virkemidler er imidlertid tett knyttet til organisering og finansiering av samarbeidet, noe som kan bidra til relativt høy kjennskap og rapportert bruk. Samtidig er det noe variasjon mellom kommuner og helseforetak, særlig for tilskuddsordningene, der kommunene i noe større grad oppgir bruk av sekretariatstilskudd (58 mot 48 prosent). Dette kan ha sammenheng med at det er kommunene som mottar tilskuddet til sekretariatsfunksjonen, og derfor i større grad har direkte kjennskap til og er involvert i bruken av midlene.

Veileder, nettverk og styringsdata rapporteres brukt i mindre grad
For andre virkemidler er rapportert bruk lavere og mer variabel. Veileder for samarbeidsavtaler oppgis benyttet av 51 prosent av respondentene, mens 41 prosent oppgir bruk av nettverk for helsefellesskap. Styringsdata fremstår som det minst brukte virkemidlet, med en andel på 23 prosent.

Forskjellene mellom kommuner og helseforetak er også her relativt begrensede, men noe mer tydelige enn for samarbeidsstrukturene. Helseforetakene rapporterer blant annet noe høyere bruk av styringsdata (29 mot 19 prosent).

3.3 Styrings- og beslutningsprosessene i helsefellesskapene

Styrings- og beslutningsprosessene i helsefellesskapene er organisert gjennom flere samarbeidsarenaer, herunder partnerskapsmøte, SSU og FSU, som ivaretar ulike funksjoner i samarbeidet. SSU fremstår som den sentrale arenaen for behandling av saker knyttet til prioriteringer, oppfølging av tiltak og utvikling av samarbeidet mellom kommunene og helseforetaket. Utvalget består av representanter fra kommunene og helseforetaket, og beslutningene er i utgangspunktet konsensusbaserte. Dersom enighet ikke oppnås, blir saker utsatt eller stoppet og kan eventuelt tas opp igjen på et senere tidspunkt.

Helsefellesskapet har ikke beslutningsmyndighet
Helsefellesskapet er ikke et eget rettssubjekt.[30] I avtalen mellom regjeringen og KS presiseres det at den formelle beslutningsmyndigheten fortsatt ligger hos kommunene og helseforetakene. Vedtak må derfor forankres i partenes ordinære styringslinjer, for eksempel i helseforetakets styre eller hos administrerende direktør, og i kommunestyret i den enkelte kommune eller hos det nivået kommunestyret har delegert myndighet til.

Før saker behandles i SSU, gjennomføres det i mange tilfeller saksforberedelser i sekretariatet og interne avklaringer hos partene. Sekretariatet kan bidra til å utarbeide saksgrunnlag, innhente informasjon og koordinere innspill fra kommunene og helseforetaket. I flere helsefellesskap oppgir informantene at kommunene møtes i forkant av SSU-møtene for å drøfte sakene og samordne sine innspill. I denne prosessen har samhandlingskoordinatorer, som ofte ivaretar sekretariatsfunksjonen i helsefellesskapene, en sentral rolle på kommunesiden. Kommunene kan søke om statlig tilskudd til en sekretariatsfunksjon i helsefellesskapet som også kan deles på flere.[31] I noen tilfeller finansierer kommunene i fellesskap en hel stilling utover det som dekkes av tilskuddet, mens oppgaven andre steder er fordelt på flere koordinatorer som bidrar til å samordne kommunenes innspill. Tilsvarende kan det foregå interne avklaringer i helseforetaket før sakene tas opp i utvalget.

Variasjon i representasjon i SSU

[30] Regjeringen (2021). *Prop. 102 L (2020-2021)*. Tilgjengelig her.
[31] Helsedirektoratet (2026): *Sekretariatsfunksjon for kommunene i helsefellesskap*. Tilgjengelig her.

Representasjonen i SSU varierer mellom helsefellesskapene og mellom partene. I noen helsefellesskap deltar ledere på øverste administrative nivå, som kommunedirektører og administrerende direktør i helseforetaket, mens partene i andre tilfeller er representert på lavere ledernivå. Siden helsefellesskapet ikke er et eget rettssubjekt, må saker som innebærer formelle beslutninger hos partene forankres gjennom deres ordinære beslutningsprosesser. Dette gjelder særlig i tilfeller der representantene i SSU ikke har fullmakt til å fatte beslutninger på vegne av sin egen virksomhet. Intervjuene viser også at det varierer mellom helsefellesskapene hvor mye myndighet de ulike representantene har fått delegert.

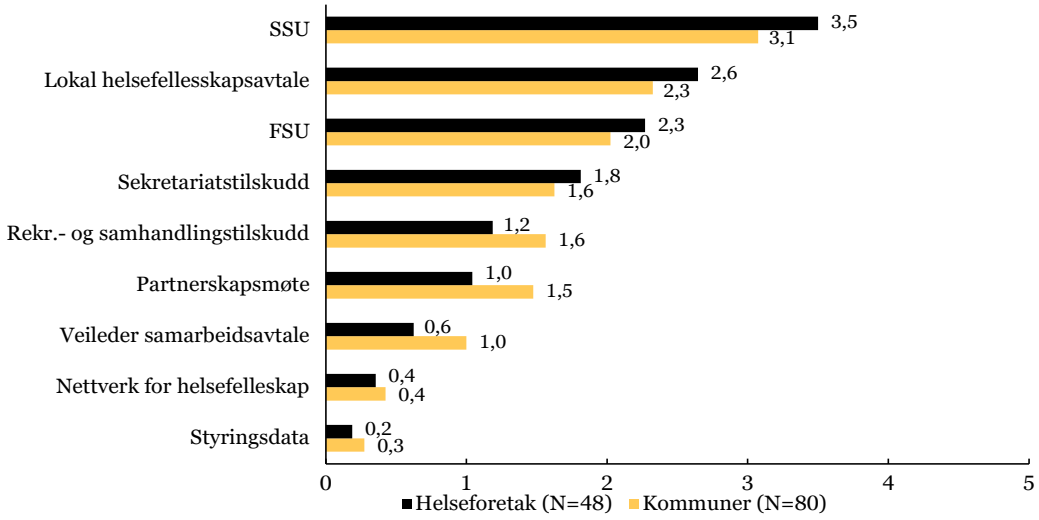
4 Vurdering av virkemidler og rammebetingelsene for helsefellesskapene

Virkemidlene for helsefellesskapene bidrar i hovedsak til å etablere strukturer, arenaer og ressurser for samarbeid mellom kommuner og helseforetak. Særlig SSU, FSU og de økonomiske tilskuddene fremstår som betydningsfulle for å utløse aktivitet og understøtte måloppnåelse. Samtidig viser analysen at dagens rammer i begrenset grad sikrer forpliktelse, prioritering og gjennomføring.

4.1 Overordnet vurdering av virkemidler

I spørreundersøkelsen er respondentene bedt om å rangere de fem viktigste virkemidlene. Figur 4-1 viser et vektet gjennomsnitt som tar hensyn til både rangering og hvor mange som har valgt virkemiddelet. Resultatene viser gjennomgående små forskjeller mellom kommuner og helseforetak, og at de i stor grad vurderer de samme virkemidlene som viktigst.

Figur 4-1 Respondentenes vurdering av virkemidlenes viktighet (vektet gjennomsnitt basert på rangering fra 1-5)



**Respondentene rangerte de fem viktigste virkemidlene. Figuren viser et vektet gjennomsnitt som tar hensyn til både rangering og hvor mange som har valgt virkemiddelet. Virkemidler som ikke er valgt av en respondent, er gitt verdien 0. Kilde: Spørreundersøkelse til helsefellesskapene, Menon Economics*

SSU vurderes som det viktigste virkemiddelet

Virkemidler som er tett knyttet til den etablerte samarbeids- og styringsstrukturen, oppnår gjennomgående de høyeste skårene. SSU skiller seg ut som det viktigste virkemiddelet både blant respondenter fra kommuner og helseforetak. Deretter følger lokale helsefellesskapsavtaler og FSU blant de høyest rangerte virkemidlene, med noe variasjon mellom gruppene. Dette er i stor grad konsistent med funnene i kapittel 3.2, hvor flere av de samme virkemidlene også rapporteres benyttet i størst grad.

Dette underbygges i intervjuer hvor flere informanter fremhever betydningen av samarbeidsarenaene som en forutsetning for at andre virkemidler skal ha effekt. Tilgang på økonomiske midler trekkes frem som viktig, men flere peker på at midlene i seg selv har begrenset verdi uten etablerte arenaer for

samhandling. Dette understreker betydningen av SSU og FSU som sentrale strukturer for prioritering, koordinering og oppfølging.

Samtidig fremstår de lokale helsefellesskapsavtalene som et relativt viktig virkemiddel, særlig som ramme og forankringsmekanisme for samarbeidet. Avtalene gir et felles utgangspunkt og bidrar til legitimitet og avklarte rammer mellom kommuner og helseforetak. Intervjuene tyder imidlertid på at den løpende styringen i større grad skjer gjennom samarbeidsarenaene, særlig SSU og FSU, mens avtalene fungerer som et overordnet rammeverk.

Partnerskapsmøtet vurderes som mindre sentralt enn de øvrige samarbeidsarenaene. Dette må ses i sammenheng med at møtet primært har en strategisk og politisk funksjon, og i begrenset grad er koblet til løpende prioritering og utviklingsarbeid.

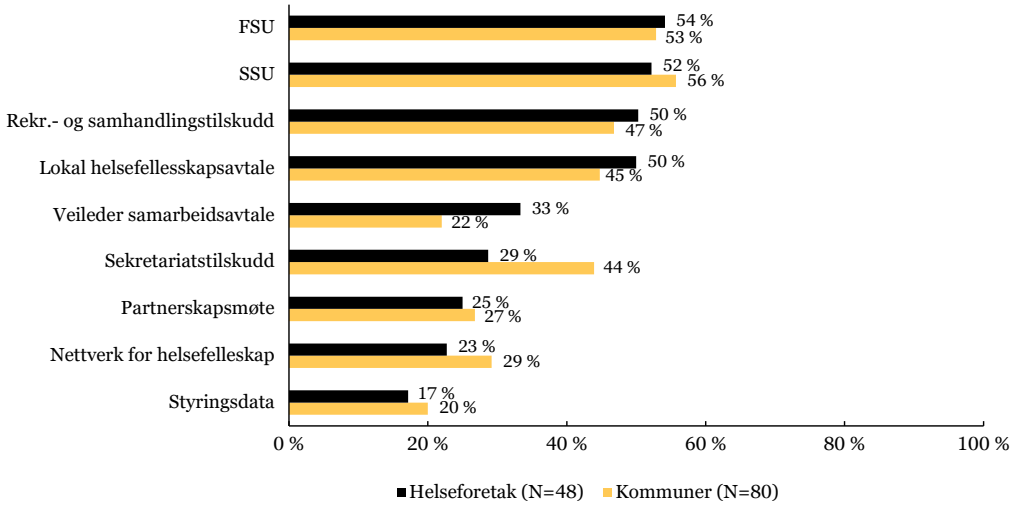
Styringsdata og enkelte støttevirkemidler vurderes som mindre sentrale
Styringsdata fremstår som et av de minst sentrale virkemidlene, både i spørreundersøkelsen og i intervjuene. Intervjuene tyder på at dette i stor grad henger sammen med mangel på relevant data i det løpende arbeidet. Informantene peker på at styringsinformasjon ofte er på et overordnet nivå og i liten grad tilpasset behovene i det operative samarbeidet. Manglende systemstøtte for deling og bruk av data på tvers av forvaltningsnivåene fremheves som en barriere. Samtidig peker flere på at det er et potensial for økt bruk av styringsdata dersom informasjonen i større grad tilpasses beslutningsprosessene og gjøres mer tilgjengelig for aktørene i helsefellesskapene.

4.2 Hvilke virkemidler utløser aktiviteter

Virkemidlene i helsefellesskapene bidrar i ulik grad til å utløse aktiviteter. Analysen viser at det særlig er samspillet mellom samarbeidsarenaer og økonomiske virkemidler som driver utvikling av tiltak og prosjekter.

Samarbeidsarenaer og tilskudd utløser mest aktivitet
FSU, SSU, og rekrutterings- og samhandlingstilskuddet fremstår samlet sett som de virkemidlene som i størst grad bidrar til å utløse aktiviteter. Dette gjelder blant annet utvikling av felles pasientforløp for prioriterte pasientgrupper, etablering av samarbeidsarenaer og utarbeidelse av felles planer og strategier (se figur 4-2).

Figur 4-2 Respondentenes samlede vurdering om virkemidlene har bidratt til å utløse aktivitetene*



**Blant respondentene som oppga at virkemidlet benyttes i helsefellesskapet, ble de spurt om virkemiddelet har bidratt til følgende aktiviteter: utvikling av felles pasientforløp for prioriterte pasientgrupper, utvikling av rutiner for samhandling, utvikling av samhandlingsmodeller, felles handlingsplaner og strategier, og etablerte samarbeidsarenaer. Prosentandelene viser gjennomsnittlig andel respondenter som vurderte at det enkelte virkemidlet har bidratt til de fem aktivitetene det ble spurt om. Respondentene kunne oppgi at ett virkemiddel hadde bidratt til flere aktiviteter. Kilde: Spørreundersøkelse til helsefellesskapene, Menon Economics*

Aktivitet skapes gjennom samspill mellom virkemidler
Funnene tyder på at virkemidlene har komplementære roller i å utløse aktivitet. SSU bidrar primært gjennom å prioritere innsatsområder, forankre initiativer og følge opp fremdrift. FSU er i større grad koblet til det operative arbeidet, og fungerer som arena for utvikling og implementering av konkrete tiltak. De økonomiske virkemidlene bidrar ved å gi aktørene handlingsrom til å igangsette og gjennomføre aktiviteter.

FSU er særlig viktig for operativt utviklingsarbeid
Intervjuene tyder på at FSU særlig bidrar til å utløse aktivitet når utvalgene er innrettet mot konkrete utviklingsoppgaver. I enkelte helsefellesskap er det eksempelvis etablert egne FSU for pasientforløp med formål om å legge til rette for sammenhengende og helhetlige pasientforløp på tvers av tjenestenivåer og forvaltningsnivåer. FSU ser dermed ut til å fungere som en arena der kommuner og helseforetak kan utvikle en felles tilnærming til pasientforløp, fremfor at helseforetaket må forholde seg til hver enkelt kommune separat. FSU fungerer da som en arena for å samle aktørene om felles problemforståelse og løsninger, noe som bidrar til å operasjonalisere prioriteringer fra SSU.

Begrenset kobling mellom enkelte virkemidler og aktivitet
Partnerskapsmøtet bidrar i mindre grad til å utløse aktiviteter. Dette må ses i sammenheng med at møtet primært har en strategisk og politisk funksjon, og i begrenset grad er koblet til operativt arbeid. Tilsvarende fremstår styringsdata i liten grad som en utløsende faktor for aktivitet. Intervjuer tyder på at dette henger sammen med begrenset bruk i praksis, blant annet som følge av manglende tilpasning til operative behov og utfordringer knyttet til tilgjengelighet.

Sekretariatsfunksjonen fremstår som en viktig støtte for aktivitet, men i mindre grad som en direkte utløsende faktor. Sekretariatet bidrar til å koordinere prosesser, forberede saker og følge opp beslutninger, og legger dermed til rette for at øvrige virkemidler kan fungere mer effektivt. Det er imidlertid verdt å merke at representantene fra kommunene i større grad rapporterer at tilskuddet til sekretariatsfunksjonen har bidratt til å utløse aktivitet enn representantene fra helseforetakene. Dette må ses i sammenheng med at tilskuddet finansierer en felles sekretariatsfunksjon på kommunesiden, og dermed i større grad understøtter kommunenes arbeid i helsefellesskapene enn helseforetakenes.

Utfordringer med å omsette prosjekt til varig drift
Samtidig peker funnene på en gjennomgående utfordring knyttet til overgangen fra prosjekt til varig drift. Flere informanter beskriver at aktiviteter i stor grad igangsettes gjennom prosjektmidler, men at manglende finansiering og forankring gjør det krevende å videreføre tiltakene. Dette indikerer at virkemidlene i større grad bidrar til å utløse aktivitet enn til å sikre varig implementering.

4.3 Hvilke mål bidrar virkemidlene og rammene til å oppnå

Målet for helsefellesskapene er å skape mer sammenhengende og bærekraftig helse- og omsorgstjenester til pasienter som trenger tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.[32] Dette følges opp gjennom flere konkrete målsettinger som

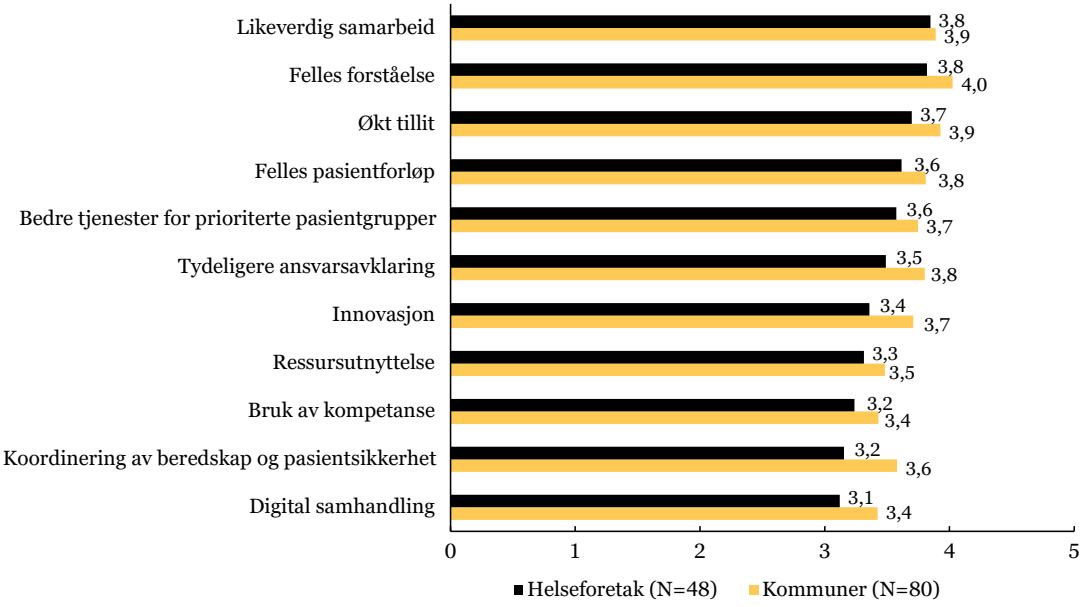
[32] Kompetansebroen. *Hva er ett helsefelleskap*. Tilgjengelig her.

virkemidlene skal bidra til å oppnå. I spørreundersøkelsen er respondentene bedt om å vurdere i hvilken grad virkemidlene bidrar til følgende mål:

- utvikle et mer sammenhengende pasientforløp mellom kommuner og helseforetak
- styrke likeverdig samarbeid mellom kommuner og helseforetak
- gi bedre tjenester for prioriterte pasientgrupper
- utvikle nye arbeidsformer og løsninger (innovasjon)
- skape en felles forståelse av utfordringer og behov.
- øke tilliten mellom kommuner og helseforetak.
- tydeligere rolle- og ansvarsavklaringer mellom kommuner og helseforetak.
- bedre samlet ressursutnyttelse mellom kommuner og helseforetak.
- bedre bruk av kompetanse, herunder rekruttering og kompetansedeling.
- Bedre digital samhandling mellom kommuner og sykehus.
- Bedre koordinering av beredskap og pasientsikkerhet.[33]

Analysen viser at mål knyttet til samarbeid og relasjoner i størst grad nås, mens mål knyttet til koordinering, ressursutnyttelse og endringer i organisering og tjenesteinnhold i mindre grad realiseres, se figur 4-3. Vurderingene er i stor grad sammenfallende mellom representanter fra kommuner og helseforetak, med kun mindre forskjeller på tvers av målene. Representanter fra kommunene gir gjennomgående noe mer positive vurderinger av måloppnåelsen enn representanter fra helseforetakene.

Figur 4-3 Respondentenes vurdering av måloppnåelse for ulike mål (gjennomsnittsscore), på en skala fra 1-5*



**Respondentene ble bedt om å vurdere i hvilken grad de er enige i at de ulike virkemidlene bidrar til de definerte målsettingene, på en skala fra 1 til 5, hvor 5 er helt enig og 1 er helt uenig. Kilde: Spørreundersøkelse til helsefellesskapene, Menon Economics*

[33] Målsettingene i denne punktlisten er en sammenstilling av ulike målsettinger hentet fra strategiene til helsefellesskapene.

Relasjonelle mål nås i størst grad
Det er særlig målsettingene om felles forståelse, likeverdig samarbeid og økt tillit som vurderes å være oppnådd i størst grad. Intervjuene underbygger dette bildet. Faste møteplasser og jevnlig dialog fremheves som sentrale forutsetninger for å bygge relasjoner og utvikle en felles forståelse av utfordringer og behov. Funnene tyder på at etablerte samarbeidsarenaer og støttefunksjoner bidrar til å strukturere samarbeidet og følge opp prosesser, og dermed legger til rette for måloppnåelse på disse områdene.

Mål knyttet til bedre tjenester og pasientforløp ligger i et mellomsjikt
Mål knyttet til utvikling av sammenhengende pasientforløp for prioriterte pasientgrupper, bedre tjenester og tydeligere ansvarsavklaringer ligger i et mellomsjikt. Dette indikerer at helsefellesskapene i noen grad bidrar til mer sammenhengende tjenester. Samtidig må dette ses i sammenheng med at forbedringer i tjenester og pasientforløp forutsetter at samarbeidsrelasjoner og felles forståelse er etablert først. Effekter for pasientene vil dermed typisk realiseres gradvis, etter hvert som samarbeidet gir utslag i endringer i organisering og tjenesteinnhold.

Mål som krever endring i organisering og ressursbruk nås i mindre grad
I motsatt ende vurderes mål knyttet til bedre digital samhandling, bruk av kompetanse, koordinering av beredskap og pasientsikkerhet, ressursutnyttelse og innovasjon som i mindre grad oppnådd. Dette er mål som i større grad forutsetter endringer i organisering, prioritering og ressursbruk, samt bedre systemstøtte og samordning på tvers av aktørene.

Samlet sett viser analysen at virkemidlene i størst grad bidrar til måloppnåelse der målene er knyttet til samhandling og relasjonsbygging. Mål som forutsetter endringer i prioriteringer, ressursbruk og organisering, nås i mindre grad.

4.4 Vurdering av styrings- og beslutningsprosessene

Intervjuer og spørreundersøkelsen indikerer at styrings- og beslutningsprosessene i helsefellesskapene særlig påvirkes av fire forhold: nivået på representasjonen i SSU, manglende selvstendig beslutningsmyndighet i helsefellesskapene, konsensusbaserte beslutningsprosesser og forskjeller i styringsstruktur mellom kommuner og helseforetak. Funnene tyder også på at styringsinformasjon i begrenset grad brukes som grunnlag for felles prioriteringer og beslutninger. I tillegg peker analysene på at ulikheter i nasjonale styringssignaler kan gjøre felles prioriteringer mer krevende, og at det er forskjeller mellom kommuner og helseforetak i hvordan beslutningsprosessene oppleves, særlig når det gjelder likeverdighet.

Nivå på representasjonen i SSU har stor betydning for hvordan beslutningsprosessene fungerer i praksis
Et gjennomgående funn fra intervjuene er at nivået på representasjonen i SSU har stor betydning for hvordan beslutningsprosessene fungerer i praksis. Informantene peker på at det kan oppstå utfordringer når partene møter på ulike nivåer i styringsstrukturen. Dersom kommunene stiller med ledere på et høyt nivå, mens helseforetaket er representert av ledere lenger ned i styringslinjen eller omvendt, kan dette føre til at sakene diskuteres på ulike nivåer.

Når representanter på øverste ledernivå i både kommuner og helseforetak deltar i SSU, beskrives prosessene ofte som mer effektive og mindre byråkratiske. Informantene peker på at dette bidrar til at sakene løftes tidligere i de ordinære styringslinjene hos partene. Når toppledelsen selv deltar i diskusjonene, er sakene allerede på deres dagsorden før de eventuelt tas videre i organisasjonen eller i kommunestyret. Når kommunedirektør eller administrerende direktør i helseforetaket bringer sakene

videre i styringslinjene, opplever informantene at det i større grad bidrar til oppmerksomhet og prioritet i virksomhetene enn når sakene løftes fra lavere nivå i organisasjonen.

Som følge av at flere helsefellesskap ser betydningen av representasjonsnivået i SSU, har enkelte helsefellesskap også påbegynt arbeid med å justere representasjonen i utvalget for å sikre at partene møter på et mer sammenlignbart nivå.

Manglende selvstendig beslutningsmyndighet i helsefellesskapene fører til lange beslutningsprosesser

Manglende selvstendig beslutningsmyndighet i helsefellesskapene kan bidra til lange beslutningsprosesser. Dersom representantene ikke har fullmakt til å fatte beslutninger på vegne av partene, må saker bringes tilbake til kommunene eller helseforetaket for videre behandling i internt i kommunene eller helseforetaket. Dette kan medføre betydelig tidsbruk, særlig i helsefellesskap med mange kommuner der saker potensielt må behandles i flere kommunestyrer før en beslutning kan tas.

Konsensusbaserte beslutningsprosesser er mer krevende i komplekse saker

Beslutningsprosessene i helsefellesskapene er i hovedsak basert på konsensus. Informantene beskriver at denne beslutningsformen fungerer godt i saker der partene i utgangspunktet er relativt enige om problemforståelse og retning. I slike tilfeller kan SSU fungere som en arena for å samordne prioriteringer og utvikle felles løsninger.

Samtidig fremheves det at konsensusbaserte prosesser kan gjøre det mer krevende å håndtere saker der partene har ulike interesser eller prioriteringer. Dersom partene ikke oppnår enighet, kan saker bli utsatt eller stoppe opp.

Intervjuene tyder samtidig på at konsensusbaserte prosesser fungerer bedre der partene møter på et sammenlignbart ledernivå i SSU. Når representanter fra både kommuner og helseforetak deltar på et tilsvarende nivå, oppleves det lettere å avklare uenigheter og komme frem til felles løsninger.

Ulike styringsstrukturer gjør samordning mellom kommuner og helseforetak krevende

Forskjeller i styringsstruktur mellom kommuner og helseforetak trekkes også frem som en faktor som påvirker beslutningsprosessene. Helseforetakene er organisert i en tydelig linjestruktur, mens kommunene består av mange selvstendige enheter med egne politiske beslutningsprosesser. Der kommunene klarer å koordinere sine innspill i forkant av møtene i SSU, opplever informantene at beslutningsprosessene fungerer bedre. I slike tilfeller møter helseforetaket en mer samlet kommunestemme, noe som kan bidra til mer effektive diskusjoner og tydeligere prioriteringer.

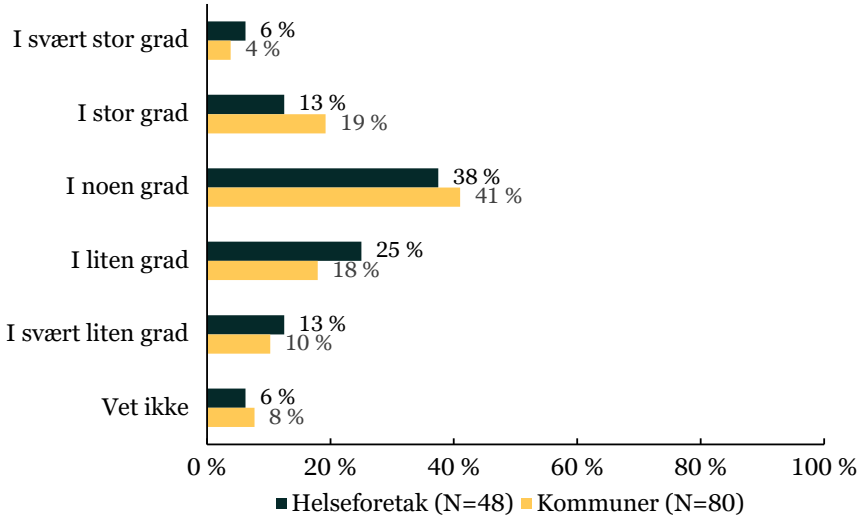
Forutsetningene varierer samtidig mellom helsefellesskapene. Antallet kommuner i et helsefellesskap har betydning for hvor krevende det er å koordinere kommunesiden. I helsefellesskap med mange kommuner kan det være mer utfordrende å samle kommunene om felles innspill. Samtidig mottar helsefellesskapene i utgangspunktet like stort tilskudd til sekretariatsfunksjon uavhengig av antall kommuner, noe som kan påvirke kapasiteten til å koordinere arbeidet. Intervjuene tyder samtidig på at koordineringen fungerer bedre i helsefellesskap som har etablert en sterkere sekretariatsfunksjon, blant annet gjennom flere samhandlingskoordinatorer som bidrar til å samordne kommunenes innspill.

Begrenset bruk av styringsinformasjon i beslutningsprosesser

Intervjuer og spørreundersøkelsen indikerer også at styringsinformasjon i begrenset grad har vært brukt som grunnlag for felles prioriteringer og beslutninger i helsefellesskapene (se Figur 4-4). Med styringsinformasjon refererer vi til data og beslutningsstøtte som brukes til felles planlegging,

prioritering og oppfølging i helsefellesskapet. Dette kan eksempelvis være data om pasientforløp, kvalitetsindikatorer eller data om kapasitets- og ressursbruk.

Figur 4-4 **I hvilken grad respondentene opplever at helsefellesskapet har tilgang til og bruker relevant styringsinformasjon som grunnlag for felles prioriteringer**



**Kilde: Spørreundersøkelse til helsefellesskapene, Menon Economics*

Majoriteten av respondentene, både fra kommuner og helseforetak, oppgir at de i noen grad eller i liten grad opplever at helsefellesskapet har tilgang til og bruker relevant styringsinformasjon som grunnlag for felles prioriteringer. Kun 23 prosent av respondentene fra kommunesiden og 19 prosent fra helseforetakssiden oppgir at styringsinformasjon i stor eller svært stor grad brukes i slike beslutningsprosesser. Samtidig rapporterer respondenter fra det enkelte helsefellesskap i større grad bruk av styringsinformasjon, noe som bidrar til å trekke gjennomsnittet opp.

Intervjuene gir et lignende bilde. Flere informanter beskriver at styringsinformasjon i liten grad har vært et sentralt verktøy i arbeidet i helsefellesskapene. Samtidig peker flere på at dette i større grad skyldes manglende praksis enn manglende behov. Flere informanter fremhever at styringsinformasjon kunne vært et nyttig grunnlag for prioriteringer, og at dette er et område som bør utvikles videre.

Enkelte respondenter peker også på mer strukturelle utfordringer knyttet til datagrunnlaget. Tilgjengelige data oppleves i noen tilfeller som utdaterte, lite presise eller ikke tilstrekkelig tilpasset behovene i helsefellesskapene. Samtidig fremheves det at forskjeller i datasystemer mellom kommuner og helseforetak gjør det krevende å følge pasientforløp og analysere utviklingen på tvers av forvaltningsnivåene.

Flere informanter peker samtidig på at helsefellesskapene fortsatt er i en modningsfase, der mye av oppmerksomheten hittil har vært rettet mot å etablere samarbeidsstrukturer og utvikle et mer likeverdig samarbeid mellom partene. Representanter fra enkelte helsefellesskap beskriver imidlertid at det pågår et arbeid med å utvikle et felles analysegrunnlag som vil være et viktig felles referansepunkt i helsefellesskapet, og som vil danne grunnlag for felles prioriteringer rundt aktuelle tiltak og aktiviteter.

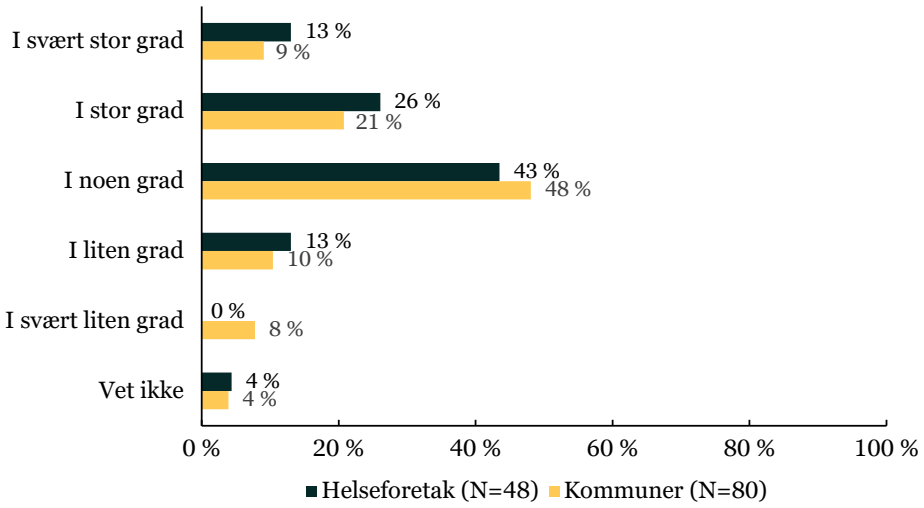
Et annet eksempel som trekkes frem som vil gjøre det lettere å bruke styringsinformasjon er Helseplattformen for helsefellesskapet St. Olavs Hospital og kommunene. Enkelte informanter

beskriver at Helseplattformen gir tilgang til mer standardiserte og felles data på tvers av sykehus og kommuner. Dette kan gi bedre grunnlag for å analysere pasientforløp og ressursbruk på tvers av nivåene i helsetjenesten, og kan dermed bidra til at beslutningsprosesser i større grad kan baseres på felles styringsinformasjon.

Representanter fra helseforetak opplever i større grad beslutningsprosessene som likeverdige

Spørreundersøkelsen viser at representanter fra helseforetakene i større grad enn kommunerepresentanter opplever at beslutningsprosessene i helsefellesskapet legger til rette for likeverdig samarbeid og felles prioriteringer mellom partene (se Figur 4-5).

Figur 4-5 **I hvilken grad respondentene opplever at beslutningsprosessene i helsefellesskapet legger til rette for likeverdig samarbeid og felles prioriteringer mellom kommuner og helseforetak**



**Kilde: Spørreundersøkelse til helsefellesskapene, Menon Economics*

Fra helseforetakssiden svarer 39 prosent av respondentene at beslutningsprosessene i stor eller svært stor grad legger til rette for likeverdig samarbeid, mens tilsvarende andel fra kommunesiden er på 30 prosent. Samtidig svarer 8 prosent av respondentene fra kommunesiden at beslutningsprosessene i svært liten grad legger til rette for likeverdig samarbeid, mens ingen respondenter fra helseforetakssiden gir dette svaret.

Intervjuer og åpne svar fra spørreundersøkelsen tyder samtidig på at helsefellesskapet oppleves som en forbedring sammenlignet med tidligere samarbeidsformer, fordi det gir en fast arena der kommuner og helseforetak kan møtes og diskutere felles utfordringer. Samtidig opplever flere informanter at maktbalansen mellom partene fortsatt kan være asymmetrisk. Forskjeller i styringsstruktur og representasjon i beslutningsorganene trekkes frem som forhold som kan påvirke opplevelsen av likeverdig samarbeid.

Ulike styringssignaler fra nasjonalt nivå kan gjøre felles prioriteringer mer krevende

Forskjeller i styring fra nasjonalt nivå trekkes også frem som en utfordring i samarbeidet mellom kommuner og helseforetak. Helseforetakene mottar styringssignaler gjennom oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet, mens kommunene forholder seg til føringer fra flere departementer gjennom ulike statlige satsinger og reformer. Informantene beskriver at disse styringssignalene ikke alltid er tilstrekkelig samordnet. Kommuner og helseforetak kan dermed oppleve å få oppdrag og

forventninger som ikke nødvendigvis peker i samme retning. Dette kan bidra til at partene prioriterer ulike mål og oppgaver i sine respektive styringslinjer.

Når helsefellesskapene skal samarbeide om utvikling av tjenester og prioriteringer på tvers av forvaltningsnivåene, kan slike forskjeller i nasjonale føringer gjøre samarbeidet mer krevende. Flere informanter peker derfor på at en sterkere samordning av styringssignalene fra nasjonalt nivå kunne gjort det enklere for kommuner og helseforetak å arbeide mot felles mål i helsefellesskapene.

4.5 Styrker og svakheter ved dagens rammer og virkemidler

Helsefellesskapene har bidratt til å etablere mer strukturerte rammer for samarbeid mellom kommuner og helseforetak, og flere av virkemidlene legger til rette for økt koordinering og utviklingsarbeid på tvers av nivåene i helsetjenesten. Samtidig viser funnene at rammene i mindre grad sikrer forpliktelse, prioritering og gjennomføring av tiltak. Samlet peker dette mot at dagens virkemidler i stor grad understøtter samarbeid, men i mindre grad sikrer gjennomføringskraft.

4.5.1 Styrker ved dagens rammer og virkemidler

Flere av virkemidlene bidrar til å styrke samarbeidet mellom kommuner og helseforetak, særlig gjennom etablering av strukturer, arenaer og ressurser som legger til rette for koordinering og utviklingsarbeid.

Helsefellesskapene har etablert en mer strukturert arena for samarbeid mellom kommuner og helseforetak
Etableringen av helsefellesskapene har gitt en mer strukturert og forutsigbar arena for samarbeid mellom kommuner og helseforetak. Dette har redusert barrierer for samhandling og lagt til rette for mer koordinert utvikling av tjenestene.

Informantene beskriver helsefellesskapene som en fast møteplass for dialog om felles utfordringer og utvikling av tjenester på tvers av nivåene i helsetjenesten. Samarbeidet fremstår i flere tilfeller som mer systematisk enn tidligere, særlig når det gjelder oppfølging av pasientforløp og håndtering av felles problemstillinger. Flere av informantene peker også på at helsefellesskapene har styrket kontakten mellom kommuner og helseforetak, og bidratt til økt gjensidig forståelse for hverandres rammebetingelser og utfordringer. I noen tilfeller beskrives helsefellesskapet som en møteplass som i praksis ikke eksisterte før etableringen av dagens struktur.

Strategisk og faglig nivå i samarbeidsstrukturen bidrar til forankring og prioritering
Kombinasjonen av strategiske og faglige samarbeidsarenaer bidrar til å forankre samarbeidet og skape fremdrift i arbeidet i helsefellesskapene. Samspillet mellom nivåene legger til rette for at overordnede prioriteringer kan kobles til konkret tjenesteutvikling.

SSU fremstår som en sentral arena for forankring av samarbeidet på ledernivå. Der kommunedirektører og sykehusdirektører deltar aktivt, oppleves samarbeidet som mer forpliktende. Informantene peker på at beslutninger og prioriteringer får større tyngde når ledelse på høyt nivå deltar i behandlingen av sakene, og at slik forankring gjør det enklere å få gjennomslag i egne organisasjoner. Hvilket nivå som er representert i SSU synes å ha stor betydning, og flere fremhever at saker i større grad følges opp når de «eies» av linjeledelsen.

FSUene gir en struktur for samarbeid mellom fagmiljøene og legger til rette for mer operativ samhandling. FSU fremstår som et sentralt virkemiddel i arbeidet med å utvikle felles pasientforløp for de prioriterte pasientgruppene.

Samhandlingskoordinatorer og sekretariatsfunksjoner er avgjørende for fremdrift i samarbeidet
Samhandlingskoordinatorer og sekretariatsfunksjoner fremstår som avgjørende for å sikre fremdrift, kontinuitet og koordinering i helsefellesskapene. Sekretariatsfunksjonen, som i praksis ofte ivaretas av én eller flere samhandlingskoordinatorer, er særlig viktig for å samle kommunene og styrke deres evne til å opptre koordinert i samarbeidet med helseforetaket.

Sekretariatsfunksjonen bidrar med administrativ kapasitet og har en sentral rolle i å forberede saker, koordinere mellom kommuner og helseforetak og følge opp beslutninger. Flere informanter peker på at samarbeidet i praksis er avhengig av slike dedikerte samhandlingsressurser for å fungere, og for å sikre fremdrift mellom møtene.

I flere helsefellesskap bidrar sekretariatsfunksjonen også til bedre koordinering mellom kommunene. Dette gjør det lettere å samle kommunene om felles prioriteringer og styrker grunnlaget for et mer likeverdig samarbeid med helseforetaket. Tilskuddet til kommunal sekretariatsfunksjon fremheves i denne sammenhengen som et viktig virkemiddel for å understøtte denne rollen og sikre kontinuitet i samarbeidet.

Rekrutterings- og samhandlingsmidler stimulerer til konkret samarbeid og aktiviteter
Rekrutterings- og samhandlingsmidler fremstår som viktige virkemidler for å stimulere til konkret samarbeid og utviklingsarbeid i helsefellesskapene. Midlene gir aktørene insentiver til å prioritere samarbeid og bidrar til å realisere tiltak som ellers i mindre grad ville blitt igangsatt.

Midlene brukes blant annet til å finansiere samarbeidsprosjekter og til å teste ut nye arbeidsformer på tvers av nivåene i helsetjenesten. Flere informanter peker på at midlene senker terskelen for å prøve ut nye løsninger, og at de har vært avgjørende for å få i gang konkrete tiltak og prosjekter.

Samtidig tyder funnene på at effekten av midlene er tett knyttet til de etablerte samarbeidsarenaene. Midlene har dermed størst effekt når de kombineres med strukturer som legger til rette for koordinering og prioritering på tvers av aktørene.

Samlet sett fremstår de økonomiske virkemidlene som en viktig driver for aktivitet i helsefellesskapene, særlig når de virker i samspill med de organisatoriske rammene for samarbeid.

4.5.2 Svakheter ved dagens rammer og virkemidler

Samtidig viser funnene at flere av virkemidlene har begrenset evne til å sikre forpliktelse, prioritering og gjennomføring av tiltak i helsefellesskapene.

Helsefellesskapene har ikke beslutningsmyndighet og mangler virkemidler som sikrer forpliktelse og gjennomføring
Helsefellesskapene har ikke beslutningsmyndighet, og mangler i stor grad virkemidler som sikrer forpliktelse og gjennomføring av beslutninger. Samarbeidsarenaene er i stor grad dialog- og samordningsarenaer, og har begrenset evne til å fatte og følge opp forpliktende beslutninger.

Helsefellesskapene har ikke formell myndighet over kommunene eller helseforetakene. Beslutninger som fattes i SSU må derfor forankres i hver enkelt kommune og i helseforetakenes styringslinjer. Flere informanter peker på at fravær av bindende mekanismer innebærer at vedtak i begrenset grad forplikter partene, og at oppfølging dermed er avhengig av prioritering og beslutninger i de enkelte organisasjonenes ordinære styringslinjer. Dette innebærer at effekten av samarbeidet i stor grad avhenger av hvor godt saker forankres og følges opp i partenes egne organisasjoner.

Samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak utgjør en viktig formell ramme for samarbeidet og oppleves som en forutsetning for helsefellesskapenes legitimitet. Avtalene tydeliggjør ansvar og gir struktur til samarbeidet. Samtidig varierer bruken av avtalene mellom helsefellesskapene. Noen benytter dem aktivt i prioritering og oppfølging, mens andre opplever at de i begrenset grad styrer det løpende arbeidet.

Ulike forutsetninger på kommunesiden gir varierende gjennomføringskraft i helsefellesskapene

Forutsetningene for samarbeid varierer mellom helsefellesskapene, særlig som følge av forskjeller i antall kommuner. I helsefellesskap med mange kommuner kan koordinering være krevende, både i forkant av møter og i oppfølging av saker. Representantene i samarbeidsutvalgene skal ofte representere et stort antall kommuner, noe som kan gjøre det utfordrende å samle og forankre felles posisjoner. Dette kan påvirke både fremdrift og tydelighet i dialogen med helseforetaket.

Samtidig varierer kommunenes størrelse, økonomi og administrativ kapasitet, noe som påvirker kommunenes evne til å delta aktivt og følge opp samarbeidet. Dette øker behovet for koordinering på tvers av kommunene og gjør samarbeidet mer avhengig av velfungerende støttefunksjoner. Samlet innebærer dette at forutsetningene for å organisere og følge opp samarbeidet varierer mellom helsefellesskapene.

Tilskuddet til sekretariatsfunksjonen er likt i alle helsefellesskap, uavhengig av antall kommuner. I helsefellesskap med mange kommuner innebærer dette at sekretariatsfunksjonen får en mer omfattende koordineringsoppgave uten tilsvarende økning i ressurser (gitt at kommunene ikke supplerer med egne ressurser). Dette kan forsterke forskjellene i gjennomføringskraft mellom helsefellesskapene. Samtidig tyder funnene på at hvordan koordineringsfunksjonen er organisert og innrettet, også har betydning for hvor godt koordineringen fungerer i praksis.

Rekrutterings- og samhandlingsmidler skaper aktiviteter, men gir begrenset forutsigbarhet for videre drift

Som beskrevet ovenfor under styrker ved rammer og virkemidler for helsefellesskapene, bidrar rekrutterings- og samhandlingsmidler til å stimulere til aktivitet og utviklingsarbeid i helsefellesskapene. Midlene gjør det mulig å finansiere samarbeidsprosjekter og igangsette tiltak som ellers i mindre grad ville blitt prioritert, og senker terskelen for å prøve ut nye løsninger.

Samtidig er midlene i stor grad prosjektbaserte, og flere informanter peker på usikkerhet knyttet til hva som skjer når finansieringen opphører. Dette kan gjøre det krevende å planlegge for videreføring av tiltak og å sikre varig implementering av løsninger som utvikles gjennom prosjektmidlene. Det er dermed en risiko for at tiltak ikke videreføres etter prosjektperioden, selv om de vurderes som hensiktsmessige, og at utviklingsarbeidet i større grad blir knyttet til enkeltprosjekter fremfor varige endringer i tjenestene.

Begrenset tilgang til og bruk av styringsinformasjon gir et svakere beslutningsgrunnlag

Styringsinformasjon fremstår i begrenset grad som et systematisk og felles beslutningsgrunnlag i helsefellesskapene. Dette gir et svakere grunnlag for prioriteringer og kan påvirke hvor godt tiltak og prosjekter treffer de faktiske behovene i tjenestene.

Det varierer mellom helsefellesskapene i hvilken grad de har tilgang til relevant styringsinformasjon. Manglende integrasjon mellom datasystemer gjør det krevende å etablere et felles kunnskapsgrunnlag på tvers av kommuner og helseforetak. Samtidig peker flere informanter på at tilgjengelig informasjon i begrenset grad brukes aktivt i prioriteringer og utviklingsarbeid.

Samlet innebærer dette at styringsinformasjon i begrenset grad understøtter felles prioriteringer og utviklingsarbeid i helsefellesskapene.

4.5.3 Oppsummering

Samlet sett viser analysen at dagens rammer og virkemidler i helsefellesskapene i stor grad lykkes med å etablere strukturer, arenaer og insentiver for samarbeid mellom kommuner og helseforetak. Samtidig er virkemidlene i mindre grad innrettet for å sikre forpliktelse, prioritering og gjennomføring av tiltak. Særlig fremstår manglende selvstendig beslutningsmyndighet, varierende forutsetninger på kommunesiden, prosjektbasert finansiering og begrenset bruk av styringsinformasjon som forhold som svekker gjennomføringskraften. Dette peker på et behov for å styrke koblingen mellom samarbeidsarenaene og partenes ordinære styringslinjer, samt utvikle virkemidler som i større grad understøtter langsiktig oppfølging og implementering av tiltak.

5 Modenhetsanalyse

Helsefellesskapene varierer i modenhet. Forskjellene synes i liten grad å være knyttet til hvor lenge helsefellesskapene har eksistert. Analysen viser at modenhet i større grad henger sammen med hvordan samarbeidet er forankret, organisert og praktisert, herunder nivå på representasjon, grad av samordning på kommunesiden og tilgang på dedikerte samhandlingsressurser. De mest modne helsefellesskapene kjennetegnes av sterk lederforankring og handlingsrettet samhandling, mens mindre modne helsefellesskap i større grad preges av svakere forankring, fragmentert samarbeid og begrenset gjennomføringskraft.

5.1 Kjennetegn ved modne, middels- og mindre modne helsefellesskap

Hva mener vi med modenhet?
I denne analysen forstår vi modenhet som graden av utviklet samarbeid mellom kommuner og helseforetak, både i form av strukturer, relasjoner og evne til å omsette samarbeid til samhandling i praksis. Modenhet handler dermed ikke primært om hvor lenge et helsefellesskap har eksistert, men om i hvilken grad samarbeidet er institusjonalisert, forankret og fungerer etter intensjonen.

Vurderingen av modenhet bygger på en samlet analyse av datagrunnlaget fra spørreundersøkelsen og intervjuene, og må ses i sammenheng med funnene i kapittel 4. Datagrunnlaget gir både bredde og dybde, men med noe variasjon i hvor omfattende informasjonen er på tvers av helsefellesskapene. Spørreundersøkelsen omfatter svar fra representanter fra 16 av 19 helsefellesskap, og det er i tillegg gjennomført intervjuer med et utvalg representanter fra utvalgte helsefellesskap. Klassifiseringen er basert på en samlet kvalitativ vurdering av tilgjengelig datagrunnlag og innebærer ikke en presis rangering av enkeltstående helsefellesskap.

Vi klassifiserer helsefellesskapene i tre overordnede modenhetsnivåer basert på en samlet vurdering av forankring, organisering, samordning og gjennomføringskraft. Kategoriene er analytiske og uttrykker ikke absolutte eller statiske tilstander, men er ment å synliggjøre mønstre og forskjeller på tvers av helsefellesskapene.

Etableringsår ser i liten grad ut til å forklare modenhet
Analysen viser at etableringsår i seg selv ikke fremstår som en avgjørende forklaringsfaktor for modenhetsnivå. Både mer og mindre modne helsefellesskap finnes blant dem som ble etablert omtrent samtidig. Forskjellene ser i større grad ut til å henge sammen med hvordan samarbeidet er organisert, forankret og praktisert lokalt.

En mulig tilleggsforklaring er hvilke samarbeidsstrukturer som fantes før helsefellesskapene ble etablert. For enkelte har etableringen i stor grad bygget videre på allerede eksisterende samarbeidsarenaer og relasjoner, mens andre i større grad har måttet bygge opp struktur og samhandling fra grunnen av. Dette kan bidra til å forklare deler av variasjonen i modenhet.

I Figur 5-1 har vi oppsummert hva som kjennetegner modne, middels- og mindre modne helsefellesskap.

Figur 5-1 Kjennetegn ved modne, middels- og mindre modne helsefellesskap.

MODNE HELSEFELLESSKAP	MIDDELS MODNE HELSEFELLESSKAP	MINDRE MODNE HELSEFELLESSKAP
Høyt representasjonsnivå	Middels representasjonsnivå	Ubalansert representasjonsnivå
Samordnet kommuneside	Etablerte samarbeidsarenaer	Fragmentert kommuneside
Dedikerte samhandlingsressurser	Avhengighet av nøkkelpersoner	Begrensede samhandlingsressurser
Tillitsbasert samarbeid	Delvis ubalanse mellom partene	Stor organisatorisk kompleksitet
Handlingsrettede møter	Dialogorienterte møter	Svak forankring i organisasjonene

Kilde: Menon Economics

De modne helsefellesskapene kjennetegnes ved sterk forankring og handlingsrettet samhandling

På bakgrunn av spørreundersøkelsen, intervjuene og våre samlede vurderinger har vi identifisert fem kjennetegn ved de mest modne helsefellesskapene.

For det første virker det å være gjennomgående at de mest modne helsefellesskapene har et høyt representasjonsnivå, særlig i SSU. Med høyt representasjonsnivå så refererer vi til at det er toppledelsen fra både kommunen og helseforetakene som er representert i helsefellesskapene. Dette fremstår som viktig fordi saker løftes til riktig nivå, beslutninger virker å få større legitimitet, i tillegg til at samarbeidet blir bedre forankret i egne organisasjoner.

For det andre, finner vi det avgjørende at kommunesiden er samordnet, for at helsefellesskapet skal nå sine målsettinger og bidra til bedre samhandling på tvers. Ut fra våre funn ser det ut til at desto bedre intern koordinering på kommunesiden, desto bedre møter de helseforetakene med god tyngde. Dette kjennetegner helsefellesskapene som lykkes i større grad.

Videre virker et dyktig og dedikert sekretariat å være av stor betydning for hvor godt helsefellesskapet lykkes. Et fellestrekk blant de mer modne helsefellesskapene er dedikerte ressurser mellom møtene som forbereder saker, følger opp og kobler de ulike nivåene (SSU og FSU). Dette kalles både sekretariat, sekretariatsstøtte og samhandlingskoordinatorer.

Helsefellesskapene som er mer modne synes også å ha utviklet en samarbeidskultur, ikke bare en formell struktur. Tillit overfor hverandre, likhet, respekt, åpenhet og profesjonell dialog er ord som går igjen for å beskrive helsefellesskap som i større grad har utviklet en god samarbeidskultur.

Til sist ser vi også at mer modne helsefellesskap bruker SSU mer faglig enn kun til orientering. Faglige diskusjoner skjer også i SSU, drøfting av konkrete pasientforløp og felles problemløsing. I mer modne helsefellesskap virker det som om de evner i større grad å ikke bare ha møteaktivitet, men faktisk omsette det til samhandling i praksis.

De middels modne helsefellesskapene kjennetegnes ved å ha etablerte strukturer, men begrenset handlingskraft

Vi har identifisert fem forhold som kjennetegner middels modne helsefellesskap. Et gjennomgående trekk ved de middels modne helsefellesskapene er at de formelle strukturene for samarbeid i stor grad er etablert og fungerer som møteplasser, men at disse strukturene i varierende grad omsettes til strategisk styring eller beslutninger. Partnerskapsmøter, strategiske samarbeidsutvalg og faglige samarbeidsutvalg er i hovedsak på plass, og aktørene opplever arenaene som nyttige for dialog.

Samtidig tyder beskrivelsene på at møtene ofte brukes til orientering og erfaringsutveksling snarere enn til prioritering eller forpliktende beslutninger.

Et annet kjennetegn ved de middels modne helsefellesskapene er at representasjonsnivået mellom partene fremstår mer variert og til dels ubalansert. I flere av disse helsefellesskapene deltar representanter på ulike organisatoriske nivåer fra henholdsvis kommune- og helseforetakssiden. Dette virker å svekke beslutningskraften i samarbeidsorganene, fordi deltakerne ikke nødvendigvis har mandat til å fatte eller forankre beslutninger i egne organisasjoner. Variasjonen i representasjonsnivå virker dermed å bidra til at samarbeidet i større grad fungerer som en dialogarena enn styringsarena.

Vi vurderer at middels modne helsefellesskap kjennetegnes av at fremdriften i samarbeidet i større grad bæres av enkelte nøkkelpersoner og administrative støttefunksjoner, sammenlignet med de mer modne helsefellesskapene. Denne avhengigheten av enkeltpersoner kan gjøre samarbeidet mer sårbart.

Videre fremgår det gjennom både intervjuene og spørreundersøkelsen at likeverdighet mellom partene oppleves som et vedvarende tema i flere av de middels modne helsefellesskapene. Kommunene beskriver til tider en opplevelse av at helseforetakene har større kapasitet og sterkere påvirkningskraft i samarbeidsarenaene. Selv om samarbeidet generelt beskrives som konstruktivt, tyder svarene på at maktbalansen fortsatt kan være asymmetrisk, noe som kan påvirke hvilke saker som prioriteres og hvordan beslutningsprosessene utvikler seg.

Et siste kjennetegn ved de middels modne helsefellesskapene er at operativt samarbeid på fag- og tjenestenivå virker å fungere bedre enn den strategiske samhandlingen. Flere beskrivelser peker på at faglige samarbeidsutvalg eller lokale samarbeidsarenaer oppleves som mer konkrete og handlingsrettede enn de overordnede styringsorganene. Dette kan tyde på at samarbeidet i praksis er sterkere forankret i tjenestenivået enn i de strategiske styringsstrukturene.

De minst modne helsefellesskapene kjennetegnes ved svak forankring og fragmentert samarbeid

For de mindre modne helsefellesskapene har vi også identifisert fem forhold som kjennetegner dem. De mindre modne helsefellesskapene kjennetegnes i større grad av mer grunnleggende utfordringer knyttet til styring, organisering og forankring av samarbeidet. Selv om de formelle strukturene i hovedsak er etablert, tyder beskrivelsene på at samarbeidsarenaene i mindre grad fungerer som effektive styrings- eller prioriteringsorganer. Møtene fremstår i større grad som diskusjonsarenaer uten tydelig mandat eller klare forventninger til beslutninger.

Et sentralt kjennetegn ved disse helsefellesskapene er utfordringer knyttet til representasjon. I noen tilfeller beskrives representasjonen fra kommunen som for lav i forhold til nivået på helseforetakssiden. I andre tilfeller deltar representanter uten tilstrekkelig beslutningsmyndighet. Dette kan gjøre det vanskelig å omsette diskusjoner i konkrete tiltak eller prioriteringer.

De mindre modne helsefellesskapene virker også å være preget av større strukturell kompleksitet, særlig der samarbeidet omfatter mange kommuner eller store geografiske områder. Når et stort antall kommuner skal representeres i felles styringsorganer, kan det bli krevende å utvikle felles prioriteringer eller samle kommunesiden om en tydelig posisjon. Denne kompleksiteten kan bidra til langsommere beslutningsprosesser og mer fragmentert samarbeid.

Et annet kjennetegn er begrenset administrativ kapasitet til å understøtte samarbeidet. Flere beskrivelser viser til mangel på samhandlingskoordinatorer eller andre dedikerte ressurser som kan drive frem prosesser mellom møtene. Uten slike støttefunksjoner kan samarbeidet i større grad bli avhengig av enkeltpersoners initiativ og dermed få mindre kontinuitet.

Til sist tyder materialet på at tillit og opplevelsen av likeverdighet mellom partene i noen tilfeller er svakere utviklet i disse helsefellesskapene. Enkelte beskrivelser peker på usikkerhet knyttet til rollefordeling, prioriteringer og økonomiske konsekvenser av samhandlingstiltak. Når samarbeidet i mindre grad er preget av en felles problemforståelse, kan det også bli vanskeligere å etablere en stabil samarbeidskultur over tid.

Oppsummering
Samlet sett tyder analysen på at det som primært skiller de tre modenhetsnivåene, ikke er alder, men graden av forankring, samordning og gjennomføringskraft. De mest modne helsefellesskapene kjennetegnes av sterk lederforankring, bedre samordnet kommuneside, dedikerte støttefunksjoner, høyere grad av tillit og mer handlingsrettede samarbeidsarenaer. De minst modne kjennetegnes i større grad av svakere forankring, mer krevende representasjon, høyere kompleksitet og mindre kontinuitet i samarbeidet.

5.2 Generaliserbare og kontekstavhengige suksessfaktorer

Flere suksessfaktorer kan i prinsippet generaliseres
Vi vurderer at det er flere av suksessfaktorene for et velfungerende helsefellesskap som er generelle og strukturelle og dermed i prinsippet kan generaliseres til andre helsefellesskap. Dette gjelder særlig tydelig lederforankring, representasjon på et nivå som gir deltakerne reelt beslutningsmandat, samt tilgang på dedikerte samhandlings- og sekretariatsressurser. Disse faktorene fremstår som relativt uavhengige av lokal kontekst og kan i prinsippet etableres i de fleste helsefellesskap, forutsatt at partene prioriterer samarbeidet organisatorisk og avsetter nødvendige ressurser. Også mer handlingsrettede samarbeidsarenaer, der møtene brukes til faglige diskusjoner og felles problemløsning fremfor kun gjensidig orientering, fremstår som en overførbar arbeidsform.

I vurderingen av hvilke virkemidler og rammer som kan bidra til å realisere disse suksessfaktorene, fremstår det som at flere av de mest sentrale forholdene i begrenset grad er direkte styrt av statlige virkemidler, men snarere av hvordan helsefellesskapene selv organiserer og prioriterer samarbeidet. For eksempel vil trolig bedre lederforankring være et spørsmål om prioritering innenfor eksisterende rammer, herunder i hvilken grad toppledelsen fra både kommuner og helseforetak deltar aktivt i sentrale samarbeidsarenaer som SSU.

Når det gjelder tilgang på dedikerte samhandlings- og sekretariatsressurser, finnes det et statlig tilskudd til sekretariatsfunksjon som skal understøtte samarbeidet og bidra til bedre samordning. Samtidig tyder våre funn på at hvordan disse ressursene benyttes, og i hvilken grad de suppleres med ytterligere midler, for eksempel gjennom felles finansiering av samhandlingskoordinatorer fra kommuner og helseforetak, har betydning for effekten. Erfaringene tilsier også at etablering av slike funksjoner ofte forutsetter tydelig forankring på ledernivå.

Videre fremstår utviklingen av mer handlingsrettede samarbeidsarenaer i liten grad som et spørsmål om virkemiddelbruk, men snarere om hvordan møtene struktureres og hvilke arbeidsformer som tas i bruk. Her tyder analysen på det er mulig å bygge på erfaringer fra mer modne helsefellesskap. Samlet sett indikerer dette at selv om enkelte virkemidler legger til rette for samarbeid, er det i betydelig grad opp til helsefellesskapene selv å etablere hensiktsmessige organisatoriske rammer og arbeidsformer som muliggjør at suksessfaktorene får gjennomslag i praksis.

Andre suksessfaktorer er mer kontekstavhengige
Samtidig viser analysen at enkelte suksessfaktorer i større grad er kontekstavhengige. Dette gjelder særlig graden av samordning på kommunesiden og utviklingen av tillit og felles problemforståelse

mellom partene. Slike forhold påvirkes i større grad av lokale strukturer, som antall kommuner i samarbeidet, geografiske avstander og tidligere erfaringer med samhandling.

For å styrke de mer kontekstavhengige suksessfaktorene, synes det særlig relevant å legge til rette for mer systematisk samordning på kommunesiden. Dette kan for eksempel innebære etablering av faste koordineringsarenaer mellom kommunene i forkant av møter i helsefellesskapet, slik at kommunene i større grad kan avklare posisjoner og prioriteringer internt. Dette har de lykkes med i flere mer modne helsefellesskap.

Videre kan tydeligere representasjonsordninger, der enkelte kommuner gis et definert mandat til å representere flere, bidra til å redusere fragmentering og styrke gjennomslagskraften i samarbeidet. Slike grep vil kunne gjøre kommunesiden mer samlet og dermed bedre rustet til å inngå i et mer balansert samarbeid med helseforetaket. Dette er også noe som er prøvd ut og lykkes med i flere helsefellesskap som anses som mer modne.

Når det gjelder utvikling av tillit og felles problemforståelse, peker våre funn mot betydningen av kontinuitet og gjentatte interaksjoner over tid. Tiltak som bidrar til stabile relasjoner mellom de samme aktørene, for eksempel gjennom mer varig representasjon i sentrale samarbeidsfora, kan være viktige. Fysiske møter blir også trukket frem som en suksessfaktor for å bygge tillit og felles problemforståelse. Enkelte mer modne helsefellesskap understreker at det er helt avgjørende å møtes fysisk når man skal legge strategi. På grunn av særlig geografiske forhold og utfordringer virker dette å være vanskelig å få til for flere av helsefellesskapene. Vi vurderer likevel at det er verdt å se på og vurdere nytten av fysiske møter, opp mot merkostnaden. I tillegg kan mer systematisk bruk av felles kunnskapsgrunnlag, som data om pasientforløp og kapasitetsutfordringer, bidra til å etablere en mer enhetlig forståelse av utfordringsbildet. Erfaringer fra andre helsefellesskap tilsier også at arenaer som legger til rette for faglige diskusjoner og konkret problemløsning kan bidra til å styrke tilliten, ved at partene i større grad samarbeider om felles utfordringer fremfor å forhandle om interesser.

For å sikre at de strukturelle suksessfaktorene får gjennomslag i praksis, fremstår det videre som viktig å etablere mekanismer som understøtter kontinuitet i samarbeidet. Dette kan innebære tydeligere koblinger mellom de ulike nivåene i helsefellesskapet, slik at beslutninger og prioriteringer følges opp på operativt nivå. I tillegg kan dedikerte ressurser, som samhandlingskoordinatorer, spille en rolle i å binde sammen aktørene over tid og sikre fremdrift mellom møtene. Samlet sett peker dette mot at forbedringer i de mer kontekstavhengige forholdene i stor grad handler om å utvikle organisatoriske løsninger som fremmer koordinering, stabilitet og felles forståelse.

Oppsummering

Samlet sett tyder analysen på at noen suksessfaktorer i hovedsak kan styrkes gjennom organisatoriske prioriteringer og tydeligere arbeidsformer, mens andre i større grad må utvikles gjennom lokal koordinering, relasjonsbygging og tilpasning til kontekst. Dette innebærer at forbedringsarbeidet i helsefellesskapene både må rette seg mot strukturelle forhold som representasjon, lederforankring og ressursbruk, og mot mer relasjonelle og kontekstavhengige forhold som tillit, samordning og felles problemforståelse.

6 Anbefalinger for videreutvikling og samhandling

Helsefellesskapene fremstår som en hensiktsmessig struktur for samarbeid mellom kommuner og helseforetak, og bør videreføres og videreutvikles som samhandlingsarena. Samtidig er det behov for å styrke forankring, prioritering og oppfølging av tiltak, samt tydeliggjøre koblingen til partenes ordinære styringslinjer. Anbefalingene peker særlig på å videreføre og styrke eksisterende virkemidler, herunder samarbeidsstrukturene, sekretariatsfunksjonen og rekrutterings- og samhandlingsmidlene, samtidig som det foreslås konkrete tiltak for å styrke koordinering, langsiktighet og bruk av styringsinformasjon.

6.1 Overordnede anbefalinger om videreutvikling og styrking av allerede eksisterende virkemidler og rammer

Funnene fra både spørreundersøkelsen og intervjuene viser at helsefellesskapene i stor grad bygger på hensiktsmessige strukturer og mekanismer. Basert på dette, innledes dette kapittelet med anbefalinger som tar sikte på å bevare og videreutvikle det som allerede fungerer godt. Vi ser særlig mot hvordan eksisterende mekanismer kan styrkes, tydeliggjøres og i større grad understøtte måloppnåelsen i helsefellesskapene. Samlet har vi identifisert fire overordnede anbefalinger knyttet til videreføring, videreutvikling og styrking av sentrale elementer i dagens modell.

Overordnet anbefaling om at helsefellesskapene bør videreføres og videreutvikles som samhandlingsarena
Samlet sett gir vi en klar anbefaling om å videreføre helsefellesskapene som samhandlingsarena, samtidig som det er behov for justeringer i hvordan ordningen fungerer i praksis. Helsefellesskapene fremstår som en nødvendig struktur for koordinering. Alternativet, med mindre formaliserte og mer fragmenterte samarbeidsformer, vurderes å gi svakere grunnlag for felles prioriteringer og helhetlige pasientforløp.

En videreføring fremstår imidlertid ikke som uforbeholden, men betinget av forbedringer i styring, beslutningsprosesser og innretningen på virkemidler. Dette tilsier at helsefellesskapene bør videreføres som en sentral institusjonell ramme for samhandling, men med en tydelig ambisjon om å styrke deres funksjon og gjennomføringsevne.

Anbefaling om å beholde både SSU og FSU i helsefellesskapene
Videre ønsker vi å komme med en tydelig anbefaling om å videreføre både SSU og FSU som sentrale nivåer i helsefellesskapenes organisering. De to nivåene fremstår som funksjonelt komplementære, der SSU i hovedsak ivaretar strategisk retning, prioritering og forankring på ledernivå, mens FSU spiller en avgjørende rolle i operasjonalisering, implementering og oppfølging av tiltak i praksis.

Anbefaling om å opprettholde og videreutvikle tilskuddsordningen som understøtter sekretariatsfunksjonen og samhandlingskoordinatorene
Vi opplever å ha et solid datagrunnlag for å fremheve betydningen av samhandlingskoordinatorer og sekretariatsfunksjonen som bærende elementer i helsefellesskapene. Tilskuddet til sekretariatsfunksjonen fremstår som en sentral muliggjører, ved at det gir grunnlag for dedikerte ressurser til samhandling.

Basert på dette, anbefales det å videreutvikle og styrke samhandlingskoordinatorrollen og sekretariatsfunksjonen, samt å opprettholde og videreutvikle tilskuddsordningen som understøtter denne. I neste kapittel hvor vi presenterer ulike tiltak for å løse ulike utfordringer, kommer vi med konkrete forslag til hvordan tilskuddet til sekretariatsfunksjonen bør videreutvikles, i lys av utfordringsbildet til flere av helsefellesskapene.

Anbefaling om å beholde og styrke rekrutterings- og samhandlingsmidlene
Basert på våre funn har vi videre et solid grunnlag for å anbefale en videreføring og styrking av rekrutterings- og samhandlingsmidlene som et sentralt virkemiddel i helsefellesskapene. Respondentene fremhever at midlene har vært avgjørende for å igangsette tiltak, skape aktivitet og legge til rette for utprøving av nye samarbeidsformer, særlig i en fase hvor mange helsefellesskap fortsatt er under utvikling.

Samtidig peker flere på begrensninger ved dagens innretning, herunder kortsiktighet, prosjektorientering og til dels byråkratiske prosesser, som kan redusere muligheten for å oppnå varige effekter. Et gjennomgående funn er at effekten av midlene i stor grad avhenger av hvordan de inngår i en bredere styrings- og samarbeidsstruktur. Der midlene kobles til tydelige prioriteringer, god koordinering og en felles problemforståelse mellom aktørene, synes de å ha større gjennomslag og bidra til mer målrettet utvikling. I neste kapittel utdyper vi denne utfordringen og kommer med forslag til konkrete tiltak som muligens kan øke sannsynligheten for å tenke mer langsiktig rundt prosjektene. Basert på dette anbefales det å videreføre og styrke rekrutterings- og samhandlingsmidlene.

6.2 Konkrete tiltak for å styrke helsefellesskapenes funksjon og gjennomføringsevne

Dette kapittelet tar utgangspunkt i de samlede utfordringene som kommer frem gjennom analysen. Vi tar utgangspunkt i disse for å konkretisere forslag til tiltak som kan bidra til å styrke helsefellesskapenes funksjon og måloppnåelse. Sammenlignet med de overordnede anbefalingene i foregående kapittel, er ambisjonen her å operasjonalisere anbefalingene ytterligere gjennom konkrete forslag til justeringer i både virkemidler, rammebetingelser og praksis.

Det er samtidig viktig å understreke at utfordringene som beskrives ikke nødvendigvis gjelder alle helsefellesskap. Flere har allerede etablert løsninger og arbeidsformer som adresserer deler av problemstillingene. For helsefellesskap som kjenner seg igjen i utfordringsbildet, kan tiltakene gi et grunnlag for videre utvikling. For andre vil forslagene kunne bidra til å systematisere og forsterke tiltak som allerede er igangsatt.

Flere av tiltakene som foreslås bygger på erfaringer fra helsefellesskap som har lyktes med å håndtere tilsvarende utfordringer. I den forstand handler anbefalingene ikke kun om å innføre nye virkemidler, men også om å videreutvikle, tydeliggjøre og i større grad ta i bruk eksisterende strukturer og ordninger. Samlet presenterer vi ti konkrete tiltak, fordelt på fire anbefalingsområder. Det er samtidig viktig å understreke at dette utgjør en bruttoliste, og ikke en uttømmende eller normativ anbefaling om at alle tiltak skal tas i bruk i alle helsefellesskap. Behovet vil variere, og for enkelte kan det være relevant å prioritere et utvalg tiltak, mens andre kan ha behov for en bredere tilnærming.

Anbefalinger for å bedre styrings- og beslutningsprosessene, i lys av manglende selvstendig beslutningsmyndighet
Flere av helsefellesskapene opplever at manglende selvstendig beslutningsmyndighet hindrer effektiv styring og medfører en svakere beslutningsprosess hvor det er utfordrende å få partene til å forplikte seg. Dette fører til at samarbeidet i stor grad blir dialogbasert, med begrenset gjennomføringsevne. I

lys av dette, og basert på både innspill fra ulike informanter og våre egne vurderinger, foreslår vi fem tiltak.

Tiltak 1. *Sikre tilstrekkelig høyt representasjonsnivå*

For å styrke beslutningskraften finner vi det avgjørende at deltakerne i helsefellesskapenes styringsorganer har tilstrekkelig myndighet til å forplikte egen organisasjon. Dette innebærer at kommuner og helseforetak burde prioritere å stille med representanter på øverste ledernivå, særlig i SSU. Videre bør kommunene sørge for at de som møter fra kommunene har fått delegert nødvendig myndighet og relevant kompetanse til å ta visse beslutninger på vegne av kommunen. I så fall kan man unngå at beslutninger i ettertid må behandles i kommunens organer. Ut fra våre funn ser vi en klar sammenheng mellom høy representasjon i SSU og opplevd formell beslutningsmyndighet. Dette tiltaket handler om etterlevelse og tydeliggjøring av eksisterende forventninger, og innebærer ikke innføring av nye virkemidler eller endring i rammer. Effekten oppnås gjennom prioriteringer i kommuner og helseforetak og gjennom nødvendig forarbeid i form av delegasjon.

Helsefellesskapet kan på sin side tydeliggjøre forventninger til representasjon og følge opp dette over tid. Nasjonale myndigheter kan bidra ved å understreke betydningen av riktig representasjonsnivå i sine styringssignaler eller i faglige råd og støtte til helsefellesskapene. Kommunene som deltar i samme helsefellesskap, kan også utarbeide delegasjonsreglement som er likt på tvers av kommunene slik at de som møter på vegne av kommunene har lik og tilstrekkelig myndighet til å forplikte kommunene i saker der det er naturlig.

Tiltak 2. *Standardisering og tydeliggjøring av beslutningsprosesser*

Vi oppfatter at det er et behov og ønske om mer strukturerte og transparente beslutningsprosesser i flere av helsefellesskapene. Dette kan eksempelvis oppnås ved å utvikle felles prosedyrer for hvordan saker løftes, behandles og følges opp, samt ved å tydeliggjøre forventet tidslinje fra beslutning til implementering. Man kan for eksempel ta i bruk årshjul eller andre prosess- og styringsverktøy som bidrar til å avklare forventninger til hvem som skal gjøre hva til hvilket tidspunkt for å sikre effektive beslutningsprosesser. Selv om regelverket åpner for fleksibilitet, kan det være hensiktsmessig å etablere et mer standardisert oppsett, eksempler eller veileder som helsefellesskapene kan ta utgangspunkt i.

Ansvaret for dette ligger primært hos helsefellesskapene selv, særlig sekretariatet, mens KS kan bidra med utvikling av maler og veiledning. Nasjonale myndigheter kan også støtte opp gjennom tydeligere forventninger til praksis.

Tiltak 3. *Styrket samordning på kommunesiden*

For å redusere fragmentering og styrke beslutningsevnen bør det utvikles tydeligere representasjonsordninger på kommunesiden. Dette kan fore eksempel innebære at enkelte kommuner gis et formelt mandat til å representere flere, slik at beslutninger i større grad kan forankres samlet og ikke må behandles parallelt i et stort antall enkeltkommuner. Vi vet at flere helsefellesskap allerede opererer på denne måten, med suksess. En slik modell bør suppleres med faste koordineringsarenaer mellom kommunene i forkant av møter i helsefellesskapet, slik at posisjoner og prioriteringer avklares på forhånd. For eksempel har Helsefelleskapet Agder etablert et eget organ som heter Kommunens overordnende strategiske samarbeidsorgan (KOSS) som sammen med samhandlingskoordinatorene sikrer koordineringen av de 25 kommunene som deltar i helsefellesskapet.[34] Oppsummert innebærer

[34] Helsefellesskapet Agder (2024). *Helsefellesskapet Agder – Struktur og ledelse*. Tilgjengelig her.

tiltaket en justering og videreutvikling av eksisterende organiseringspraksis, snarere enn nye nasjonale rammer eller virkemidler.

Ansvaret for dette ligger i hovedsak hos kommunene selv, eventuelt med støtte fra KS, mens helsefellesskapet kan bidra til å fasilitere og formalisere strukturen.

Tiltak 4. *Videreutvikling av lokale helsefellesskapsavtaler som effektive styringsverktøy*

De lokale helsefellesskapsavtalene bør i større grad videreutvikles som operative og effektive styringsverktøy. Dette innebærer å gjøre avtalene mer konkrete gjennom tydeligere mål, prioriteringer og ansvarsplassering, samt å bruke dem mer systematisk i styringen av helsefellesskapene. Avtalene bør utformes på et nivå som gjør dem relevante for praktisk problemløsning, samtidig som de ikke blir så detaljerte at de hemmer fleksibilitet. Det bør også etableres rutiner for jevnlig revisjon. Vi vet at mange allerede oppdaterer de lokale helsefellesskapsavtalene aktivt, samtidig som dette er et innspill som har kommet fra flere informanter.

Dette er primært en videreutvikling av et allerede etablert virkemiddel, hvor eksisterende helsefellesskapsavtaler i større grad tas i aktiv bruk. Det foreslås ikke nye virkemidler, men en tydeligere operasjonalisering og anvendelse av dagens avtalestruktur.

Ansvaret for dette ligger hos kommuner og helseforetak i fellesskap, med helsefellesskapet som arena for utvikling og oppfølging, mens nasjonale myndigheter kan bidra med veiledning om innretning.

Tiltak 5. *Styrket folkevalgtprogram*

Det bør vurderes å etablere et mer systematisk folkevalgtprogram for å styrke forståelsen av helsefellesskapenes rolle og styringslogikk. Programmet bør særlig rette seg mot betydningen av delegasjon, tillit til de som representerer kommunen i samarbeidsorganene, og behovet for å unngå detaljstyring av operative spørsmål. Dette kan bidra til mer effektive beslutningsprosesser og tydeligere ansvarslinjer. Tiltaket innebærer en videreutvikling og styrking av eksisterende virkemidler, særlig i regi av KS. Det kan samtidig være aktuelt å utvikle mer målrettede opplegg knyttet spesifikt til helsefellesskapene.

KS gjør allerede mye på dette området generelt, og bør ha en sentral rolle i å utvikle og tilby slike tiltak. Kommunene på sin side, må sikre deltakelse og forankring.

Anbefalinger for å øke gjennomføringskraften til helsefellesskapene, i lys av en fragmentert kommuneside

Ulike strukturelle og kapasitetsmessige forutsetninger på kommunesiden, særlig knyttet til antall kommuner og variasjon i størrelse og ressurser, gir ulik evne til koordinering og gjennomføring i helsefellesskapene. Dette forsterkes enkelte steder av at ressursene til sekretariatsfunksjonen i liten grad opplever å være tilpasset kompleksiteten i samarbeidet. Tiltak 3 beskrevet ovenfor om mer formaliserte ordninger for samordning mellom kommunene er også særlig relevant for dette anbefalingsområdet. I tillegg foreslår vi to tiltak tilknyttet dette.

Tiltak 6. *Differensiering av tilskudd til sekretariatsfunksjonen*

Det bør vurderes å differensiere og samtidig styrke sekretariatsfunksjonen for å bedre håndtere variasjonen i kompleksitet mellom helsefellesskapene. I helsefellesskap med mange kommuner og større koordineringsbehov bør sekretariatet tilføres økte ressurser, slik at det i større grad kan ivareta en aktiv rolle i prosessledelse, koordinering og oppfølging. Våre funn tyder på at helsefellesskap med

en sterk og aktiv sekretariatsfunksjon i større grad lykkes med å håndtere kompleksitet og sikre fremdrift i samarbeidet.

En mulig innretning kan være en grunnfinansiering kombinert med et tillegg basert på antall kommuner eller andre relevante kriterier. Dette tiltaket innebærer altså et justert virkemiddel i form av en justert finansieringsmodell, som i større grad tar høyde for variasjon i behov mellom helsefellesskapene.

Ansvaret for å utrede og eventuelt innføre en slik ordning ligger hos nasjonale myndigheter, i dialog med KS.

Tiltak 7. *Styrke kommunal prioritering av samhandlingskoordinatorer i helsefellesskapene*

Det bør vurderes å tydeliggjøre forventningen om at kommunene i fellesskap prioriterer ressurser til samhandlingskoordinatorer eller tilsvarende funksjoner i helsefellesskapene. Våre funn tyder på at gjennomføringskraften i samarbeidet i stor grad avhenger av tilgang på dedikerte ressurser til koordinering og oppfølging, og at dette i dag varierer mellom helsefellesskapene.

Ansvaret for dette ligger primært hos kommunene selv, eventuelt med støtte fra KS, mens helsefellesskapet, herunder sekretariatet, kan ha en fasiliterende rolle.

Anbefaling for å få mer ut av rekrutterings- og samhandlingsmidlene
Innspill fra informanter tyder på at flere tiltak som utvikles gjennom rekrutterings- og samhandlingsmidlene ikke videreføres etter prosjektperioden, selv om de vurderes som hensiktsmessige. Samtidig er det variasjon, og enkelte tiltak blir tatt videre i drift. Funnene peker likevel på en gjennomgående utfordring i overgangen fra utviklingsfase til ordinær drift, hvor det ofte mangler mekanismer som sikrer implementering og varig forankring.

Tiltak 8. *«Implementeringstilskudd» som en ordning for å sikre bedre videreføring*

For å redusere utfordringen i overgangen mellom prosjekt og drift anbefales det å etablere en egen ordning eller avsetning innenfor eksisterende midler, for eksempel i form av et «implementeringstilskudd». Formålet med en slik ordning er å sikre at tiltak og prosjekter som har dokumentert effekt, eller vurderes som hensiktsmessige, i større grad kan videreføres og integreres i ordinær drift. Et implementeringstilskudd kan utformes som en tidsavgrenset støtteordning i en overgangsfase, der ansvar og finansiering gradvis overføres til linjeorganisasjonen. Tiltaket innebærer en videreutvikling av eksisterende virkemidler, men med en mer målrettet innretning mot varig effekt.

Helsefellesskapene bør gis en sentral rolle i å prioritere hvilke tiltak som kvalifiserer for slik støtte, basert på felles måloppnåelse og dokumenterte resultater, samt stille krav til forankring og plan for videreføring. Ansvaret for å etablere en slik ordning eller utvide/endre innretning på eksisterende ordninger vil samtidig ligge hos nasjonale myndigheter.

Anbefalinger for å øke tilgang og bruk av styringsinformasjon
Styringsinformasjon brukes i begrenset grad som et felles beslutningsgrunnlag i helsefellesskapene, noe som kan svekke kvaliteten på prioriteringer og utviklingsarbeid. Samtidig er tilgangen til relevante data og evnen til å anvende dem i praksis varierende, blant annet som følge av manglende systemintegrasjon.

Tiltak 9. *Supplere nasjonale datakilder med mer oppdaterte og lokalt relevante data*

Det bør legges til rette for et mer helhetlig og felles datagrunnlag på tvers av kommuner og helseforetak. Dette kan i stor grad oppnås ved å utnytte eksisterende IKT-systemer og datakilder bedre, fremfor å etablere nye løsninger, og ved å sikre bedre sammenstilling av relevante data på tvers av nivåene. Flere informanter peker på at selv om det finnes betydelig tilgang til data, blant annet gjennom Helsedirektoratets løsninger, oppleves disse ofte som lite oppdaterte eller lite tilpasset lokale behov. Dette reduserer nytteverdien i operative prioriteringer og utviklingsarbeid.

En mulig innretning er derfor å supplere nasjonale datakilder med mer oppdaterte og lokalt relevante data, samt å utvikle felles indikatorer og rapporteringsstrukturer som brukes aktivt i helsefellesskapenes arbeid, for eksempel knyttet til pasientforløp, kapasitetsutfordringer og prioriterte innsatsområder. Samtidig er det grunn til å understreke at utvikling av et mer helhetlig datagrunnlag er ressurskrevende, og at et hensiktsmessig første steg kan være å ta bedre i bruk og sammenstille eksisterende data og verktøy, før mer omfattende løsninger eventuelt utvikles. Vi forstår også at dette er et tiltak som krever mer ressurser enn de fleste andre tiltak vi foreslår.

Ansvaret ligger både hos nasjonale myndigheter, som må legge til rette for bedre datakvalitet, aktualitet og deling, og hos kommuner og helseforetak, som må bidra med data og ta i bruk løsningene. Helsefellesskapene selv bør ha en rolle i å identifisere hvilke styringsspørsmål som er mest relevante for felles prioriteringer, og dermed hvilke data og analyser det er behov for.

Tiltak 10. *Styrke kompetanse og kapasitet til analyse og bruk av data*

Flere av innspillene fra både intervjuene og spørreundersøkelsen peker på at utfordringen ikke kun er tilgang til data, men også evnen til å bruke dem i praksis. Det bør derfor legges til rette for å styrke analysekompetansen i helsefellesskapene, for eksempel gjennom tilgang til analytiske ressurser på tvers av kommuner og helseforetak. Dette kan innebære å utvikle enkle analyser og beslutningsgrunnlag som er direkte relevante for prioriteringer i SSU og FSU. Tiltaket innebærer en videreutvikling av eksisterende funksjoner, men kan også kreve styrking av ressurser.

Ansvaret ligger hos helsefellesskapene og sekretariatene, med støtte fra kommuner og helseforetak. Nasjonale myndigheter, RHF og KS kan trolig bidra med kompetansehevende tiltak og veiledning.

6.3 Oppsummering av anbefalinger

I tabellen nedenfor oppsummerer vi de overordnede anbefalingene fra kapittel 6.1, tiltakene som er foreslått i kapittel 6.2, og hvilke aktører som kan ha ansvar for oppfølging av de ulike tiltakene.

Tabell 6-1 Oppsummering av anbefalinger, tiltak og ansvar for oppfølgning

Overordnede anbefalinger		
Anbefaling om at helsefellesskapene bør videreføres og videreutvikles som samhandlingsarena		
Anbefaling om å beholde både SSU og FSU i helsefellesskapene		
Anbefaling om å opprettholde og videreutvikle tilskuddsordningen som understøtter sekretariatsfunksjonen og samhandlingskoordinatorene		
Anbefaling om å beholde og styrke rekrutterings- og samhandlingsmidlene		
Anbefalingsområde	***Tiltak***	***Ansvar***
Anbefalinger for å bedre styrings- og beslutningsprosessene, i lys av manglende selvstendig beslutningsmyndighet	**Tiltak 1.** Sikre tilstrekkelig høyt representasjonsnivå	**Helsefellesskapet** Nasjonale myndigheter
	Tiltak 2. Standardisering og tydeliggjøring av beslutningsprosesser	**Sekretariatet** KS Nasjonale myndigheter
	Tiltak 3. Styrket samordning på kommunesiden	**Kommuner** KS

		Helsefellesskapet
	Tiltak 4. Videreutvikling av lokale helsefellesskapsavtaler som effektive styringsverktøy	**Kommuner og helseforetak** Helsefellesskapene Nasjonale myndigheter
	Tiltak 5. Styrket folkevalgtprogram	**KS** Kommuner
Anbefalinger for å øke gjennomføringskraften til helsefellesskapene, i lys av en fragmentert kommuneside	**Tiltak 6.** Differensiering av tilskudd til sekretariatsfunksjonen	**Nasjonale myndigheter** KS
	Tiltak 7. Styrke kommunal prioritering av samhandlingskoordinatorer i helsefellesskapene	**Kommuner** KS Sekretariatet
Anbefaling for å få mer ut av rekrutterings- og samhandlingsmidlene	**Tiltak 8**. «Implementeringstilskudd» som en ordning for å sikre bedre videreføring	**Nasjonale myndigheter**
Anbefalinger for å øke tilgang og bruk av styringsinformasjon	**Tiltak 9.** Supplere nasjonale datakilder med mer oppdaterte og lokalt relevante data	**Nasjonale myndigheter** **Kommuner og helseforetak** Helsefellesskapene
	Tiltak 10. Styrke kompetanse og kapasitet til analyse og bruk av data	**Sekretariat** Kommuner og helseforetak Nasjonale myndigheter og KS

Vedlegg

Vedlegg A: Metode og informasjonskilder

Kort om dokumentgjennomgangen

For å sette oss inn i problemstillingene og etablere en systematisk oversikt over dagens rammer og virkemidler som påvirker helsefellesskapene, har vi gjennomført en dokumentgjennomgang. Dokumentgjennomgangen har gitt et sentralt kunnskapsgrunnlag for å forstå både formelle føringer og hvordan disse er operasjonalisert i praksis.

Vi har gjennomgått lover, forskrifter, nasjonale føringer og avtaler som regulerer samhandlingen mellom kommuner og helseforetak. Videre har vi analysert sentrale styringsdokumenter, samarbeidsavtaler og relevante veiledere.

I tillegg har vi gjennomgått eksisterende kunnskapsgrunnlag og evalueringer av helsefellesskapene og tilgrensende samhandlingsinitiativer. Dette omfatter både utredninger som direkte omhandler helsefellesskapene og analyser som belyser relevante problemstillinger indirekte. Sentrale kilder har blant annet vært:

- NOU 2023: 8 *Fellesskapets sykehus* (Sykehusutvalget)
- NOU 2023: 4 *Tid for handling* (Helsepersonellkommisjonen)
- Høringsinnspill til Nasjonal helse- og samhandlingsplan, Prop. 102L (2020-2021)
- Riksrevisjonen (2025-2026) Bruk av teknologi for å flytte spesialisthelsetjenester nær pasienten

Vi har også gjennomgått kunnskapsgrunnlag og evalueringer av virkemidler som støtter opp under helsefellesskapene, herunder:

- Rambøll (2024): Kartlegging av status for helsefellesskapene (på oppdrag fra KS)

Samlet gir dokumentgjennomgangen et grunnlag for å vurdere hvordan eksisterende rammer og virkemidler legger til rette for måloppnåelse i helsefellesskapene.

Om spørreundersøkelsen

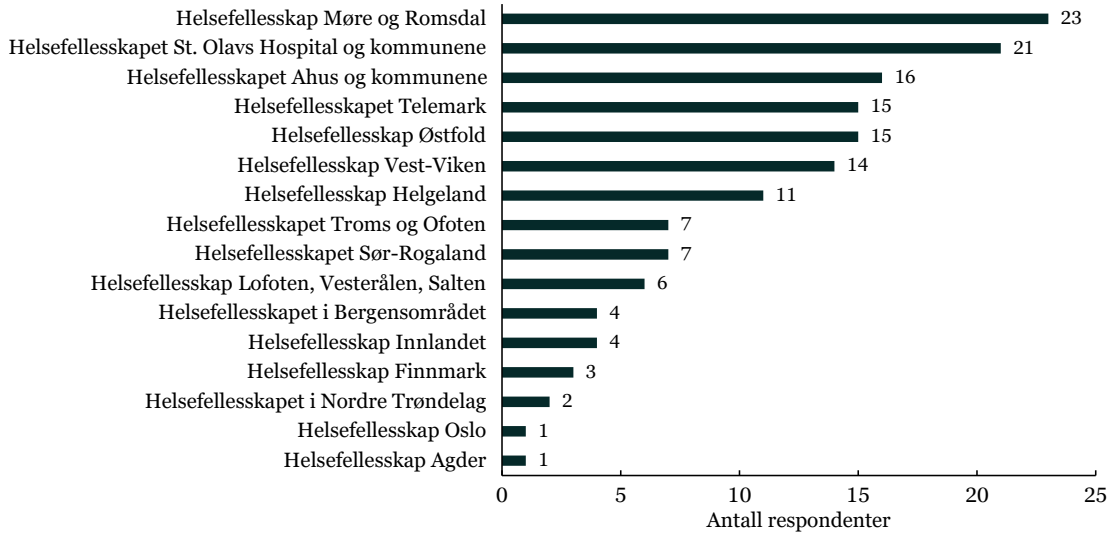
For å få innsikt i hvilke virkemidler som faktisk er tatt i bruk, til hvilken nytte, hva som har fungert og ikke, har vi gjennomført en spørreundersøkelse. Undersøkelsen omfattet alle 19 helsefelleskap, hvorav representanter fra 16 helsefellesskap besvarte undersøkelsen.

Vi sendte ut spørreundersøkelsen til alle ledere/nestledere i SSU fra både kommune- og helseforetakssiden i alle helsefellesskap. I tillegg sendte vi spørreundersøkelsen til samhandlingslederen i SSU fra både kommune- og helseforetakssiden. Videre ba vi disse personene om å videresende undersøkelsen til andre relevante personer som var tilknyttet enten partnerskapsmøtet, SSU, FSU eller andre lokallag i helsefellesskapet, med en variasjon i hvilken rolle de har inn i helsefellesskapet.

I tillegg til å fokusere på virkemiddelbruk i spørreundersøkelsen har vi også bedt respondentene om deres vurderinger av helsefelleskapets funksjon på et generelt grunnlag, der de har fått mulighet til å komme med innspill og forslag til forbedringer.

Svargrunnlaget vurderes som representativt for helsefellesskapene samlet
Spørreundersøkelsen har totalt 150 respondenter. Gitt valgt rekrutteringsstrategi har vi ikke oversikt over hvor mange som mottok undersøkelsen, og kan derfor ikke beregne svarprosent. Vi vurderer likevel svargrunnlaget som godt gitt spredningen i svar fra ulike helsefellesskap, fra både kommune- og helseforetakssiden, samt at vi har en god spredning i ulike roller som har svart.

Figur A **Fordeling av respondenter på helsefellesskap (16 av 19 representert)***



**N=150. Kilde: Spørreundersøkelse til helsefellesskapene, Menon Economics*

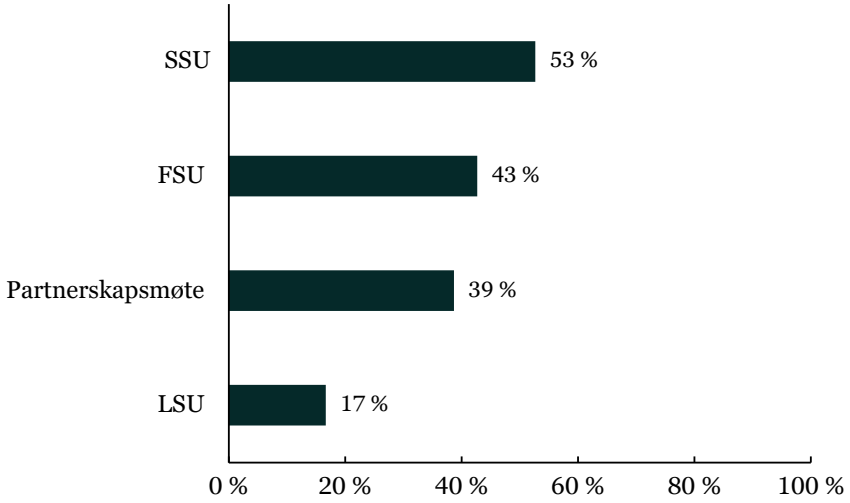
Undersøkelsen inkluderer respondenter fra 16 av 19 helsefellesskap, se figur A. Helsefellesskapene Fonna, Vestfold og Sogn og Fjordane er ikke representert. Selv om de fleste helsefellesskap er representert, er det variasjon i hvor mange respondenter de enkelte helsefellesskapene bidrar med. Dette gir to typer skjevheter. For det første får helsefellesskap med mange respondenter større vekt i datagrunnlaget. For det andre kan helsefellesskap med få respondenter mangle bredde i hvilke aktører som er representert. I tre helsefellesskap er det kun respondenter fra helseforetak, uten representasjon fra kommunesiden.

Skjevhetene ville vært mer problematiske ved analyser av enkeltstående helsefellesskap. Siden formålet her er å belyse erfaringer på tvers, vurderes betydningen som mindre, selv om funnene i noen grad kan være påvirket av helsefellesskap med mange respondenter.

Det er også viktig å være oppmerksom på at antall svar varierer mellom spørsmålene, ettersom respondentene kun vurderer virkemidler de oppgir å benytte. For eksempel oppgir 129 respondenter at de benytter SSU, mens 35 oppgir bruk av styringsdata. Disse 35 respondentene representerer likevel 14 ulike helsefellesskap. På tvers av virkemidler er mellom 14 og 16 helsefellesskap representert.

Respondentenes dekker bredden av aktører og nivåer i helsefellesskapene
Samlet sett vurderer vi at undersøkelsen gir et tilstrekkelig representativt bilde av arbeidet i helsefellesskapene. Av respondentene representerer 80 kommune eller bydel, 48 helseforetak og 22 andre aktører (blant annet fastleger og bruker- og interesseorganisasjoner). Respondentene dekker også ulike nivåer i helsefellesskapene, som partnerskapsmøte, strategisk samarbeidsutvalg og faglig/lokalt samarbeidsutvalg, se figur B.

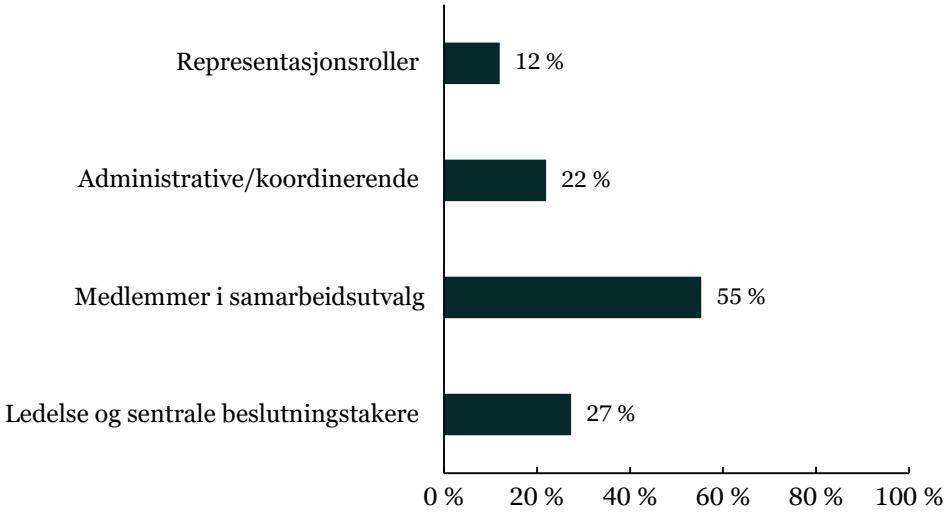
Figur B **Fordeling av respondenter etter nivå i helsefellesskapene***



**N=150. Kilde: Spørreundersøkelse til helsefellesskapene, Menon Economics*

Spørreundersøkelsen viser også et bredt aspekter av roller, herunder ledere og nestledere, faste medlemmer i samarbeidsutvalg, administrative og koordinerende funksjoner samt ulike representasjonsroller som brukerrepresentanter, fastleger og tillitsvalgte. Figur C viser fordelingen av disse rollene.

Figur C **Fordeling av respondenter etter rolle i helsefellesskapene***



**Ledelse og sentrale beslutningstakere består av rollene partner, leder og nestleder. Medlemmer i samarbeidsutvalget består av rollene medlemmer med stemmerett og/eller møte- og talerett. Administrative og koordinerende roller består av rollene funksjoner i sekretariatet. Representasjonsroller omfatter brukerrepresentant, fastlegerepresentant og tillitsvalgtrepresentant. Respondentene kunne velge flere roller. Summen av andelene overstiger derfor 100 prosent (175 svar fra 150 respondenter). N=150. Kilde: Spørreundersøkelse til helsefellesskapene, Menon Economics*

Om intervjuprosessen

For å få enda bedre og dypere innsikt i hvordan virkemidlene faktisk fungerer og hvilke barrierer som står i veien for å oppnå bedre samhandling på tvers av de ulike tjenestenivåene har vi hatt en omfattende intervjurunde med utvalgte helsefellesskap. Basert på ulike kriterier valgte vi å snakke med et bredt utvalgt aktører fra åtte helsefellesskap.[35]

For hvert helsefellesskap sendte vi intervjuforespørsler til leder og nestleder av SSU (en fra kommune- og en fra helseforetakssiden), samhandlingsledere/koordinatorer, brukerrepresentanter, samt representanter fra både kommune- og helseforetakssiden som ikke hadde en direkte rolle eller tilknytning. Til sistnevnte har hensikten vært å få innsikt i hvordan de som står utenfor, men samtidig jobber tett og må forholde seg til helsefellesskapet, opplever at helsefellesskapet fungerer og eventuelt hvilke barrierer som står i veien for bedre måloppnåelse.

Til sammen har vi intervjuet 25 personer fra de åtte helsefellesskapene. Informantene representerer til sammen alle de ulike rollene vi har vært ute etter å få et perspektiv fra. Samtidig har vi ikke dekket alle de ulike rollene for hvert helsefellesskap. Underveis i prosjektet vurderte vi det heller ikke som hensiktsmessig å dekke alle roller innenfor hvert helsefellesskap. For det første hadde det blitt en veldig omfattende innsamling. For andre, opplever vi at vi har svært god metning hva gjelder perspektivet fra de ulike rollene, fordelt mellom kommune- og helseforetakssiden, og at både styrkene og svakhetene ved virkemidler og rammene er like på tvers av helsefellesskapene. Det er i tillegg verdt å si at flere av de vi har intervjuet har sittet og sitter i flere av de ulike nivåene i helsefellesskapet. Tabellen under viser en oversikt over antall informanter og hvilke roller de har hatt.

Tabell A Oversikt over hvem vi har intervjuet i prosjektet

Antall intervjuer gjennomført til sammen	25
Antall informanter fra kommunesiden	15
Antall informanter fra helseforetakssiden	10
Antall informanter med leder/nestlederperspektivet	8
Antall samhandlingsledere/koordinatorer/fra sekretariatet	10
Antall informanter fra brukerperspektivet	2
Antall informanter uten en direkte tilknytning til et helsefellesskap	3
Antall øvrige medlemmer i helsefellesskap	2

[35] De åtte helsefellesskapene ble valgt ut fra en spredning i geografi, størrelse (antall kommuner), antall nivå i samarbeidsstrukturen og antall sykehus. Finnmark, Helgeland, Nordre Trøndelag, Møre og Romsdal, Bergensområdet, Ahus, Oslo og Innlandet var de helsefellesskapene vi pratet med.

Menon Economics

Menon Economics

Sørkedalsveien 10 B, 0369 Oslo

+47 909 90 102

post@menon.no

menon.no