



# Rapport

## Kartlegging av status for helsefelleskapene

Utarbeidet av  
Rambøll  
Management  
Consulting

Oppdragsgiver  
KS

Dato  
April 2024

FoU-nr.: 236010

**RAMBOLL**

Bright ideas.  
Sustainable change.

**KS** FoU

## Rapport

### Kartlegging av status for helsefellesskapene

Oppdragsnavn	Kartlegging av status for helsefellesskapene
Mottaker	KS
Dokumenttype	Rapport
Utført av	Rambøll Management Consulting

Rambøll  
Harbitzalléen 5  
Postboks 427 Skøyen  
0213 Oslo

T +47 22 51 80 00  
<https://no.ramboll.com>

# Innholdsfortegnelse

<b>Sammendrag</b>	<b>2</b>
<b>Summary</b>	<b>6</b>
<b>Om prosjektet</b>	<b>10</b>
Formål	10
Metodisk tilnærming og utvalg	10
<b>Status for helsefellesskapene</b>	<b>11</b>
Hva er helsefellesskap?	11
Overordnet om status	12
Resultater så langt	14
Samarbeid i helsefellesskapene: gode intensjoner, mangfoldige utfordringer	16
Spesielt om region Nord	16
Roller og ansvarsfordeling i helsefellesskapene	17
Kompetanse og ressurser	18
Koordinering mellom kommuner	18
Styringslogikk	18
Prioritering	19
Økonomi	19
Forhold som bidrar til et bedre samarbeid	20
Prioriteringer fremover og behov for støtte	20
<b>Region Nord</b>	<b>22</b>
Helsefellesskap Finnmark	22
Helsefellesskapet Troms og Ofoten	25
Helsefellesskap Lofoten, Vesterålen, Salten	29
Helsefellesskap Helgeland	33
<b>Region Midt-Norge</b>	<b>37</b>
Helsefellesskap i nordre Trøndelag	37
Helsefellesskapet St. Olavs hospital	42
Helsefellesskap Møre og Romsdal	47
<b>Region Vest</b>	<b>51</b>
Sogn og Fjordane helsefellesskap	51
Helsefellesskapet i Helse Fonna	54
Helsefellesskapet i Bergensområdet	59
Helsefellesskapet i Sør-Rogaland	63
<b>Region Sør-Øst</b>	<b>67</b>
Helsefellesskapet Agder	67
Helsefellesskapet i Telemark	72
Helsefellesskapet i Vestfold	76
Helsefellesskapet i Østfold	80
Helsefellesskapet Vest-Viken	84
Helsefellesskap Oslo	88
Helsefellesskapet Ahus og kommune	92
Helsefellesskapet Innlandet	97
<b>Vedlegg</b>	<b>101</b>
Intervjuguide for ledere og nestledere i SSU	101
Intervjuguide for kommunalt sekretariat	102

# Sammendrag

I 2019 signerte regjeringen og KS en avtale om samarbeid om innføring av helsefellesskap mellom helseforetak og kommuner. Målet med avtalen er å skape mer sammenhengende og bærekraftig helse- og omsorgstjenester til pasienter som trenger behandling fra både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Regjeringen og KS er enige om at etablering av helsefellesskapene skal bygge på følgende prinsipper<sup>1</sup>:

- En tydeligere samarbeidsstruktur
- Bedre felles planlegging
- Økt samordning
- Bedre beslutningsprosesser (konsensusbeslutninger)
- Velfungerende sekretariat
- Tydelige prioriteringer av pasientgrupper
- Felles virkelighetsforståelse
- Lokale tilpasninger.

I Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 ble det besluttet å etablere 19 helsefellesskap. I helsefellesskapene skal helseforetak og samarbeidende kommuner som likeverdige partnere sammen med lokale fastlegger, brukere og andre relevante aktører utvikle og planlegge tjenester til pasientgrupper med behov for tjenester på begge nivå. Helsefellesskapene skal prioritere utvikling av tjenester til barn og unge, personer med flere kroniske lidelser, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer samt skrøpelige eldre. Det ble vurdert at behovet for god samhandling er størst for disse gruppene. Etablerte avtaler og samarbeidsstrukturer skal ligge til grunn, men videreutvikles i tråd med beskrivelsene i Nasjonal helse- og sykehusplan.

På oppdrag fra KS har Rambøll Management Consulting gjennomført en utredning av status for helsefellesskapene. Utredningen ble gjort i perioden november 2023 – januar 2024. Det ble gjennomført et omfattende informasjonssøk i åpne kilder og analyse av protokoller fra partnerskapsmøter. Videre ble det gjennomført intervjuer med ledere og nestledere i strategiske samarbeidsutvalg samt representanter for kommunalt sekretariat i helsefellesskapene. Samtlige 19 helsefellesskap har blitt kartlagt for å gi et fullstendig bilde av utvikling og status for helsefellesskapene. Utredningen belyser hvor langt de ulike helsefellesskapene har kommet i etableringen, peker på deres organiseringsformer, og viser hvordan samarbeidet fungerer i praksis, herunder felles og særskilte utfordringsbilder.

## Status for etableringen

Alle 19 helsefellesskap er formelt stiftet, har utnevnt sine strategiske samarbeidsutvalg og har gjennomført minst ett partnerskapsmøtet. De aller fleste helsefellesskapene har fått hovedsamarbeidsstrukturer på plass. Det er imidlertid ulikt hvor langt helsefellesskapene har kommet i samarbeidet utover etableringen og hvor mye de faktisk samarbeider. Utredningen har avdekket at noen av helsefellesskapene har brukt lang tid på å rigge organisasjonen, mens andre har allerede satt i gang prosjekter, noen ganger før alle samarbeidsstrukturene var etablert formelt. Omfanget av tidligere samarbeid mellom partnerne har en betydning for helsefellesskapets fremdrift. Hvor

<sup>1</sup> Avtale mellom regjeringen og KS om innføring av helsefellesskap for å skape en mer sammenhengende helse- og omsorgstjeneste [https://www.regjeringen.no/contentassets/77ad51af47bf4711923fa82a0899daff/191023\\_hellesfellesskap\\_avtale.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/77ad51af47bf4711923fa82a0899daff/191023_hellesfellesskap_avtale.pdf)

mye partnerne samarbeider kommer også an på hvordan de prioriter. Sist, men ikke minst, har kommunenes evne til å organisere seg vært en viktig faktor for fremgangen i mange av helsefellesskapene.

### Organisering av helsefellesskapene

Med unntak av i Trøndelag, har helsefellesskapene tilpasset samarbeidsstrukturene fra tiden før helsefellesskap til modellen for arbeidsdeling bestående av partnerskapsmøtet, strategisk samarbeidsutvalg (SSU) og faglige samarbeidsutvalg (FSU). Flere har lokale samarbeidsutvalg som et ekstra nivå i organisasjonen.

Felles sekretariat har en viktig koordinerende rolle for partnerne og er etablert i samtlige helsefellesskap. Som en del av sekretariatet finnes det i de fleste helsefellesskap et eget kommunalt sekretariat, det vil si én eller flere koordinatore som har ansvar for å samordne kommuner. Det kommunale sekretariatet er viktig for samarbeidet, og koordinatorene fungerer som bindeledd mellom kommunene og resten av helsefellesskapet, kartlegger behov og formidler informasjon. Det påpekes samtidig at koordinatorene ikke har mandat til å uttale seg eller fatte beslutninger på kommunenes vegne som gjør arbeidet mer krevende.

De fleste helsefellesskap har satt i gang felles samarbeidsprosjekter eller jobber med prosjekter igangsatt tidligere og innlemmet i helsefellesskapet når det kom på plass.

### Rollefordeling mellom kommuner og helseforetak

De fleste helsefellesskap har tydelige formelle roller og etablert praksis med å veksle mellom representantene for kommuner og helseforetak i lederroller i strategiske samarbeidsutvalg.

Hvor godt rolle- og ansvarsfordelingen fungerer i praksis varierer en del på tvers av helsefellesskapene. Hos mange fungerer den godt, men hos flere har vi avdekket misnøye med aktørenes bidrag, prioriteringer eller samarbeidspraksis. Helseforetakssiden er typisk misfornøyd med at kommunene bruker lang tid på beslutninger. Kommunene i flere helsefellesskap er misfornøyd med at helseforetakene tar styring over prosesser og beslutninger uten tilstrekkelig involvering av kommunene.

Vi har i tillegg avdekket ubalansen som handler om mandatet til de som stiller i sekretariatet, hvor samhandlingslederen fra helseforetaket med beslutningsmyndighet møter kommunenes representanter som ofte kun har koordinerende rolle. Helseforetakssiden stiller dessuten med flere ressurser og har derfor i større grad kontroll over samarbeidet.

### En tydeligere samarbeidsstruktur og prioriteringer av pasientgrupper

Til tross for den korte tiden som har gått siden opprettelsen av helsefellesskapene har utredningen avdekket noen positive endringer som knyttes til dette nye samarbeidsformatet. For de fleste har opprettelsen av helsefellesskap bidratt til tydeligere samarbeidsstruktur herunder funksjoner og rollefordeling og styrket samarbeidet takket være større fokus på felles utfordringer og behov for samhandling. Et obligatorisk politisk nivå i samhandlingen som helsefellesskapsmodellen forutsetter er nytt og positivt for mange. Gevinstene fra opprettelsen av helsefellesskap er mindre der det fantes omfattende samarbeid fra før av.

Samtlige representanter for helsefellesskapene er enige at tydelige føringer om prioriterte grupper skaper forutsigbarhet og felles fokus, og at det er en positiv effekt fra opprettelsen av helsefellesskapene.

### Samordning og felles planarbeid i praksis

Når det kommer til samordning mellom helseforetak og kommunene, ser mange at avtalen mellom KS og regjeringen om helsefellesskap har bidratt positivt, i det minste gjennom å styrke forpliktelsen til samordning. Flere ser imidlertid lite til tegn på samordning i praksis. Når det kommer til bedre felles planlegging, er det fortsatt en vei å gå for helsefellesskapene. Det meldes fra flere hold at intensjonen om å involvere hverandre i planlegging er tilstede, men dette gjøres fremdeles ikke i tilstrekkelig grad.

### Felles virkelighetsforståelse og konsensusbeslutninger

Også felles virkelighetsforståelse er ennå en utfordring. Samhandlingen gjennom helsefellesskap bidrar med å gi partnerne innsikt i hverandres rammebetingelser, prosesser og problemstillinger. Til tross for at partnerne anerkjenner behovet for å skape en felles forståelse, er det typisk å mene at det er den andre parten som må tilpasse seg.

Det har heller ikke skjedd synlige forbedringer i forhold til felles beslutningsprosesser. Konsensusbeslutninger er krevende for partnerne i helsefellesskap. Flere mener at årsaken til dette er grunnleggende ulikheter knyttet til styringslinjer, økonomi og juss og at disse må løses utenfor helsefellesskapets rammer.

### Utfordringer og behov for støtte

Utredningen har belyst en rekke utfordringer som helsefellesskapene møter på. Blant de største bør det nevnes at kommuner og helseforetak stiller ulikt med tanke på ressurser. Det handler både om mengden ressurser som partnerne kan dedikere til arbeidet og ulik kompetanse ressursene som skal samarbeide har.

God koordinering mellom kommunene er svært viktig for samarbeidet. Helseforetakene ønsker en mer samlet stemme fra kommunene, men det er krevende å få kommunene til å fremstå som én samlet enhet da de er ulike på en rekke viktige parametere.

Typisk for mange helsefellesskap er at helseforetaket opplever at prosessene tar for lang tid. Dette skyldes ofte ulike styringslinjer og prinsippet med lokaldemokrati som gjør at representantene for kommuner og helseforetak har ganske forskjellige mulighetsrom og tidsrom for beslutningstaking og implementering av beslutningene.

Også økonomi gjør samarbeidet mellom kommuner og helseforetak krevende. Helsefellesskap har ingen egne midler og felles prosjekter utløser behov for spleiselag. Kommunene som befinner seg i en krevende økonomisk situasjon er mindre villige til å forplikte seg til prosjekter og nye løsninger. Dette og andre samarbeidsutfordringer har som ytterste konsekvens at partnerne lar være å samarbeide og utarbeider løsninger hver for seg, utenfor helsefellesskapet.

Behov for støtte som helsefellesskapene ytrer er knyttet til utfordringene de opplever. De aller fleste etterspør fellesmidler i tillegg til dagens budsjetter og økonomiske insentiver for helsefellesskapet. Det er behov for både en fast pott til samhandling og prosjektmidler til felles pilotprosjekter.

Videre etterlyses det tydeligere nasjonale føringer og klare retningslinjer om hva helsefellesskapet skal være, for eksempel i form av konkrete mål for samarbeidet, tydeliggjøring av roller i helsefellesskapet og måter god representasjon av deltakere, særlig fastleger, skal sikres. Ikke minst,

Ønsker helsefellesskapene en tilpasning av lovverket herunder regler for personvern og muligheter for deling av data mellom ulike tjenester og forvaltningsnivåer.

De fleste utfordringer som helsefellesskapene møter på ser ut til å være felles for helsefellesskap i ulike deler av landet. Helsefellesskapene i region Nord skiller seg imidlertid fra de i øvrige regionene. Helsefellesskapene i regionen bærer preg av at de er relativt nyetablerte, og at det har tatt tid å få på plass strukturer og avklare formen på samarbeidet. Regionen har store utfordringer knyttet til geografi, demografi og bemanning som vanskeliggjør samordning mellom kommunene og prioritering og forankring av arbeidet i helsefellesskap.

# Summary

In 2019, the Norwegian government and The Norwegian Association of Local and Regional Authorities (KS) signed an agreement on cooperation on the introduction of healthcare communities between hospitals and their surrounding municipalities. The aim of the agreement is to create more coherent and sustainable healthcare for patients who need treatment from both the primary and the specialist services.

The government and KS agreed that the establishment of the healthcare communities must be based on the following principles<sup>2</sup>:

- A clear cooperation structures
- Better joint planning
- Increased coordination
- Better decision-making processes (consensus decisions)
- Well-functioning secretariate
- Clear priorities for patient groups
- Shared vision of reality
- Local adaptations.

In the National Health and Hospital Plan 2020-2023, it was decided to establish 19 healthcare communities. In the healthcare communities, hospitals and cooperating municipalities should, as equal partners, together with users, local general practitioners and other involved parties develop and plan services for patient groups in need of services at both levels. The healthcare communities are instructed to prioritize the development of services for children and young people, people with multiple chronic conditions, people with serious mental disorders and substance abuse related problems as well as the frail elderly. It was considered that the need for good coordination of health services is greatest for these groups. Established agreements and cooperation structures must be the basis for the new cooperation but will be further developed in line with the descriptions in the National Health and Hospital Plan.

Rambøll Management Consulting has carried out an assessment of the status of the healthcare communities, commissioned by KS. The study was carried out in the period November 2023 to January 2024. An extensive information search in open sources was carried out as well as document analysis of minutes from partnership meetings. Furthermore, interviews were conducted with leaders and deputy leaders of strategic collaboration committees as well as representatives of municipal secretariats in the healthcare communities. All 19 healthcare communities have been mapped to provide a complete picture of the development and status of the healthcare communities. The study sheds light on how far the various healthcare communities have come in their establishment process, points to their organization forms and shows how the collaboration works in practice, including common and specific challenges.

<sup>2</sup> Avtale mellom regjeringen og KS om innføring av helsefelleskap for å skape en mer sammenhengende helse- og omsorgstjeneste [https://www.regjeringen.no/contentassets/77ad51af47bf4711923fa82a0899daff/191023\\_hellesfelleskap\\_avtale.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/77ad51af47bf4711923fa82a0899daff/191023_hellesfelleskap_avtale.pdf)



### Status of the establishment processes

All 19 healthcare communities have been formally founded, they have appointed their strategic cooperation committees and have held at least one partnership meeting. The majority of healthcare communities have established main collaboration structures. However, it varies how far the various healthcare communities have come in their cooperation beyond establishment and how much the partners cooperate. The investigation has revealed that some of the healthcare communities have spent a long time setting up the organization while others have already started working on joint projects, sometimes before all the collaboration structures were formally established. The extent of previous collaboration between the partners has an impact on the healthcare community's progress. How much the partners cooperate also depends on how they prioritize. Last, but not least, the municipalities' ability to organize themselves has been an important factor for progress in many of the healthcare communities.

### Organization of the healthcare communities

With the exception of the ones in Trøndelag, the healthcare communities have adapted the collaboration structures from the time before healthcare communities to the model for division of work consisting of the partnership meeting, strategic collaboration committee (SSU) and professional collaboration committee (FSU). Several of the healthcare communities have local cooperation committees as an additional level in the organisation.

The joint secretariat has an important coordinating role for the partners and is established in all healthcare communities. As part of the secretariat, most healthcare communities have a separate municipal secretariat, meaning one or more coordinators who work with municipalities. The municipal secretariat is important for the collaboration, and the coordinators function as a link between the municipalities and the rest of the healthcare community, mapping needs and sharing information. It is however, pointed out that the coordinators do not have a mandate to represent or make decisions on behalf of the municipalities, which makes the collaboration more demanding.

Most healthcare communities have initiated joint projects or are working on projects initiated earlier and incorporated these projects into the health community once in place.

### Distribution of roles between municipalities and hospitals

Most healthcare associations have defined formal roles and an established practice of alternating between the representatives of municipalities and hospitals in leadership roles in strategic collaboration committees.

How well the distribution of roles and responsibilities works in practice varies somewhat across the healthcare communities. For many of the healthcare communities this works well, but for others we have uncovered dissatisfaction with the partners' contributions, priorities or collaborative practices. The hospital side is typically dissatisfied with the time it takes municipalities to make decisions (too long). The municipalities in several healthcare communities are dissatisfied with the hospital taking control of processes and decisions without sufficient involvement of the municipalities.

We have also uncovered the imbalance which concerns the mandate of those participating in the secretariat, where the hospitals' chief collaboration officer with decision-making authority meets the representatives of the municipalities who often only have a coordinating role. In addition, the hospitals usually provide more human resources and therefore has a greater degree of control over the collaboration.

### A clearer collaboration structure and priorities of patient groups

Despite the short time that has passed since the establishment of the healthcare communities, the study has revealed some positive changes linked to this new collaborative format. Most places, the introduction of healthcare communities has contributed to a clearer collaborative structure, including functions and role distribution, and strengthened collaboration thanks to a greater focus on common challenges and the need for interaction. A mandatory political level in the interaction that the health community model assumes, is new and positive for many. The gains from healthcare communities are smaller where the extensive cooperation between hospitals and municipalities existed prior to their establishment.

All representatives of the healthcare communities agree that clear guidelines on prioritized groups create predictability and shared focus, and that there is a positive effect from the creation of the healthcare communities.

### Coordination and joint planning work in practice

When it comes to coordination between hospitals and the municipalities, many see that the agreement between the KS and the government has made a positive contribution, at least by strengthening the commitment to coordination. However, many see little sign of improved coordination in practice. When it comes to better joint planning, there is still a way to go for the healthcare communities. It is reported that the intention to involve each other in planning is present, but this is still not being done to a sufficient extent.

### Shared vision of reality and consensus decisions

Shared vision of reality is also still a challenge. The interaction through healthcare communities contributes to giving the partners insight into each other's framework conditions, processes, and issues. Even though the partners recognize the need to create an understanding, it is typical to think that it is the other party that must adapt.

There have also been no visible improvements in relation to joint decision-making processes. Consensus decisions are demanding for the partners in healthcare communities. Many believe that the reason for this is fundamental differences related to the way they are governed, financing and law and that these must be resolved outside the framework of the health community.

### Challenges and need for support

The study shed light on a number of challenges that face the healthcare communities. Among the largest healthcare communities, the difference in terms of resources representing the partners should be mentioned. It can both be the number of resources that the partners can dedicate and the different fields of expertise of the resources that collaborate.

Good coordination between the municipalities is very important for the cooperation. The hospitals are in demand of a united voice from the municipalities, but it is often challenging to unite the municipalities as they differ on several crucial parameters.

It is typical for many healthcare communities that the hospitals feel the processes take too long. This is often due to different governance structures and the principle of local democracy, which means that the representatives of municipalities and hospitals have quite different mandates and the time periods for decision-making and implementation of the decisions differ.

Finances also challenge the cooperation between municipalities and hospitals. Healthcare communities have no funds of their own and joint projects trigger the need for joint ventures. The municipalities that find themselves in a demanding economic situation are less willing to commit to projects and new solutions.

The ultimate consequence of this and other cooperation challenges is that the partners avoid cooperating and work out solutions separately, outside the healthcare community.

The need for support expressed by the healthcare communities is linked to the challenges they experience. The vast majority request joint funds in addition to current budgets and financial incentives for the healthcare community. There is a need for both a fixed pot for collaboration and project funds for joint pilot projects.

Furthermore, there is a call for clearer national guidelines on what the health communities should be, for example in the form of concrete goals for the collaboration, clarification of roles in the health community and ways to ensure good representation of participants, especially general practitioners. Not least, the healthcare communities need an adaptation of the legislation, including rules for data privacy and possibilities for sharing data between services and levels of administration.

Most of the challenges appear to be common to healthcare communities in different parts of the country. However, the ones in the Northern Norway differ from those in the other regions. The healthcare communities in Northern Norway are relatively new, and it has taken some time to put structures in place and clarify the form of cooperation. The region faces major challenges related to geography, demography and staffing, which make coordination between the municipalities as well as prioritizing and anchoring of the work in healthcare communities difficult.



# Om prosjektet

## Formål

Utredningen hadde som formål å kartlegge status for etableringen av helsefelleskapene, særlig med hensyn til roller og felles planarbeid mellom kommuner og helseforetak. Utredningen er ment å gi et representativt bilde av utviklingen og status for helsefelleskapene i hele landet.

Mer konkret skulle prosjektet belyse følgende problemstillinger:

- Hvor langt de ulike helsefelleskapene har kommet i etableringen?
- Hvordan de ulike helsefelleskapene er organisert?
- Hvordan felles planarbeid fungerer i praksis?
- I hvilken grad helsefelleskapene bidrar til en tydeligere samarbeidsstruktur, bedre felles planlegging, økt samordning og bedre beslutningsprosesser?
- Viktige forskjeller og ulike utfordringsbilder for helsefelleskapene skal identifiseres.

## Metodisk tilnærming og utvalg

Utredningen pågikk i perioden november 2023 – januar 2024. Kartleggingen ble gjennomført gjennom tre faser.

I den **første fasen** har vi gjort et grundig informasjonssøk om status og arbeidet i de ulike helsefelleskapene samt analyse av relevante dokumenter, herunder protokoller fra partnerskapsmøter.

I  **neste fase** har vi planlagt og gjennomført intervjuer med representanter fra alle 19 helsefelleskapene. Vi hadde som mål å intervjuere ledere og nestledere i strategiske samarbeidsutvalg (SSU) samt representanter for kommunalt sekretariat i hvert helsefelleskap. Dette var tilfellet for de aller fleste helsefelleskapene, men i enkelte var nestlederfunksjonen fraværende og vi måtte med innspill fra andre informanter fra samme helsefelleskap finne en erstatting. I et av helsefelleskapene har vi latt være å intervjuere nestlederen da informasjonsbehovet ble dekket gjennom intervjuer med de to andre rollene. I et av helsefelleskapene lyktes vi ikke å komme i kontakt med SSU lederen som representerte helseforetaket. Vi gjennomførte derfor intervju med samhandlingslederen fra dette helseforetaket isteden. Vi har til sammen gjennomført 54 intervjuer.

Innsamlede kvalitative data ble i **siste fase** av prosjektet analysert ved hjelp av tematisk analyse, og funnene dokumentert i en rapport. Alle informantene som ble intervjuet har fått mulighet til å gi tilbakemelding på teksten som omhandler deres helsefelleskap.

# Status for helsefellesskapene

## Hva er helsefellesskap?

I Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 ble det besluttet å etablere 19 helsefellesskap. I helsefellesskap skal helseforetak og samarbeidende kommuner som likeverdige partnere sammen med brukere og fastleger utvikle og planlegge tjenester til sårbare pasientgrupper med behov for tjenester på begge nivå. Helsefellesskapene skal prioritere utvikling av tjenester til barn og unge, personer med flere kroniske lidelser, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer samt skrøpelige eldre. Det ble vurdert at behovet for god samhandling er størst for disse gruppene.

Helsefellesskapene skal bidra til mer samarbeid rundt planlegging og utvikling av tjenestene, inkludert kompetansedeling, arbeidet med å skape det «utadvendte sykehus» og «pasientens helsetjeneste». Her ligger det iboende forventninger til og mål om tettere integrerte tjenester på tvers av nivåer, og smidigere koordinering og arbeidsdeling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten.



Figur 1 Modell for helsefellesskap

Helsefellesskapene skal bygge på eksisterende samarbeidsstrukturer og bidra til at det vies større oppmerksomhet til felles ansvar og planlegging av pasientens helsetjeneste.

Konkret forventes det at helsefellesskapene oppfyller føringene i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 og avtalen mellom Regjeringen og KS. Dette gjøres ved å sørge for en tydelig samarbeidsstruktur, felles planlegging, økt samordning, bedre beslutningsprosesser, tydelige prioriteringer og felles virkelighetsforståelse samt lokale tilpasninger.

I 2023 er samtlige av de 19 planlagte helsefellesskapene etablert.

## Overordnet om status

Alle helsefellesskap bygger på **tidligere samarbeid** og samarbeidsstrukturer som var etablert fra før, de fleste etter samhandlingsreformen 2012. De fleste helsefellesskapene har tilpasset samarbeidsstrukturene til helsefellesskapsmodellen, mens helsefellesskapene i Trøndelag har valgt å beholde de eksisterende strukturene. I mange regioner er det politiske nivået i samarbeidet noe nytt som etablering av helsefellesskap har ført med seg.

I regioner der kommuner har dannet et helsesamarbeid (noen ganger kalt «helseledernetverk» el.), er disse koblet på arbeidet i helsefellesskap, blant annet ved at personer med ansvar i helsenettverkene (som oftest ledere og koordinatore) også har roller i helsefellesskapene. Helsenettverkene brukes som bakland for kommunene for drøfting av sakene, forberedelser til møter i helsefellesskap og lignende.

**Partnerskapsmøtet** er det høyeste samarbeidsnivået i de fleste helsefellesskapene og er en møtearena for politisk og administrativ toppledelse. **Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)** er det nest høyeste nivået der administrativ og faglig ledelse møtes for å utvikle strategier og planer, håndtere prinsipielle saker som gjelder organisering og innretning av arbeidet og samarbeidet. Hos helsefellesskapene i Trøndelag, som valgte å beholde sine gamle samarbeidsstrukturer, erstattes SSU med to utvalg: politisk samarbeidsutvalg og administrativt samarbeidsutvalg. Partnerskapsmøtene erstattes med møter mellom politisk samarbeidsutvalg og administrativt samarbeidsutvalg.

**Faglige samarbeidsutvalg (FSU)** er det tredje nivået i samarbeidet hvor konkrete samarbeidsprosjekter utvikles og gjennomføres. Dette nivået har ulik struktur i de ulike helsefellesskapene. Faglige samarbeidsutvalg har mange navn, blant annet FSU, fagråd, samhandlingsråd og lokale faglige samarbeidsorganer. Det er store forskjeller på tvers av helsefellesskapene med hensyn til antall faglige utvalg, alt fra ett til tolv stykker i samme helsefellesskap. De fleste fagutvalgene er inndelt tematisk, eksempelvis akuttmedisin, psykisk helse og rus og så videre, og noen etter profesjon, for eksempel fastlegerådet.



**Figur 2 Status for helsefellesskap**

I noen av helsefellesskapene finnes det et fjerde samarbeidsnivå, nemlig **lokale samarbeidsutvalg (LSU)**. LSU håndterer lokale saker og praktiske utfordringer i samsvar med prinsippet om at alt som kan løses lokalt skal løses lokalt. Inndelingen samsvarer som regel med sykehusstrukturen i regionen. Der dette nivået finnes, er det videreført fra det tidligere samarbeidet fordi helsefellesskapene opplevde det som en styrke å ha lokale utvalg. Der lokalt samarbeidsnivå ikke finnes i dag, er det ofte savnet.

Alle helsefellesskap har opprettet et felles **sekretariat** som har en koordinerende rolle for partnerne. Sekretariatet forbereder og følger opp saker fra SSU, og jobber med planlegging og oppfølging av beslutninger. Felles sekretariat for helsefellesskapet består av representanter fra helseforetaket (som regel representert ved samhandlingsavdeling) og kommuner. Noen helsefellesskap (Oslo, Vestfold og Telemark) har valgt en løsning der alle koordinatorene i sekretariatet representerer begge partnerne, både helseforetaket og kommunene. Dette begrunnes i hensikten med helsefellesskap som en arena for felles ansvar for løse utfordringer med fokus på pasientenes beste, og der forvaltningsnivået skal ha sekundær betydning.

I alle helsefellesskapene finnes det imidlertid koordinatorene som har ansvar for å samordne innspill og beslutninger fra kommuner som samarbeider i helsefellesskapet – **kommunalt sekretariat**. I flere helsefellesskap er det bare én person som arbeider for kommunene i sekretariatet. Som regel har

denne koordinatoren i hovedsak arbeidsoppgaver knyttet til arbeid med helsefellesskapet, men det finnes unntak. Det kommunale sekretariatet er viktig for samarbeidet i helsefellesskapet, og koordinatorene fungerer som bindeledd mellom kommunene og resten av helsefellesskapet, kartlegger behov og formidler informasjon. Det påpekes samtidig at koordinatorene ikke har mandat til å representere kommunene, det vil si å uttale seg eller fatte beslutninger på kommunenes vegne.

Det er bred enighet blant helsefellesskapene om at et kommunalt sekretariat er viktig for kommunenes evne til å fungere i et helsefellesskap. Enkelte påpeker at den kommunale sekretæren i deres helsefellesskap har vært en viktig ressurs for kommunesiden, og at de til og med har tatt noe av belastningen på andre kommunale representanter i SSU. Rollen oppleves som positiv, både for kommunene og for helseforetaket.

Alle helsefellesskap som per høsten 2023 hadde en kommunal sekretariatfunksjon, har søkt tilskudd fra Helsedirektoratet for å lønne sekretariatet. Søknadsprosessen oppleves som enkel av samtlige helsefellesskap, men i ett tilfelle oppsto det usikkerhet rundt søknadsfristen. Tilskuddet er imidlertid ikke nok til å lønne en fulltidsstilling. I helsefellesskapene hvor koordinatoren jobber fulltid eller det finnes flere koordinatører for kommunene, lønnes vedkommende gjennom et spleiselag fra kommunene i tillegg til tilskuddet fra Helsedirektoratet.

De fleste helsefellesskap har satt i gang felles samarbeidsprosjekter. I tillegg til prosjektene som startet i helsefellesskapet, er det mange samarbeidsprosjekter som ble initiert før eller utenfor helsefellesskapet. Disse ble i ettertid innlemmet eller forankret i helsefellesskapet. De fleste helsefellesskapene i region Nord samt helsefellesskapet i Telemark har foreløpig kun prosjekter som ble initiert før etableringen av helsefellesskapet. Enkelte helsefellesskap har dessuten felles prosjekter som ligger utenfor helsefellesskapet og vil forbli der. Dette gjelder prosjekter som eksisterte fra før. At de ligger utenfor helsefellesskapet handler ofte om frykt for å ødelegge noe som allerede fungerer eller skyldes mangel på konsensus.

Som Figur 1 viser, har de aller fleste helsefellesskapene fått samarbeidsstrukturene på plass. Det er imidlertid ulikt hvor langt de ulike helsefellesskapene har kommet i samarbeidet og hvor mye de faktisk samarbeider. Etablering og utvikling av helsefellesskap bør ikke ses på som en lineær prosess med obligatoriske steg. Utredningen har avdekket at noen av helsefellesskapene har brukt lang tid på å rigge organisasjonen, mens enkelte har satt i gang prosjekter før alle samarbeidsstrukturene var formelt etablert. Hvor mye samarbeid partnerne hadde fra før har, ikke overraskende, en betydning for helsefellesskapets status. Der etableringen har tatt lengre tid skyldes det gjerne på kommunenes evne til å organisere seg. Hvor mye partnerne samarbeider kommer også an på hvordan de prioriterer samarbeidet og ikke minst deres innstilling til helsefellesskapet.

## Resultater så langt

Ifølge avtalen mellom regjeringen og KS om innføring av helsefellesskap<sup>3</sup>, skal helsefellesskapene blant annet bygge på følgende prinsipper:

- En tydeligere samarbeidsstruktur
- Bedre felles planlegging
- Økt samordning
- Bedre beslutningsprosesser (konsensusbeslutninger)

<sup>3</sup> Avtale mellom regjeringen og KS om innføring av helsefellesskap for å skape en mer sammenhengende helse- og omsorgstjeneste: [https://www.regjeringen.no/contentassets/77ad51af47bf4711923fa82a0899daff/191023\\_hellesfellesskap\\_avtale.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/77ad51af47bf4711923fa82a0899daff/191023_hellesfellesskap_avtale.pdf)



- Velfungerende sekretariat
- Tydelige prioriteringer av pasientgrupper
- Felles virkelighetsforståelse
- Lokale tilpasninger.

Informantene fra de fleste helsefellesskapene opplever at opprettelsen av helsefellesskap har bidratt til tydeligere samarbeidsstruktur og styrket samarbeid gjennom å bygge relasjoner mellom forvaltningsnivåer og mellom kommuner. Selv om mye av dagens struktur fantes fra før, har helsefellesskapet tydeliggjort funksjoner og rollefordeling for mange. I tillegg er et obligatorisk politisk nivå i samhandlingen nytt og positivt for mange. Tydeliggjøring av samarbeidsstrukturene har bidratt til økt samhandling, selv om gevinsten fremstår noe mindre for helsefellesskap som hadde omfattende samarbeid fra før av.

Det finnes imidlertid unntak. I ett av helsefellesskapene er representanten for helseforetaket usikker på om opprettelsen av helsefellesskapet har ført til noen konkrete resultater. Vedkommende mener at samarbeidet er så å si helt likt som før og samarbeidsstrukturene og samarbeidspraksis videreført uten endringer.

I et annet helsefellesskap ønsker helseforetaket å involvere politisk ledelse i samarbeidet mellom helseforetaket og kommunene i større grad enn det som helsefellesskapsmodellen legger opp til. Tanken er at en mindre arena med færre deltakere enn på partnerskapsmøtet vil være gunstig for å fremme fruktbare diskusjoner. Helseforetaket har derfor foreslått å etablere en arena utenfor helsefellesskapet, der politisk ledelse i kommunene kan møtes for å diskutere utvikling av helsefellesskapet og mer spissede problemstillinger i et roligere tempo. Arbeidet er i gang, og alle vertskommunene i helsefellesskapet er invitert med, men helseforetaket opplever at kommuneadministrasjonene er skeptiske.

Også når det gjelder samordning mellom helseforetak og kommunene, ser mange at avtalen mellom KS og regjeringen om helsefellesskap har bidratt positivt, i det minste gjennom å styrke forpliktelsen til samordning. Helsefellesskapet legger til rette for informasjonsutveksling og koordinering, og mange opplever at det har blitt forbedret de siste årene. Det finnes imidlertid fremdeles mange eksempler på dårlige prosesser, for eksempel når det gjelder informasjonsflyt. Enkelte trekker frem at bedre samordning mellom kommunene bidrar til å balansere maktforholdet i samarbeidet og bidrar til tydeligere kommunikasjon. Noen, men langt fra alle representanter for helseforetak, mener at det har blitt enklere for dem å forholde seg til kommunene som i større grad enn før fremstår som én enhet.

Samtlige representanter for helsefellesskapene er enige at tydelige føringer om prioriterte grupper skaper forutsigbarhet og felles fokus, og at det er en positiv effekt fra opprettelsen av helsefellesskapene.

Når det kommer til bedre felles planlegging og bedre beslutningsprosesser er det fremdeles en vei å gå for helsefellesskapene. Det meldes fra flere hold at partnerne ønsker å involvere hverandre i planer på ulike nivå, men dette gjøres fortsatt ikke i tilstrekkelig grad. Også konsensusbeslutninger er utfordrende og flere mener at de store utfordringene som handler om styringslinjer, økonomi eller juss ikke kan løses i helsefellesskap.

Felles virkelighetsforståelse er ennå problematisk. Selv om flere mener at helsefellesskap bidrar med å gi partnerne innsikt i hverandres rammebetingelser og utfordringer, og selv om partnerne gjerne anerkjenner behovet for å skape en forståelse for hverandre virkeligheter, er de typisk mer forståelsesfulle ovenfor egne rammebetingelser og mener behov for endring ligger hos den andre parten. For eksempel anerkjenner kommunene at deres behov for forankring gjør at beslutningsprosesser blir mer tidkrevende enn helseforetakene ønsker, men viser samtidig til at det

må være slik. Helseforetakene etterspør stadig fortgang i prosessene, selv om de forstår hvordan norske kommuner fungerer.

Ved flere anledninger har vi registrert at representantene for kommunesiden i større grad ser positive endringer som helsefellesskapet har bidratt til, enn det representantene for helseforetaket gjør. Dette henger ofte sammen med generell innstilling til helsefellesskap som samarbeidsarena hos partnerne.

Samtlige helsefellesskap melder om at pasientene neppe merker en forskjell etter opprettelsen av helsefellesskapene når det gjelder den praktiske samhandlingen mellom kommuner og sykehus i den kliniske hverdagen.

Når vi diskuterer status og resultatene for helsefellesskapene, er det viktig å ha i mente at kartleggingen ble gjennomført relativt kort tid etter at avtalen mellom regjeringen og KS om innføring av helsefellesskap ble inngått. Det har gått cirka tre år siden avtalen og den formelle etableringen av de første helsefellesskapene. Det nyeste helsefellesskapet ble intervjuet i forbindelse med kartleggingen kun seks måneder etter opprettelsen.

### Samarbeid i helsefellesskapene: gode intensjoner, mangfoldige utfordringer

Helsefellesskapene har varierende erfaringer med helsefellesskap som samarbeidsplattform og med hensyn til hvor store utfordringer de opplever i samarbeidet. Partnerne er likevel i hovedsak positive til helsefellesskap som samarbeidsarena. Flere opplever at det bidrar til å styrke relasjoner og samarbeid både mellom kommuner og helseforetak og på tvers av kommuner.

Selv om partnerne i hovedsak er positive til helsefellesskap, peker de på en rekke faktorer som bidrar til utfordringer i samarbeidet. Helseforetakets og kommunenes ulike rammebetingelser i form av ulike styringsmodeller, oppgaver og finansieringssystem, gjør samarbeidet krevende. Helsefellesskapet og kommunene har ulike finansielle insentiver og ulike oppgaver med hensyn til hvilke tjenester de skal levere. Det gir utslag i litt ulike fokus og behov hos kommunene og helseforetaket. Fordi kommuner er styrt politisk er det mer krevende å forankre og forplikte seg til saker enn det er for helseforetaket. I tillegg bidrar antallet kommuner og deres ulike forutsetninger, utfordringsbilder og prioriteringer til å gjøre det ytterligere utfordrende og tidkrevende å komme frem til konsensusbeslutninger. Disse faktorene har innvirkning på hvilken nytte det forventes at helsefellesskapene som samarbeidsarena kan føre til.

### Spesielt om region Nord

Helsefellesskapene i region Nord skiller seg noe fra helsefellesskapene i de øvrige regionene. Helsefellesskapene i regionen bærer preg av at de er relativt nyetablerte, og at det har tatt tid å få på plass strukturer og avklare formen på samarbeidet. God forankring blant kommunene fremstår som en suksessfaktor for å få det til.

Regionen består av små kommuner og preges av store avstander hvilket gjør forankringsarbeidet særlig krevende. Det kan fremstå som at det tidvis er konflikter mellom kommunene med hensyn til hvilke funksjoner som skal ligge til de ulike kommunene.

Regionen har i tillegg særlige utfordringer knyttet til demografi og bemanning. Kombinasjonen av sentralisering og spesifikke preferanser hos arbeidstaker, gjør det krevende å bemanne helsevesenet i nord. En aldrende befolkning, krevende økonomi og tider med høye kostnader gjør utfordringene enda tydeligere. Et eksempel på dette er prosessen rundt Helse-Nord sin utredning om funksjons- og oppgavedeling i regionen. I tillegg er samisk helse ikke overraskende i større grad

et tema i regionen, både i relasjon til utforming av helsetilbudet og representasjon inn i helsefellesskapene.

### Roller og ansvarsfordeling i helsefellesskapene

Det varierer hvor godt rolle- og ansvarsfordelingen fungerer i ulike helsefellesskap. Fra mange helsefellesskap meldes det om at rolle- og ansvarsfordelingen fungerer godt, mens i andre har vi avdekket misnøye blant partnerne om hverandres bidrag, prioriteringer eller samarbeidspraksis. Sistnevnte handler i hovedsak om at helseforetakssiden er misfornøyd med at kommunene bruker lang tid på beslutninger.

I flere helseforetak finnes det en praksis for at helseforetaket tar styring uten at kommunene nødvendigvis er enige i at det er til det beste for fellesskapet. I noen tilfeller mener helseforetaket at kommunene er tilstrekkelig involvert i styringen, mens kommunene opplever sin involvering som ikke tilfredsstillende.

Konsekvenser av manglende involvering av kommunene er negative både for fellesskapet og enkelte kommuner. I ett av helsefellesskapene informerer representanter fra kommunesiden om at de opplever at arbeidet med strategi og handlingsplan var styrt av helseforetaket, noe som er uheldig fordi det gir dårlig forankring hos kommunene. Dette vil nødvendigvis ha negativ innvirkning på muligheter til å iverksette strategien. Særlig de små kommunene, som har smalere handlingsrom, er utsatt når andre fatter beslutningene som har konsekvenser for dem, særlig økonomiske, på deres vegne.

Ubalansen og utfordringer knyttet til samarbeidet kommer i noen tilfeller tydelig frem i samarbeidsprosessene i felles sekretariat. Ubalansen som vi avdekket handler om mandatet til de som stiller i sekretariatet, hvor samhandlingslederen fra helseforetaket møter kommunenes representanter som regel kun har koordinerende roller. Utfordringene er også knyttet til det at helseforetakssiden stiller med flere ressurser og større grad har kontroll over det praktiske rundt samarbeidet (f.eks. oppdatering av helsefellesskapets nettsider). At helseforetak stiller med flere ressurser i samarbeidet, flere personer inn i møtene og har bedre mulighet til å forberede saker, fører til en skjevhet i påvirkningsmuligheter og makt, men også i arbeidsdeling.

Det meldes også om uenighet rundt rollen sekretariatet skal ha i helsefellesskap. Eksempel fra ett av helsefellesskapene viser til en praksis der helsefellesskapet i tiden etter oppstart i stor grad var styrt av sekretariatet. Senere ble det gjort tiltak for å rette opp i dette. I et annet helsefellesskapssekretariat finnes det ulike tilnærminger til det som skal være resultatet av arbeidet i sekretariatet. Mens noen mener at arbeidsutvalget kun skal utforme saksgrunnlag til drøfting i SSU, er dagens praksis at sakene drøftes ofte i sekretariatet for å så sendes til SSU med forslag til vedtak.

En annen utfordring med roller i helsefellesskapet er knyttet til opplevelsen av at fastlegerepresentantenes rolle i helsefellesskapet er utydelig. Mange nevner at obligatorisk involvering av fastlegerepresentanter på alle nivåer av samarbeidet er et viktig og positivt resultat av etablering av helsefellesskapene. Flere påpeker samtidig at fastlegene som deltar i arbeidet ikke har mandat til å representere alle fastleger i sin region, og at det heller ikke finnes arenaer til å formidle budskapet fra helsefellesskapet til andre fastleger. De løsningene som finnes i dag, blant annet representasjon gjennom legeföreningen, kommuneoverleger eller lokale fastlegenettverk, oppleves ofte som utilstrekkelige og ekskluderende.

### Kompetanse og ressurser

Som tidligere nevnt, stiller partnerne i helsefellesskapene ofte ulikt med tanke på ressurser. Det handler om mengden ressurser som partnerne kan dedikere til arbeidet i helsefellesskapene, men også om kompetansen resursene har.

Førstnevnte handler om kapasitet og kan illustreres med at helseforetakene har egne samhandlingsavdelinger, mens ingen slik funksjon finnes i kommunene. For kommunerepresentantene kommer oppgavene knyttet til samhandling i helsefellesskapet på toppen av andre oppgaver som, f.eks. rollen som kommunalsjef. I enkelte helsefellesskap har det vært et tema hvorvidt man kunne erstatte ledere som representerer kommunen i SSU med en samhandlingssjef. Spørsmålet som gjerne oppstår da er hvor en slik stilling skulle vært plassert.

En annen type ubalanse oppstår gjerne når kommunedirektører med lederbakgrunn uten helsefaglig kunnskap møter ledere fra helseforetak med spesialistkompetanse. Det er ikke nødvendigvis slik at én av disse kompetansetyperne uten videre kan anses til å være mer relevant. Men disse forskjellene skaper allikevel utfordringer med tanke på fokuset partnere har og hvor godt de forstår hverandres perspektiver når de, noen ganger bokstavelig talt, «snakker forskjellig språk». Utredningen viser at kommunene i mange tilfeller er mer opptatt av strategiske spørsmål og har mindre fokus på helsefaglige problemstillinger. Helseforetaket har fokus på diagnoser, mens kommuner er opptatt av funksjon. Det fører til ulike perspektiver på hva som er rett løsning i de konkrete samarbeidsprosjektene, f.eks. i forbindelse med planlegging av pasientforløp, utskrivning og liknende.

Kommunene har ansvar for mange tjenesteområder i tillegg til helse, mens helseforetakets primære oppgave er å yte helsetjenester. Enkelte representanter på kommunesiden opplever det som en utfordring at det er politisk toppledelse som skal møtes i partnerskapsmøtet. Bekymringen er knyttet til opplevelsen av at øverste ledere i kommunene noen ganger sitter for langt unna helsefeltet. Det har derfor blitt diskutert om heller leder på helsefeltet i kommunene skal delta i partnerskapsmøtene.

### Koordinering mellom kommuner

I et helsefellesskap møter mange kommuner ett helseforetak. God koordinering mellom kommunene blir da en svært viktig, men kan også være en svært krevende oppgave. Kommunene er ulike når det gjelder demografiske utfordringer, økonomiske ressurser og antall stabsfunksjoner. Sistnevnte har ofte en betydning for hvor «langt nede i grøten» kommunerepresentantene som deltar i helsefellesskapet er.

Forskjellene mellom kommunene fører ofte til ulike forutsetninger for deltakelse, evne og vilje til å forplikte seg til både samarbeidet og endringer som foreslås samt ulike prioriteringer.

Helseforetaket er på mange måter en mye mer samlet enhet, og de ønsker gjerne en mer samlet stemme fra kommunene. Et eksempel fra ett av helsefellesskapene viser til utfordringen helsefellesskapet har opplevd i forbindelse med utvikling av faglige samarbeidsutvalg. Mens helseforetaket ønsker en fast struktur for utvalgene, er kommunenes syn at utvalgene skal være prosjektbaserte og opprettes med utgangspunkt i aktuelle problemstillinger. Enkelte representanter for helseforetakene påpeker at kommunenes ulike organisering er en utfordring for samarbeidet. Ulike organiseringer gjør det vanskelig for helseforetaket å vite hvordan og hvem de skal samarbeide med i de ulike kommunene.

### Styringslogikk

I så godt som alle intervjuer som ble gjennomført, ble forskjellige styringslogikker til partnerne i helsefellesskapene tatt opp som en utfordring for samarbeidet. I samtlige helsefellesskap preges

samarbeidet av at selvstyrte kommuner møter spesialisthelsetjenesten. Sistnevnte styres gjennom en direkte linje fra helse- og omsorgsdepartementet gjennom regionale helseforetak til helseforetak (og til slutt sykehus). Som konsekvens har representantene som møter opp i helsefellesskapets ulike fora, ganske forskjellige mulighetsrom og tidsrom for både beslutningstaking og implementering av beslutningene.

Typisk for mange helsefellesskap er at helseforetaket opplever at prosessene tar for lang tid og går for sakte. Det knyttes til kommunenes selvstyre som gjør at de bruker lang tid på å utrede og enes om behov, og fatte og forankre beslutninger.

For eksempel har representanten for ett av helseforetakene uttrykt bekymring for at helsefellesskapet bidrar til økt byråkratisering av samarbeidet. Vedkommende opplever at samhandlingen har blitt tregere etter etablering av helsefellesskapet. Tiden som brukes på spørsmål som omhandler organisering oppleves som for stor, og beslutningsprosessene som treige. Det vises eksempelvis til at det har tatt to år å opprette faglig samarbeidsutvalg for barn og unge. Som følge av dette er helseforetaket bekymret for å inkludere eksisterende prosjekter og samarbeid i helsefellesskapet av frykt for å ødelegge noe som fungerer.

Som svar på det ovennevnte fra kommunesiden, kan vi vise til meningen uttrykt av en av kommunerepresentantene i et annet helsefellesskap. Kommunerepresentanten påpekte at samarbeidet i helsefellesskapet krever en del fra helseforetaket. Til tross for at helseforetaket ønsket seg helsefellesskapet, var de ikke forberedt på hvordan de skal jobbe sammen med kommunene.

De færreste har foreslått konkrete løsninger på problemet med ulik styringslogikk. I ett av helsefellesskapene mener representanten fra helseforetaket at sterkere styringslinje og tilhørende krav til kommunene skal til for at helsefellesskapet skal fungere godt. Noen andre representanter for helseforetak mener at man ikke skal rokke ved lokaldemokratiet og flere er skeptiske med hensyn til en mulig løsning med ett helsevesen uten inndeling i forvaltningsnivåer. Løsningen, ifølge disse representantenes mening, ligger snarere i bedre kjennskap, forståelse og tilpasning til hverandres logikker. Enkelte andre mener at ulike styringslogikker alltid vil skape utfordringer for samarbeidet mellom kommunene og helseforetakene, uansett hvor rutinerte de blir i sitt samarbeid.

### Prioritering

Blant løsningene på samarbeidsutfordringer som kommuner og spesielt helseforetak ofte tyr til, er å ikke samarbeide. Informasjonen vi samlet inn gjennom kartleggingen tyder på at i helsefellesskap med mange utfordringer og sjelden enighet mellom partnerne, opplever kommunene at samarbeidet blir nedprioritert fra helseforetakets side. Lav prioritering hos helseforetakene som kommunene uttrykker sin misnøye med, viser seg både som manglende dedikasjon til samarbeidet (f.eks. avlysning av avtalte møter) og i form av å stille med representanter på feil nivå (uten riktig mandat). Det forhindrer konstruktivt og effektivt samarbeid. I noen få tilfeller har også helseforetakssiden klaget på at kommunene nedprioriterer samarbeidet og stiller med representanter på feil nivå.

Fra flere hold i kommunene meldes det om at det fortsatt er en vei å gå på at helseforetaket ikke bare gjør som de selv hadde planlagt, og at de tar helsefellesskapet inn i egen organisasjon og i planlegging og utvikling av tjenester som angår kommunene.

### Økonomi

De ulike finansieringsordninger som partnerne er underlagt, skaper ulike insentiver og kan i noen tilfeller være til hinder for løsninger som sikrer god pasientbehandling. Alle aktører fungerer under

stramme budsjettregimer og er nødt til å gjøre prioriteringer. Fra kommunenes side vises det ofte til at når oppgavene overføres fra helseforetaket til kommunene, får ikke kommunene samme finansiering som helseforetaket har hatt. En av representantene for helseforetakssiden påpeker at helseforetaket ikke ønsker beslutninger som rammer eget budsjett selv om det er til fordel for kommunene.

Behov for spleiselag til felles prosjekter på grunn av fravær av egne midler i helsefellesskapet, gjør samarbeidet mer krevende. Kommunene har som regel en mer krevende økonomisk situasjon enn helseforetakene. Kartleggingen viser en tendens til at helseforetakene oftere er villige til å forplikte seg til prosjekter og løsninger enn kommunene, særlig når det involverer økonomi. I noen tilfeller ønsker kommunene mindre omfattende løsninger og prosjekter enn helseforetak. En representant fra ett av helsefellesskapene meldte om at noen av de foreslåtte prosjektene har stoppet opp som følge av mangel på finansiering.

I budsjettarbeid er det også utfordrende å skulle beslutte kostnader som gjelder alle involverte i helsefellesskapet fordi partnerne har ganske ulike ressurstilgang, også med tanke på ulikheter blant kommuner.

### Forhold som bidrar til et bedre samarbeid

Utredningen har avdekket at partnerne i alle helsefellesskapene ser ut til å være bevisst på målet om at helseforetak og kommuner skal være likeverdige partnere. Og i de fleste helsefellesskap etterstreber partnerne en jevn rollefordeling mellom helseforetaket og kommunene. For eksempel anses rulling av lederskap mellom kommuner og helseforetaket som en fordel for likestillingen av partnerne.

Betydningen av forventningsavklaring, rolleavklaring og av å skape en felles virkelighetsforståelse - det vil si forståelse for hverandres rammebetingelser og arbeidshverdager - vektlegges av flere som en forutsetning for godt samarbeid. I forbindelse med dette ble det nevnt at ressurser som har erfaring fra begge forvaltningsnivåer plassert i sentrale stillinger i helsefellesskapet, bidrar positivt med tanke på felles virkelighetsforståelse.

Sist, men ikke minst, opplever vi at en positiv personlig innstilling til samarbeidet og helsefellesskapet som fenomen hos de som deltar, kan se ut til å spille en rolle. Vi har lagt merke til at enkelte helsefellesskap preges av mer uenigheter enn andre selv om omstendighetene i stor grad er de samme for flere.

### Prioriteringer fremover og behov for støtte

For de helsefellesskapene som ikke har fullført etableringen, er det å få på plass og forankre strukturen samt å inngå nye eller revidere eksisterende samarbeidsavtaler blant de høyest prioriterte oppgavene. Flere av helsefellesskapene skal også starte eller fortsette påbegynt arbeid med strategi og handlingsplaner.

Flere helsefellesskap satser på formidlingsarbeid blant kommunene om hensikten og mulighetene som helsefellesskapet gir. Dette er et viktig steg i etablering og forankring av helsefellesskapene og skal bidra til at helsefellesskapet får en autoritet og påvirkning utover å være en møteplass. I denne sammenhengen nevnes det som ønskelig at både KS og statsforvalter bidrar til å skape bedre forståelse for helsefellesskap i kommunene, for å sikre at alle er med. Dette kan eksempelvis gjøres ved hjelp av en ressurs som koordinerer regionale nettverk.

Tilknyttet formidling bør det også nevnes at noen helsefellesskap mener at sentrale myndigheter bør igangsette en informasjonskampanje rettet mot befolkningens forventninger til helsetjenestene og hva som er mulig å innfri. Videre etterspørres det utvikling av helsekompetanse i befolkningen som et tiltak for å avlaste helsevesenet.

Forbedring og videreutvikling av samarbeidet og større grad av samordning, er på agendaen hos samtlige helsefelleskap. De fleste mener det er viktig å sørge for at helsefelleskapet snakker med én stemme og planlegger som en samlet enhet. Kommunene som deltar i arbeidet i de ulike helsefelleskapene ser behov for å jobbe med å styrke sin evne til å koordinere seg og snakke med en felles stemme innad i sitt helsefelleskap.

Samarbeidet rundt felles utfordringer i den kliniske hverdagen ligger høyt på prioriteringslisten hos mange helsefelleskap. Blant slike utfordringer nevnes det kompetanse og bemanning som krever felles planlegging rundt rekruttering, eksempelvis gjennom en felles lønnsstrategi. Videre nevnes behov for samarbeid på teknologifeltet og rundt felles digitale løsninger. Flere ønsker bistand til det sistnevnte på nasjonalt nivå.

Flere er også opptatt av overføring av oppgaver fra helseforetak til kommunene, og tilsvarende kunnskapsoverføring og opplæring, og planlegger å fokusere på dette i samarbeidet de nærmeste årene.

I tillegg er det flere som omtaler mangel på gode styringsdata og informasjon som en stor ulempe for planlegging og utprøving av løsninger. Helsefelleskapene ser behov for at dette området prioriteres fremover ikke minst på nasjonalt nivå, og etterspør nyere og mer detaljerte data fra sentrale myndigheter.

Prosjekter rettet mot prioriterte pasientgrupper og temaer som akuttmedisin, psykisk helsevern og rus, beredskap, gode pasientforløp/sammenhengende tjenester, utskrivningsklare pasienter og brukermedvirkning, nevnes av mange som viktige temaer fremover. I mange intervjuer ble det i tillegg nevnt at de i helsefelleskapet venter på kommende Nasjonal helse- og samhandlingsplan og viktige føringer for fremtidig arbeid derifra.

Når det gjelder de største utfordringer som ikke kan løses innen helsefelleskapets rammer, ble følgende nevnt av representanter fra mange helsefelleskap:

Behov for fellesmidler i tillegg til dagens budsjetter og økonomiske insentiver for helsefelleskapet ble nevnt av de aller fleste. Det etterspørres i det minste en fast pott til samhandling og gjerne også prosjektmidler til fellespilotprosjekter som helsefelleskap kan søke om. Kommunesiden etterspør også en større pott til kommunal samhandling (f.eks. flere representanter i felles sekretariat) som motvekt til helseforetakets egne samhandlingsenheter.

Utover de økonomiske forventningene etterlyses det også tydeligere nasjonale føringer og klare retningslinjer om hva helsefelleskapet skal være. Noen etterspør konkrete mål for samarbeidet som kan hjelpe med å forstå hvorvidt aktivitetene som helsefelleskapene setter i gang har en effekt. Også tydeligere føringer angående fastlegenes rolle i helsefelleskapet og hvordan de skal representeres, er aktuelt.

Sist, men ikke minst, ønsker helsefelleskapene en tilpasning av lovverket. Det gjelder blant annet det som angår personvern slik at det i større grad gjenspeiler samfunnsutviklingen og endringene i helsevesenet, åpne for bedre muligheter for deling av data mellom ulike tjenester og forvaltningsnivåer, og tillater utprøving av prosjekter.



# Region Nord

## Helsefellesskap Finnmark

**Om helsefellesskapet:** Etablert i februar 2022 og er en samarbeidsarena mellom Finnmarkssykehuset HF, og følgende kommuner: Alta, Berlevåg, Båtsfjord, Gamvik, Hammerfest, Hasvik, Karasjok, Kautokeino, Lebesby, Loppa, Måsøy, Nesseby, Nordkapp, Porsanger, Sør-Varanger, Tana, Vadsø og Vardø. Samarbeidet bygger på samhandling gjennom et partssammensatt overordnet rådgivende samarbeidsorgan. Kommunene og helseforetaket har samarbeidsavtaler fra før helsefellesskapet ble opprettet. Avtalene skal gjennomgås etter nye nasjonale føringer så snart sekretariatet er på plass, og det er laget en plan for gjennomgangen.

**Partnerskapsmøter:** Helsefellesskapet har avholdt to partnerskapsmøter. Det første møtet ble avholdt 24. februar 2022, og det andre 18. april 2024.

**Strategisk samarbeidsutvalg:** SSU er et partssammensatt utvalg mellom kommuner og Finnmarkssykehuset som beslutter saker av overordnet, prinsipiell karakter og saker med større økonomiske og administrative konsekvenser. I tillegg skal SSU følge opp de føringer som er gitt av partnerskapsmøte.

**Faglig samarbeidsutvalg:** Helsefellesskapet har fastleggesamarbeid og lokale faglige samarbeidsorganer i Vest-Finnmark og Øst-Finnmark.

**Sekretariatfunksjon for kommunene:** Kommunene etablerte 01.03.24 stilling som kommunal samhandlingsleder. Sør-Varanger er vertskommune for stillingen.

### Rollefordeling i helsefellesskapet

Helsefellesskapet er ungt og det arbeides fortsatt med å få strukturen på plass. Det har vært noen oppstartsproblemer, særlig på kommunal side. Alle kommuner i regionen har sagt ja til helsefellesskapet, men det arbeides fortsatt med å klargjøre hva dette innebærer for kommunene. Det er mål om at helseforetaket og kommunene skal være likeverdige partnere i helsefellesskapet. I fellesmøter og i diskusjon om arbeidet med handlingsplaner er det god deltagelse fra helseforetak og kommunene, og partnerne møtes som likeverdige. Samtidig har rollefordelingen i arbeidet vært noe skjevt fordelt, og det har vært en opplevelse av mangel på reell samhandling i helsefellesskapet.

Helseforetaket har historisk ivaretatt sekretariatfunksjonen og tok på intervjuetidspunktet mest initiativ. For kommunene har det tatt tid å oppnevne representanter i samarbeidsprosesser, mye grunnet at kommunene tidligere ikke hadde sekretariatsfunksjon. Blant annet tar det tid å få på plass kommunerepresentanter i underutvalg. Til tross for at helseforetaket historisk har hatt mer tyngde inn i helsefellesskapet, er opplevelsen at dette hovedsakelig handlet om mangel på



samhandling og koordinering mellom kommunene, og ikke utfordringer mellom kommunene og helseforetaket. Kommunene opplever at helseforetaket er interessert i et godt samarbeid. Kommunene etablerte 01.03.24 stilling som kommunalsamhandlingsleder. Denne innehar sekretariatfunksjonen for kommunene, og arbeider med å få helsefellesskapet på kartet til alle kommunene i Finnmark.

Det har vært en utfordring å sikre representasjon fra alle kommunene. Helsefellesskapet skal forsøke å utnevne kontaktpersoner i kommunene som kommunesekretariatet kan ha kontakt med, men dette har vært en utfordring uten interkommunal samhandlingsjef. Det er også en opplevelse av at man ikke har diskutert hvordan man skal sikre representasjon fra alle kommunene. Helsefellesskapet i Finnmark forsøker imidlertid å se til andre helsefellesskap for hvordan de involverer kommunene, for eksempel fra Ofoten.

I SSU er fem kommuner representert, og utvalget er bestemt av interkommunalt politisk råd i regionen. Hvem som er representert rulleres på. Det er usikkerhet rundt hvordan kommunene blir valgt ut av interkommunalt politisk råd, men det er en antagelse om at dette er basert på blant annet kommunistørrelse, geografisk plassering og samisk representasjon. Representantene fra kommunene er valgt inn som kommunekontakter, og skal jobbe til det beste for fellesskapet. I tillegg til representanter fra helseforetak og kommunene deltar også fastlege- og brukerrepresentanter på helsefellesskapets samarbeidsarenaer.

### Erfaringer med samarbeid i helsefellesskap

Helsefellesskapet har arbeidet med å spikre de siste funksjonene i strukturen, spesielt å få på plass en interkommunalsamhandlingsleder og å sikre representasjon fra kommunene. Dermed er det begrenset med aktiviteter helsefellesskapet har gjennomført utover etablering. Imidlertid har regionen hatt en samhandlingsstruktur tidligere. Det er mye som fungerer fra tidligere struktur som de har bygget videre på. Flere av aktivitetene tilknyttet den tidligere strukturen har blitt videreført og videreutviklet i helsefellesskapet. Dette gjelder blant annet Lokalt Faglig Samarbeidsorgan i både Vest-Finnmark og Øst-Finnmark (LFSO).

Det er vanskelig å peke ut endringer i samarbeidet etter etableringen av helsefellesskapet, gitt at det har vært en samarbeidsstruktur tidligere og helsefellesskapet kun har eksistert i kort tid. Det påpekes at samordningen og samhandlingen er tilnærmet lik som før helsefellesskapet ble opprettet. Samtidig løftes det frem at samarbeidsstrukturen nå har mer overordnet forankring og blir tydeligere fordi alle kommuner er med, i motsetning til før hvor kun noen kommuner var deltagende. Det er også i større grad enn tidligere et felles fokus på de fire prioriterte pasientgruppene hos alle. I tillegg gir SSU kommunene større innblikk i hva helsefellesskapet arbeider med. Dette gjelder da imidlertid bare for de fem representerte kommunene.

Det er utarbeidet en felles handlingsplan for helsefellesskapet. Denne skulle vært rullet ut til alle, men det er usikkerhet rundt om det er gjort. Ettersom kommunene inntil nylig ikke har hatt en samhandlingsleder, er det ingen som har fulgt opp dette. Det er også et mål om at partnerne skal involvere hverandre i planer på ulike nivå, men dette gjøres fortsatt ikke i tilstrekkelig grad.

Med hensyn til felles beslutningsprosesser, er det en opplevelse av helsefellesskapsstrukturen i noen grad har bidratt til endring i positiv retning. Felles dialog bidrar til å løse uenigheter, spesielt ved å fokusere på pasienten, og det fattes beslutninger i SSU. Imidlertid er det noen utfordringer med å lykkes med felles beslutningsprosesser, og det gjenstår fortsatt et arbeid for å få dette på plass.

Det er også noen utfordringer knyttet til at helseforetaket og kommunene har ulikt utfordringsbilde, representasjon, prioriteringer og finansiering. Samtidig prøver helsefellesskapet å flytte fokuset vekk fra dette.

I tillegg opplever flere kommuner utfordringer i forhold til mangel på helse- og omsorgssjef, skifte i politisk styre og registrering av sak sendt via postmottak. Helsefellesskapet opplever også at det mangler kommunikasjon om etablering av helsefellesskap mellom de to kommunikasjonslinjene fra regjeringnivået eller andre (Helsedirektoratet kommuniserer med KS og Statsforvalter, og Helse og omsorgsdepartementet kommuniserer med de regionale helseforetakene).

### Prioriteringer fremover

Fremover skal helsefellesskapet i Finnmark arbeide med å få på plass og forankre strukturen. De har nylig fått på plass en interkommunal samhandlingsleder i sekretariatet og skal fremover arbeide med å sikre representasjon fra kommunene. Dette fordrer også at kommunene møtes jevnlig og at det skapes en forståelse for helsefellesskapet og de ulike kommunenes utfordringsbilde, både på tvers av kommunene og i helseforetaket. Det er nødvendig kartlegge hvem som skal delta fra de enkelte kommunene, og hvem som skal ha myndighet til å ta avgjørelser.

Det er også en diskusjon om å få på plass økonomiske insentiver med en fast pott til gode samhandlingsprosjekter, som man kan søke på for å prøve ut nye ting. Eventuelt vil det være én pott til utvikling og testing, og én til samhandling. Helsefellesskapet vil disponere de økonomiske midlene i fellesskap. Det er nødvendig at midlene kommer i tillegg til dagens budsjetter.

### Behov for støtte

Det er ønske om at KS og statsforvalter bidrar til å skape bedre forståelse for helsefellesskap i kommunene, for å sikre at alle er med. Dette kan for eksempel gjøres gjennom fellesmøter med statsforvalter og KS til stede, hvor man skaper et engasjement for å være med på å jobbe i gruppene. Det er viktig at partnerne opplever at de finner løsninger, stiller likt og har lik arbeidsmengde når helsefellesskapet først møtes.

Imidlertid er det stor tro på at mange utfordringer vil løse seg nå som en samhandlingsleder for kommunene kommer på plass, for eksempel relatert til arbeidet med representasjon, forankring og å sikre én felles kommunestemme. Dette har derfor vært den viktigste prioriteringen for Helsefellesskapet til nå.

## Helsefellesskapet Troms og Ofoten

**Om helsefellesskapet:** UNN HF og alle 24 kommunene i helseforetakets primære opptaksområde har sluttet seg til helsefellesskapet. Kommunene omfatter Balsfjord, Bardu, Dyrøy, Evenes, Gratangen, Harstad, Ibestad, Karlsøy, Kvæfjord, Kvæningen, Kåfjord, Lavangen, Lyngen, Lødingen, Målselv, Narvik, Nordreisa, Salangen, Senja, Skjervøy, Storfjord, Sørreisa, Tjeldsund og Tromsø. Helsefellesskapet ble opprettet 22.april i 2021, og partnerne har inngått en samarbeidsavtale og utarbeidet et felles politisk styringsdokument kalt Ishavserklæringen.

**Partnerskapsmøter:** Har avholdt årlige partnerskapsmøter siden april 2021.

**Strategisk samarbeidsutvalg:** Helsefellesskapet har opprettet ett strategisk samarbeidsutvalg (SSU). Utvalget har et overordnet ansvar for at den politiske retningen i Ishavserklæringen følges opp. SSU skal sørge for at faglige samarbeidsutvalg (FSU) får tilført nødvendige ressurser og rammer for å kunne jobbe med tjenesteutvikling utfra mandatet de har fått fra SSU, og behandle viktige saker som løftes opp fra FSU. SSU er i stor grad fortsettelse av det tidligere samarbeidsorganet Overordnet samarbeidsorgan (OSO) etablert tilbake i 2008. SSU møtes minimum åtte ganger per år og fungerer som et styre for helsefellesskapet.

**Faglig samarbeidsutvalg:** Helsefellesskapet har seks ulike FSU. Utvalgene er delt inn i områdene akuttmedisin, rekruttering og stabilisering, fastlegerådet, barn og unge og psykisk helse og rus. Det pågår arbeid med å etablere et FSU for samarbeid om helseberedskap. Utvalgene får sine oppdrag og mandat fra SSU.

**Sekretariatsfunksjon for kommunene:** Helsefellesskapets sekretariat består av ressurspersoner fra både UNN og kommunesiden. Sekretariatsfunksjonen fra UNN har eksistert siden juni 2021, mens den interkommunale sekretariatsfunksjonen ble etablert i 2022 med Tromsø som vertskommune. Det er søkt om tilskudd fra Helsedirektoratet til den interkommunale sekretariatsfunksjonen.

### Særtrekk ved organisering

Helseforetaket og kommunesiden har hver sine formøter med sine respektive representanter i forkant av SSU-møtene. Kommunesiden representeres av kommunedirektører og kommunalsjefer fra de ulike regionområdene (Nord-Troms, Sør-Troms, Midt-Troms og Tromsø) og to fastlegerepresentanter. Interkommunal samhandlingsleder har i tillegg tett kontakt med alle 24 kommunalsjefer (eller tilsvarende) i Troms og Ofoten, gjennom et eget helseledernetverk.

Helseledernetverket er delt i tre grupper med utgangspunkt i de ulike regionsområdene. De ulike gruppene har hver sine møter imellom SSU-møtene. I disse møtene løftes nye saker frem, det gjennomgås referater fra SSU og hvilke nye vedtak som skal følges opp, samt gjennomgang av sakene til neste SSU-møte. Helseledernetverket er essensielt for å få til godt samarbeid på tvers av kommunene. Gjennom korte og effektive digitale møter bygges relasjoner, og det utveksles erfaringer og overbringes informasjon både innad og på tvers av gruppene. De kommunale helselederne kan på den måten samles om saker som ønskes brakt inn til helsefellesskapets ulike utvalg.

### Felles sekretariat og kommunal sekretariatfunksjon

Sekretariatet består av ressurspersoner fra både helseforetaket (UNN) og kommunesiden. UNN HF stiller med samhandlingssjef/avdelingsleder i Pasientorientert tjenesteutvikling, samt seksjonsleder og rådgivere fra Samhandling og helsetjenesteutvikling. Kommunene representeres av interkommunal samhandlingsleder. Sekretariatet har blant annet ansvar for planlegging, saksforberedelser, møtegjennomføring, og oppfølging av alle utvalg i helsefellesskapet.

Tromsø er vertskommune for det interkommunale sekretariatet. Plasseringen og finansiering av rollen ble besluttet etter to diskusjonsrunder i kommunestyrene. Rollen er delvis statlig finansiert og delvis et spleiselag mellom kommunene. Den interkommunale samhandlingslederen representerer de ulike kommunene i møteplasser og nettverk, der den viktigste jobben er å innhente og samhandle innspill fra kommunene, og få det på dagsorden i helsefellesskapet. Medvirkningen sikres gjennom helseledernetverket, som er delt i tre grupper som møtes mellom SSU-møtene. En av erfaringene fra OSO var behovet for en koordinator, et kontaktpunkt som kunne sikre at det var innslag fra alle kommunene. Det har helsefellesskapet nå fått gjennom den interkommunale sekretariatsfunksjonen.

Søknadsprosessen om tilskudd fra Helsedirektoratet oppleves som grei nok. Prosessen var interessant, da den forutsatte at søkeren måtte tenke gjennom og sette ord på helsefellesskapet og sin rolle. Altså hadde det en læringseffekt. Imidlertid har det vært litt forvirring rundt søknadsfristen til ordningen, hvorvidt den er i år eller neste år.

### Rollefordeling i helsefellesskapet

Lederrollene i SSU er delt mellom helseforetaket og kommunesiden, med årlig rullering på leder- og nestlederstillingen. Per dags dato er lederen av helsefellesskapet fra kommunesiden, mens nestlederen er fra UNN. Lederen ble valgt på partnerskapsmøte etter innspill fra kommunene.

SSU består av administrativ og faglig ledelse i kommunene og helseforetaket, sammen med representanter for fastlegene og brukerne. Av disse har 16 medlemmer stemmerett og åtte medlemmer møte- og talerett. UNN HF har seks representanter og kommunene har seks representanter. Helseforetakets representanter oppnevnes av direktøren. Kommunesiden bygger på en representasjonsmodell der representantene representerer 1-6 kommuner hver. Disse representantene oppnevnes av de interkommunale politiske rådene i Troms og Ofoten. Tromsøområdet interkommunale politiske råd oppnevner to representanter hvorav en skal være fra Tromsø kommune, Hålogalandsrådet oppnevner to representanter, mens Nord-Tromsrådet og Midt-Tromsrådet oppnevner en representant hver.

Vedrørende representantene i FSU, så oppnevnes disse regionvis etter enighet mellom de kommunale SSU-representantene. Prosessen er ikke formell og likner til dels på headhunting, der man ser på hvem som passer inn i de ulike utvalgene, samtidig som man sikrer geografisk spredning.

I tillegg til helseforetaket og kommunene er brukere og fastleger representert på alle nivå i helsefellesskapet. Legeforeningen oppnevner fastlegerepresentantene til partnerskapsmøtet og SSU. Fastlegerepresentantene bistår med å rekruttere fastleger til FSU, men har samtidig bedt om at anbefalingene i veileder utarbeidet av Legeforeningen og KS følges. Det betyr at lokale samarbeidsutvalg (LSU) mellom fastleger og kommuneledelse skal foreslå representanter, og kommunene skal oppnevne. Utover disse rollene har man også brukerrepresentanter, deriblant ungdomsrepresentanter, i SSU med stemmerett. Brukerrepresentanter oppnevnes av

Brukerutvalget i UNN og Ungdomsrådet i UNN på vegne av brukerorganisasjonene. Rolleforståelsene til representantene i SSU og FSU oppleves som god hos begge partnere. Mens det virker mer bestemt hvem som uttaler seg vegne av helseforetaket, så snakker kommunene mer fritt. Antageligvis henger dette sammen med ulike styringslinjer som begrenser hvor fristilt partnernes representanter i realiteten er.

### Erfaringer med samarbeid i helsefellesskap

Helsefellesskapet utarbeidet en handlingsplan for 2023. Denne er inndelt i tre innsatsområder i tråd med hovedsatsningene i Ishavserklæringen. Hovedsatsningene er: helsetjenester til personer med sammensatte behov, forebygging og mestring, og personell og kompetanse. Andre aktiviteter i helsefellesskapet er stormottakersatsningen hvor UNN og kommunesiden ser på samarbeid rundt pasienter med omfattende og komplekse behov, og hvordan pasientsentrerte helsetjenesteteam kan bidra i pasientforløp til disse pasientene. Helsefellesskapet arrangerer også fagdager og miniworkshops.

Helsefellesskapet har arbeidet med å sikre konsensus mellom spesialist- og primærhelsetjenesten og bygget et godt samarbeidsgrunnlag. Informantene forteller om et helsefellesskap som stort sett har et godt samarbeid, som fungerer i tråd med etablerte avtaler om hvordan ting skal løses. Helsefellesskapet oppleves som en naturlig fortsettelse av deres tidligere samarbeidsorgan, OSO, hvilket gjør at man bygger videre på veletablerte strukturer og relasjoner. Jevnlig interaksjon og samarbeid over lengere tid gjør helsefellesskapet samkjørt, der deltakerne kommer nærmere hverandre og fokuserer på de samme tingene. Interaksjon skaper felles forståelse av at man er til for pasientene, ikke dem selv. Dette bidrar til at pasienten er i sentrum, hvor det er viktig å sikre at arbeidet i helsefellesskapet når helt ut til pasienten. Pasientrettet arbeid er noe man stadig sikter til, hvor det er en fare for at koblingen mellom beslutningsorganer og utøvende tjeneste blir usynlig. Det fremstår som viktig å løfte fram den daglige samhandlingen.

Selve etableringen av helsefellesskapet representerer ikke noe revolusjonerende nytt, da de hadde OSO fra før. Likevel har etableringen gjort samhandlingen mer tydelig, og hatt en bevisstgjørende effekt på de involverte. Etableringen av partnerskapsmøtet har gitt en ny arena som styrker bindingene til de på øverste politiske hold, hvilket er positivt for helsefellesskapet. Partnerne har blitt mer samordnede gjennom prosessen rundt Ishavserklæringen, da den bidro til å peke ut noen hovedretninger, skape felles forståelse og virker forebyggende. Helsefellesskapet opplever også styrket planleggingsevne, hvor FSUene utarbeider planer for å lykkes med satsningene, som deretter løftes opp i SSU. Samlet sett har helsefellesskapet bidratt til gode samarbeidsrutiner gjennom tydeligere strukturer.

Samtidig har helsefellesskapet ulike utfordringer knyttet både til prioritering av møter og spesifikke saker. Helsefellesskapet opplever noe frafall fra møter, da det er krevende å få alle deltakerne til å prioritere møtene. Imidlertid hersker det enighet om at møtene absolutt er viktige og lærerike for alle aktørene. Over på de spesifikke sakene, kan ulike virkelighetsforståelser og målsetninger hos partnerne skape utfordrende diskusjoner. Informantene trekker særlig fram prosessen rundt utskrivningsklare pasienter som en utfordrende sak. I den saken preges diskusjonene av uenighet rundt definisjonen av utskrivningsklare pasienter, hvilket berører både hvordan pasienter skal behandles og hvordan saken kan løses. Mer spesifikt omhandler dette avklaring av hvor skillelinjen går mellom spesialisthelse- og primærhelsetjenesten. En informant understreker at man trenger en felles forståelse av hva som er spesialisthelsetjenester og hva som primærhelsetjenester. Samtidig er helsefellesskapet innstilt på at disse diskusjonene ikke nødvendigvis er en konflikt, men heller nødvendige diskusjoner for at de skal komme fram til en enighet. Konsensusen modnes i fellesskap.

### Prioriteringer fremover

Helsefellesskapet har nylig utarbeidet ny partnerskapsklæring som er en videreutvikling av den eksisterende partnerskapsklæringen - Ishavserklæringen. Navnet Ishavserklæringen beholdes, mens satsningsområdene er fornyet. Samtidig står helsefellesskapet og resten av helsesektoren generelt ovenfor betydelige utfordringer. Disse omfatter rekruttering og stabilisering av helsevesenet, der helseforetaket og kommunene ender opp med å konkurrere om de samme arbeidstakerne. Det er arbeidstakers marked. Kombinasjonen av sentralisering og spesifikke preferanser hos arbeidstaker, gjør det krevende å bemanne helsevesenet i nord. Krevende økonomi og tider med høye kostnader gjør utfordringene enda tydeligere. Et eksempel på dette er prosessen rundt Helse-Nord sin utredning om funksjons- og oppgavedeling i regionen. Det er viktig å avklare behov, og balansere disse mellom UNN og kommunene. UNN må videre mestre balansegangen mellom å både være lokalsykehus og regionsykehus.

Utover flere økonomiske midler, understreker informantene at helsefellesskapet vil fungere enda bedre dersom man fortsetter å ha god kontakt, opprettholde faglige arenaer, samt også møtes i mer uformelle omgivelser. Deltakelse og engasjement avhenger også at man evner å ta opp dagsaktuelle og interessante saker som fører til gode diskusjoner.

### Behov for støtte

Samtidig som at økonomi og flere midler er en betydningsfull faktor, trekker informantene frem viktigheten av å involvere partnere på tvers av arenaer. I tillegg er det behov for å se og skape forståelse av at helsefellesskapet er et relevant forum for å imøtekomme utfordringene som eksisterer.

## Helsefellesskap Lofoten, Vesterålen, Salten

**Om helsefellesskapet:** Opprettet i 2021 mellom Nordlandssykehuset HF og kommunene Moskenes, Værøy, Vestvågøy, Flakstad, Røst, Vågan, Meløy, Saltdal, Steigen, Bodø, Gildeskål, Hamarøy, Beiarn, Fauske, Sørfold, Øksnes, Hadsel, Sortland, Andøy og Bø. Samarbeidet er formalisert i samarbeidsavtale. Før opprettelsen av Helsefellesskapet samarbeidet kommunene i Nordlandssykehusets opptaksområde med helseforetaket i Overordnet samarbeidsorgan (OSO).

**Partnerskapsmøter:** Helsefellesskapet har årlige partnerskapsmøter. Det første ble gjennomført i 2021 i forbindelse med etablering av Helsefellesskapet. Partnerskapsmøtene kombineres med dialogmøter.

**Strategisk samarbeidsutvalg:** Helsefellesskapet har opprettet ett strategisk samarbeidsutvalg som har som hovedoppgave å koordinere arbeidet i helsefellesskapet.

**Faglig samarbeidsutvalg:** Det er per april 2024 opprettet ett faglige samarbeidsutvalg, FSU akuttmedisin og beredskap.

**Sekretariatfunksjon for kommunene:** Det er til sammen 1,6 stillingsressurser i det kommunale sekretariatet. Vertskommunen for den kommunale sekretariatsfunksjonen er Vestvågøy. Samhandlingsrådgiverne for Vesterålen og Salten er ansatt i hhv. Bø og Bodø kommuner. Sammen med samhandlingsavdelingen i Nordlandssykehuset utgjør de felles sekretariat for helsefellesskapet. Det kommunale sekretariatet søker årlig om tilskudd fra Helsedirektoratet.

### Særtrekk ved organisering

Kommunene har regionale kompetansekontor (RKK) i hver region. Disse er interkommunale organer. De er ikke en formell del av helsefellesskapet, men fremheves som viktige. Her deltar aktører som driver med kompetanseutvikling i kommunal sektor, man får lokale innspill og drifter helse- og ledernetverk. I samarbeid med RKK i hver region, er en i prosess med å invitere lokale ledere i sykehuset inn på samhandlingsarenaer.

Helsefellesskapet har så langt vært tilbakeholden med opprettelse av FSU. Samtidig jobbes det nå med opprettelsen av andre utvalg innen rekruttering, teknologi og akuttmedisin, samt andre områder som er under diskusjon. Å fra start holde seg til den ordinære strukturen har vært et diskutert og bevisst valg av helsefellesskapet. I diskusjonen rundt å opprette nye faglige samarbeidsutvalg vil det legges vekt på at utvalgene skal kunne jobbe konkret og praksisnært i sine prosjekter. Tidligere har det vært samarbeid gjennom overordnet samarbeidsorgan der spesialisthelsetjenesten og kommuner som sogner til det aktuelle helseforetaket samarbeidet.

### Felles sekretariat og kommunal sekretariatsfunksjon

Det er etablert et felles sekretariat for helsefellesskapet som består av tre representanter fra kommunene og tre representanter for helseforetaket. De tre kommunale representantene utgjør kommunal sekretariatsfunksjon, og representerer de tre regionene Lofoten, Salten og Vesterålen. Vertskommune for den kommunale sekretariatsfunksjonen er Vestvågøy. Samhandlingsrådgiverne

for Vesterålen og Salten er ansatt i hhv. Bø og Bodø kommuner. Disse rollene utgjør samlet 1,6 stillinger, der det er Vestvågøy kommune som søker om tilskudd til sekretariatsfunksjonen fra Helsedirektoratet. Det kommunale sekretariatet ble opprettet 01.08.22, og var representert ved alle tre regionene innen november 2022.

Søknadsprosessen oppleves grei, men det har tidligere vært uklart om man søkte støtte for innværende eller kommende år.

Oppgaven til det felles sekretariatet er å forberede saker inn til de formelle foraene i helsefellesskapet. Spesielt i forbindelse med saksforberedelser til SSU-møter, men også til dialog- og partnerskapsmøtet er det mye forberedelser. Utover dette er en viktig oppgave for den kommunale sekretariatsfunksjonen å koordinere kommunene overfor helseforetaket. På denne måten sikres kommunene innflytelse fra regionene inn i samhandlingen i helsefellesskapet.

### Rollefordeling i helsefellesskapet

Partnerne i helsefellesskapet har signert en overordnet samarbeidsavtale, som nå er revidert. Helseforetaket har i hovedsak vært representert gjennom administrerende direktør og kliniksjefer i SSU, men det har vært litt utskiftning på dette område. Helseforetaket og kommunene er representert med like mange inn i strategisk samarbeidsutvalg.

Fra kommunene er det tre kommunale representanter fra region Salten, to fra Vesterålen og to fra Lofoten som er representert i strategisk samarbeidsutvalg. Antall representanter er ikke i samsvar med befolkningstallet. Salten og Bodø har færre representanter enn befolkningsgrunlaget skulle tilsi.

Hver av de tre regionene har politiske regionråd som er arenaer for interkommunalt samarbeid mellom kommunene i hver region. Regionrådene velger inn de kommunale representantene til strategisk samarbeidsutvalg.

Det tok noe tid før kommunalt sekretariat kom på plass, og før dette opplevdes det en viss ubalanse ved at kommunene ikke fikk nok saksforberedelse inn i de formelle møtene. Dette har blitt bedre etter opprettelsen av kommunalt sekretariat, og det oppleves nå i større grad som at partnerne har lik kapasitet til å forberede saker.

### Erfaringer med samarbeid i helsefellesskap

Partnerne samarbeidet også i forkant av at helsefellesskapsmodellen ble innført, men dette samarbeidet hadde i mindre grad en fast struktur mellom regionene. Strukturen for helsefellesskapet har i det siste begynt å sette seg bedre og bedre. Spesielt det siste året har man i større grad fått satt strategisk samarbeidsutvalg sin rolle som strategisk organ. Helsefellesskapet har flere prosjekter utover etablering som ligger til de faglige samarbeidsutvalgene. Det har vært fokus på at disse skal være pasientrettet, eksempelvis digital hjemmeoppfølging.

Det pågår et arbeid med å opprette flere FSU, hvor en del av arbeidet innebærer å bli enige om formen og funksjonen til FSUene. Opprinnelig var det tenkt at innsatsområdene til helsefellesskapet skulle fungere som strukturen for de faglige samarbeidsutvalgene, men enkelte har, av ressurs hensyn, ønsket at FSUene skal være mer avgrenset.



Enkelte forteller om periodevis dårlig oppslutning rundt møtene, ofte med mye forfall. Dette gjelder både representanter fra helseforetaket og fra kommunene. Møtene i helsefellesskapet blir ofte nedprioritert hvis det oppstår møtekonflikter.

Selv om de ikke er en formell del av helsefellesskapet, trekkes regionale kompetansekontor frem som viktige. Det er et slik kontor i hver region. Fra kommunenes side oppleves disse som en nyttig ressurs for å få til det som besluttes i helsefellesskapet. Gjennom regionale kompetansekontor får man lokale innspill, og forankret beslutninger i helsefellesskapet. Det er ulike fagnettverk tilknyttet kompetansekontorene, og det beskrives som sentralt å nå disse fagnettverkene for å kunne forankre beslutninger tatt i helsefellesskapet.

Samarbeidet har som nevnt blitt bedret med innføringen av helsefellesskapet. Særlig etableringen av et kommunalt sekretariat har bidratt til å styrke kommunenes koordinering og representasjon inn i helsefellesskapet. Kommunene er bedre koordinert enn de var tidligere, selv om det fremdeles eksisterer et forbedringspotensial. Helsefellesskapet opplever utfordringer rundt å skape konsensus, blant annet i forbindelse med budsjettarbeid. Selve diskusjonene i helsefellesskapet beskrives nå som mye bedre, men det er fremdeles utfordrende å komme frem til konsensusbeslutninger som følge av forskjeller på de tre regionene og innad i de 20 kommunene.

Det er enighet om at helsefellesskapets betydning for pasientene kunne vært tydeligere. Helsefellesskapet har på samme tid flere pasientrettede prosjekter, eksempelvis knyttet til trygg akuttmedisin. Denne typen prosjekter organiseres både i og utenfor helsefellesskapet. En informant reflekterer rundt at helsefellesskapet mangler formell rolle i enkeltsaker, og at det blir brukt mye tid på møteforberedelser som årsak til dette.

Siden strukturene først i det siste virkelig har kommet på plass, er det noe tidlig å konkludere på hvordan helsefellesskapet fungerer, men det er en tydelighet rundt at helsefellesskapet først og fremst er en struktur. På bakgrunn av dette oppleves et gap ned til «gulvet». Dette er det samtidig bevissthet rundt, men å få resultater for pasientene kommer ikke nødvendigvis automatisk når helsefellesskapet ikke har noen formell rolle i enkeltsaker.

### Prioriteringer fremover

De to kommende årene vil det være kommunene som leder strategisk samarbeidsutvalg. Dette beskrives derfor som to viktige år for kommunene for å kunne balansere forholdet mellom helseforetaket og kommunene.

Vestfjorderklæringen og handlingsplanen skal revideres, og det må brukes tid på hva ny nasjonal helse- og samhandlingsplan vil ha å si for helsefellesskapet. Til nå har det vært lite etterspørsel etter handlingsplanen, blant annet fordi partnerne har hatt ulike syn på hvordan de de faglige samarbeidsutvalgene bør se ut. Akuttmedisin, beredskap, rekruttering og teknologi har allerede blitt diskutert som viktige satsningsområder for årene fremover. Enkelte uttaler at revideringen av handlingsplanen må se til at denne i større grad speiler innsatsområdene, og mener at etableringen av og erfaringer med flere FSU fremover vil gi viktige innspill i denne prosessen.

### Behov for støtte

Informantene forteller om et behov for mer økonomiske midler, men det er usikkerhet rundt hvordan innretningen på dette burde være. Partnerne i helsefellesskapet opplever mangel på både tid og penger, og at samhandlingen i helsefellesskapet kommer på toppen av egen drift. I en slik skvis kan da å opprettholde kvaliteten i egen drift bli prioritert.

Samtidig påpekes det at helsefellesskapet ikke er et selvstendig rettssubjekt, og dermed ikke er rigget for å motta eller forvalte felles midler. En eventuell tilførsel av felles midler innebærer derfor at man måtte sett på og eventuelt tilpasset strukturene og organisasjonsformen. Det pekes også på at det hadde vært nyttig med prioritering av forskning på felles løsninger som kan skapes mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste.

Videre etterspørres en permanent finansiering av kommunalt sekretariat.

## Helsefellesskap Helgeland

**Om helsefellesskapet:** Opprettet i mai 2023. Aktørene i samarbeidet er 17 kommuner på Helgeland (Nesna, Hemnes, Rana, Rødøy, Lurøy, Sømna, Brønnøy, Vega, Vevelstad, Herøy, Alstahaug, Leirfjord, Dønna, Træna, Vefsn, Grane og Hattfjelldal) og Helgelandssykehuset HF. Det har vært samarbeidsavtaler mellom kommunene og helseforetaket i tidligere samarbeidsmodell (OSO), men det skal nå utarbeides nye samarbeidsavtaler.

**Partnerskapsmøter:** Stiftelsesmøtet ble gjennomført 4. mai 2023. Første partnerskapsmøte ble gjennomført 23. november 2023.

**Strategisk samarbeidsutvalg** skal koordinere arbeidet i helsefellesskapet. Utvalget settes sammen med representanter fra kommunene og helseforetaket for fire år i gangen. Leder for kommuneoverlegeforumet er også representert i SSU. Lederskapet veksler mellom kommunene og helseforetaket der leder og nestleder skifter på lederskapet etter to år. Per 15.04.2024 er det gjennomført seks møter i SSU.

**Faglig samarbeidsutvalg:** Helgelandssykehuset og kommunene har hatt flere tidligere samarbeidsprosjekter før helsefellesskapet, som potensielt kan bli FSUer. Det er planlagt et eget faglig samarbeidsutvalg for akuttmedisinsk samarbeid, og et for innovasjon og teknologi. De faglige samarbeidsutvalgene får sine mandater fra strategisk samarbeidsutvalg, hvor det også oppnevnes fastlegerepresentant og brukerrepresentant.

**Sekretariatfunksjon for kommunene** er etablert. Brønnøy kommune er vertskommunen for stillingen som interkommunal samhandlingsleder. Helsefellesskapet har søkt tilskudd fra Helsedirektoratet.

### Særtrekk ved organisering

Det tok lang tid å få etablert helsefellesskap Helgeland. Dette er fordi det tok lang tid for partnerne å enes og oppnå en felles forståelse, særlig blant kommunene. Helse på Helgeland er komplisert, og det har blant annet vært mye uro rundt sykehuslokasjoner hvor kommunene er uenige om hvilke kommuner som skal være vertskap for sykehus. I tillegg er det komplisert å få til samarbeid mellom helseforetak og kommunene.

Det har vært en samarbeidsstruktur i Helgeland over mange år, med tradisjonelle OSO-møter. Imidlertid har ikke dette samarbeidet fungert så godt, da det ikke var prioritert av noen av aktørene. Det er vedtatt at samarbeidsavtalene skal revideres og tilpasses den nye samarbeidsformen som helsefellesskapsorganiseringen innebærer. Arbeidet er god i gang og forhandlingsutvalgene har ferdigstilt flere av avtalene.

Det er etablert et helseledernetverk for alle 17 kommunene, som gjennomfører møter enten fysisk eller over teams månedlig. Her diskuteres det blant annet konkret hvordan kommunene ønsker å arbeide med helsefellesskapet, i tillegg til at det også løftes frem konkrete problemstillinger som skal bearbeides. Helseledernetverket brukes også for å forankre arbeidet som gjøres i

fellesprosjekter i kommunene. Det oppgis at denne strukturen har stor verdi, og at det er viktig med en slik felles plattform for blant annet faglige innspill.

### Felles sekretariat og kommunal sekretariatfunksjon

Felles sekretariat ble opprettet i 2023. Sekretariatet består av interkommunal samhandlingsleder og samhandlingsleder ved helseforetaket. Det gjennomføres faste møter i sekretariatet. Oppgavene består blant annet av å ta initiativ til, og forberede saker til SSU. Sekretariatet oppretter også nye strukturer for samhandling og følger opp samhandlingsavvik.

Sekretariatet mottok for første gang i 2023 tilskudd fra Helsedirektoratet til interkommunal samhandlingsleder. Det ble for første gang søkt om tilskudd i 2022, men søknaden ble avvist som følge av at helsefellesskapet ikke enda var formelt etablert og at kommunene ikke hadde kommet langt nok i prosessen med tilsetting av interkommunal samhandlingsleder. Ny søknad ble sendt og godkjent i 2023. Det oppgis at det er en utfordring med størrelsen på tilskuddet, og at kommunene må spleise på over 50 prosent av utgiftene til samhandlingsleder.

Interkommunal samhandlingsleder representerer alle kommunene i helsefellesskapet, og utgjør i så måte kommunenes sekretariatsfunksjon. Stillingen var ikke så klart definert, og samhandlingsleder har i stor grad definert egen rolle. Utover å delta i felles sekretariat med helseforetaket, koordinerer samhandlingslederen nettverk for kommunale helseledere på Helgeland. I tillegg deltar den kommunale representanten på diverse interkommunale møter, på månedlige møter med kommuneoverlegeforum for fastlegene, og er til stede på eksisterende samhandlingsarenaer. Representanten reiser også rundt i Helgeland for å bli kjent med kommunene som representeres og forklare strukturen og poenget med samarbeidet, hvilket oppleves som nyttig og har god effekt. Kommunene kobler seg fort på arbeidet etter besøk. Interkommunal samhandlingsleder holder slik overblikk over hele regionen, er et bindeledd mellom kommunene og hjelper å se ting i sammenheng.

### Rollefordeling i helsefellesskapet

Helseforetaket og kommunene skal bytte på å ha lederverv og nestlederverv annet hvert år. De har en fast struktur med jevnlig møter. Det er en opplevelse av at helseforetaket og kommunene er likeverdige partnere i samarbeidet med respekt for hverandre, og at begge partnerne etterstreber konsensus.

I SSU er administrerende direktør og klinikkjefer representert fra helseforetaket, sammen med fire store og tre små kommuner. Det er regionrådene for Helgeland nord og sør som har jobbet frem en liste med mulige representanter i kommunene, og forespurert den enkelte.

Det er en utfordring at samhandlingsleder fra helseforetaket ikke har forankring mot strategisk ledergruppe og ikke har beslutningsmyndighet.

Kommunedirektør fra alle kommunene er representert i partnerskapsmøtet. I tillegg møtes alle kommunale helseledere i helseledernetverket.

Det hevdes at det ikke er et tydelig mønster på deltakelse i helsefellesskapet. Til nå er det kommunene som i størst grad tar opp saker i helsefellesskapet. Sakene forberedes godt i forkant og forankres hos kommunene. Noen kommuner er mer frempå i samarbeidsforaene, men det er ikke nødvendigvis avhengig av kommunestørrelse. Personlighet ser ut til å spille en rolle, og hvilken innstilling kommunesjefen har til helsefellesskapet.

### Erfaringer med samarbeid i helsefellesskap

Etter at helsefellesskapet ble etablert og har fått en struktur på plass, er det en opplevelse av at partnerne samarbeider godt. Mange var skeptiske i starten, men nå ser flere at helsefellesskapet har en verdi og mening som skaper engasjement.

Helsefellesskapet er ungt, og nå i startfasen har de arbeidet med å få på plass strukturene og avklare hvordan helsefellesskapet skal arbeide og samarbeide. Til nå er det gjennomført seks møter i SSU. Det ble også gjennomført en workshop i september 2023 i forkant av møtet i SSU, for å diskutere mulig struktur for samarbeidet, handlingsplan og hva partnerne skal samarbeide om. Rekruttering, teknologi og samarbeidsprosjekter mellom kommunene var sentrale temaer.

Helsefellesskapet har ikke kommet så dypt i materien enda, men skal ha fokus på de fire prioriterte målgruppene. Pågående prosjekter forankres i helsefellesskapet. I de pågående prosjektene møtes partnerne på samme nivå, for eksempel klinikere. Det oppgis at dette fungerer fint.

Det er for tidlig å konkludere på om helsefellesskapet har ført til store endringer i samarbeidet, og det tar tid å komme ordentlig i gang. Samtidig ser man at samarbeidsstrukturen er tydeligere, og at det er mer positivitet rundt samhandling og mer likeverdighet mellom helseforetaket og kommunene enn med tidligere OSO. Særlig har kommunene fått en tydeligere plass, og det er større forståelse for at utfordringer må løses i fellesskap. Samordningen mellom kommunene har også blitt bedre. Sekretariatet bidrar til bedre koordinering mellom kommunene slik at de stiller mer som én gruppe. Videre er det tro på at de nye strukturene vil føre til bedre pasientforløp innenfor målgruppene.

Helsefellesskapet har ikke kommet så langt med felles planlegging, men det kommer mer og mer på agendaen. Blant annet har helsefellesskapet utarbeidet en felles handlingsplan, og det skal være mer felles planlegging rundt rekruttering, personell og samarbeidsprosjekter.

I henhold til felles beslutningsprosesser, har det vært nødvendig å skape forståelse for at beslutningslinjene er ulike i helseforetaket og i kommunene, og at kommunene må ha en prosess før det fattes vedtak. Det er også en utfordring at helseforetaket og kommunene ikke snakker helt samme språk.

### Prioriteringer fremover

Fremover vil helsefellesskap Helgeland prioritere arbeid knyttet til rekruttering og konkrete samhandlingsprosjekt rundt de prioriterte pasientgruppene. Det diskuteres også samarbeid om beredskap. Det blir viktig å få på plass tjenesteavtalene som grunnlag for samhandlingen, og følge dem opp i forbindelse med avvik og forbedringspunkter for pasientene.

Det er krevende å møte de demografiske utfordringene som Helgeland står overfor. Det er derfor veldig viktig at det jobbes samlet for gode pasientforløp, og at man deler erfaringer seg imellom. Et samhandlingsprosjekt som kan bli viktig, er sambruk av ressurser i helseforetaket og kommunene. Det blir også viktig å få representantene fra de ulike partnerne i SSU på samme nivå, slik at de kan snakke et felles språk.

En utfordring for helsefellesskapet fremover er strukturprosessene som går i Helse Nord, og å sette tydelige skiller på hva som skal inn i helsefellesskapet og ikke. Dersom man evner å legge til side sykehusplanlegging i SSU, vil det være mulig å fatte viktig beslutninger, for eksempel i henhold til felles planlegging rundt bemanning.

Det er en opplevelse av at det vil ta noen år få den nye strukturen opp å gå. Samtidig er det stor tro på at helsefellesskap kan fungere, og at det vil gi muligheter for å få til ting i fellesskap fremover.

### Behov for støtte

For å lykkes med arbeidet i helsefellesskapet, må det også være insentiver. Det må være lagt til rette for samarbeidet fra øvre hold i form av tilpassede rammevilkår. For eksempel hadde det vært nyttig med prosjektmidler til pilotprosjekter. Det er for eksempel behov for samhandlingsmidler til prosjekter innen teknologi. Tilskuddet fra Helsedirektoratet er et viktig middel, men potten kunne med fordel vært større. Jo mer aktivitet det er, jo større blir finansieringsbehovet, og særlig kommunene må allerede gjøre harde prioriteringer. Det er også behov for endringer innen juss og personvern, som i dag gjør det vanskelig å arbeide på tvers. Støtte fra KS vil også være viktig. Et eksempel er en regional ressurs som koordinerer regionalt nettverk i Nord.



# Region Midt-Norge

## Helsefellesskap i nordre Trøndelag

**Om helsefellesskapet:** Helsefellesskapet er et samarbeid mellom Helse Nord-Trøndelag HF og de 20 kommunene i opptaksområdet: Bindal, Flatanger, Frosta, Grong, Høylandet, Inderøy, Leka, Levanger, Lierne, Meråker, Namsos, Namsskogan, Nærøysund, Osen, Overhalla, Røyrvik, Snåsa, Steinkjer, Stjørdal og Verdal. Samarbeidet bygger på samarbeidsavtalen mellom kommunene og HNT som ble inngått i 2012 og revidert i 2021. Aktørene har hatt ulike former for samarbeid over mange år. Første samarbeidsavtale kom på plass ca. 1995. Det er inngått samhandlingsavtaler mellom kommunene og helseforetaket.

**Partnerskapsmøter:** Felles årlig møte mellom PSU og ASU erstatter i praksis partnerskapsmøtet.

**Politisk samarbeidsutvalg (PSU):** Det er etablert samarbeidsutvalg på politisk nivå som skal legge overordnede føringer for styring av samhandling. Her gis aktørene mulighet til å drøfte strategiske og politiske spørsmål av betydning for samhandling om helse- og sosialtjenester, men også for å se helsesektoren i et samfunnsperspektiv. Politisk samarbeidsutvalg skal være en arena for å sikre og utvikle samhandlingsklimaet mellom partnerne slik at kommunene og helseforetaket ivaretar sitt felles ansvar for helhetlige behandlingsforløp, og sikre tilbud om og kvalitet på nødvendige helsetjenester. PSU skal sørge for politisk forankring og retning; spesielt innenfor saker av stor prinsipiell betydning. Utvalget møtes 3-4 ganger i året.

**Administrativt samarbeidsutvalg (ASU):** Dette er en samarbeidsarena mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Formålet er å etablere en samarbeidsarena for utvikling av helsetjenestene. Utvalget består av seks representanter valgt av kommunene og seks representanter valgt av Helse Nord-Trøndelag. I tillegg er Fylkesmannen, ansatte og brukerne representert i utvalget. Det er 5-6 møter i utvalget i året, i tillegg til felles møte med PSU.

**Faglig samarbeidsutvalg:** Helsefellesskapet har flere fagråd, herunder for pasientsamarbeid; helseberedskap og akuttmedisinsk kjede; legesamarbeid; digital samhandling; og helsefremming, forebygging, læring og mestring. Det finnes også fagnettverk tilknyttet helsefellesskapet, herunder for koordinerende enheter; samarbeid om svangerskaps-, fødsels- og barselstilbud; fagnettverk for ressurspersoner i kreftomsorg og lindrende behandling; migrasjonshelse; demensforum; og KOLS.

**Sekretariatfunksjon for kommunene:** Helsefellesskapet har opprettet felles sekretariatfunksjon for kommunene. Vertskommunen for det kommunale sekretariatet er Steinkjer kommune. Det er søkt tilskudd til sekretariatfunksjonen fra Helsedirektoratet.

### Særtrekk ved organisering

Helsefellesskap nordre Trøndelag har videreført sine tidligere strukturer med politisk samarbeidsutvalg (PSU), administrativt samarbeidsutvalg (ASU) og fagråd. Et årlig felles møte mellom PSU og ASU tilsvarer i praksis partnerskapsmøtet. ASU tilsvarer i stor grad strategisk samarbeidsutvalg. Samtidig er det ikke helt klare skillelinjer mellom PSU og ASU enda, utover at politikere kun deltar i PSU, men det har i løpet av det siste året vært arbeidet med å skape bevissthet rundt dette. Disse skillelinjene har blitt tydeligere de siste par årene, og skillelinjen mellom PSU og ASU skal nå gå omtrent der skillelinjene mellom politikk og administrasjon går i kommunene.

Utover PSU, ASU og fagråd, er det ingen andre faste samarbeidsstrukturer i helsefellesskapet. Det er imidlertid av og til ad-hoc grupper tilknyttet prosjekter og piloter.

### Felles sekretariat og kommunal sekretariatfunksjon

Helsefellesskap nordre Trøndelag har hatt felles sekretariat siden mars 2019, bestående av en samhandlingsleder fra kommunal side, og samhandlingsjef og rådgiver fra helseforetaket. I perioden 2012-2018 hadde KS en samhandlingskoordinator på vegne av kommunene. Dette var kun en prosjektfunksjon som varte over flere år. Det var derfor et ønske om å få på plass nåværende sekretariatfunksjon til helsefellesskapet.

Felles sekretariat møtes ukentlig for å fordele oppgaver. Det oppgis at dette har fungert bra over lang tid. Sekretariatet reiser også rundt og besøker kommuner og klinikker for å samle innspill til helsefellesskapet.

Kommunene har søkt tilskudd til den kommunale sekretariatfunksjonen fra Helsedirektoratet, med Steinkjer som vertskommune. Vedkommende som innehar rollen som kommunalt sekretariat er samme person som inngår i helsefellesskapets felles sekretariat fra kommunenes side. Det oppgis at søknads- og rapporteringsprosessen er tilstrekkelig enkel, og ikke til noe hinder.

Steinkjer kommune ble etter enighet mellom de andre kommunene forespurt av KS om de kunne være vertskommune. Det har ikke vært noen utfordringer knyttet til hvem som skal være vertskommune i regionen, og de fleste kommuner er fornøyd dersom noen andre tar ansvaret. Samtidig kan det være noe fraksjonert for kommunene i utkantene, hvor størrelse og kapasiteten for å delta påvirker muligheten for å delta. Deltagelse oppleves i dag likeverdig og bred i helsefellesskapet generelt, men det er utfordringer knyttet til deltagelse i fagråd og prosjekter. Tilgangen på ressurser er mer begrenset i mindre kommuner, og det blir dermed ofte de samme person som gjenbrukes.

### Rollefordeling i helsefellesskapet

I helsefellesskap nordre Trøndelag har det hele tiden vært kommunene som leder ASU. Helseforetaket har selv ønsket nestlederrollen. Det er vanlig at en person har vervet i 2-3 perioder.

I PSU deltar ordføreren fra hver av de seks kommuneregionene, sammen med de fem eieroppnevnte styrerepresentantene fra Helse Nord-Trøndelag HF. I tillegg deltar noen representanter fra ASU, samt Statsforvalteren, fylkeskommunen og KS som observatører. ASU og sekretariatet kan påvirke hvilke temaer som tas opp i PSU.

ASU består av seks helsesjefer/rådmenn fra kommunene, og seks kliniksjefer, samt direktøren, i Helse Nord-Trøndelag HF. I tillegg er Fylkesmannen, ansatte og brukerne representert i utvalget. I



tillegg deltar brukerrepresentanter fra kommunene og HNT, samt Statsforvalteren, fylkeskommunen og tillitsvalgte som observatører.

Det er seks regioner i helsefellesskapet, og det velges ut representanter fra hver region til helsefellesskapet. Det er kommunene i hver region som selv velger sine representanter, og det går på omgang hvem som representerer regionen. Det er noen ulikheter på hvor mye de ulike kommunene deltar, hvor noen tar større ansvar. Dette er ofte situasjons- og personavhengig, og kommer an på hvor mye en sak berører de ulike.

De regionale representantene har ansvar for å bringe det som diskuteres og besluttes i helsefellesskapet ut til resten av kommunene i regionen. På helseforetakets side har klinikkjefene det samme ansvaret med å videreføre informasjon om diskusjoner og beslutninger i helsefellesskapet.

Det er bred representasjon i helsefellesskapet, med representanter fra kommunene fra alle seks regioner, kommuneoverleger, fastleger, klinikkledere fra helseforetaket, regionalt helseforetak, universitetet, brukerutvalg, ansattrepresentanter, fylkeskommunene, og KS. Alle har talerett, men ikke alle har stemmerett. Det oppgis at det er nyttig at flere aktører er involvert i saker, gitt felles avhengighet. Dette gjelder for eksempel involvering av UH-sektoren når det er snakk om rekruttering.

### Erfaringer med samarbeid i helsefellesskap

Helsefellesskap nordre Trøndelag gjennomfører flere store samarbeidsprosjekter. Noen har vært initiert i fellesskap, mens andre har startet hos en aktør og senere involvert den andre. Et eksempel er et prosjekt for å forbedre akuttmottak for hele pasientforløpet, kalt Helhetlige pasientforløp fra hjem til hjem. Prosjektet ble først initiert av helseforetaket, men kommunene ble involvert i fase 2. Nå i fase 3 er det helsefellesskapet som eier prosjektet. Det er også felles prosjekter knyttet til blant annet tjenester for barn og unge og kompetanseoverføring mellom kommuner og helseforetak. I tillegg er det mange enkeltprosjekter som er satt i gang.

Det er overordnet få store utfordringer i samarbeidet, og en opplevelse av at alle stiller opp når noe er viktig. Det er også god takhøyde for diskusjoner i helsefellesskapet. Samtidig er prosjektene tid- og energikrevende, og helsefellesskapet kan ikke ha for mange av gangen. Det er derfor viktig å prioritere hvilke prosjekter det skal fokuseres på. Dette betyr at flere ting også må settes på vent. Det er av og til uenigheter om prioriteringer. Samtidig er rekruttering, befolkningsutvikling og økonomi grunnleggende saker som alle er enige om at må løses i fellesskap, for å komme frem til hvordan man forvalter ressursene for å få til best mulig tilbud for pasientene.

Uenigheter kan oppstå når partnerne ikke informerer hverandre om endringer som berører den andre parten. Dersom det er uenigheter bruker partnerne tid på å finne konsensus mens saken er oppe. Sakene blir da forberedt bedre for å skaffe et mer solid beslutningsgrunnlag. Det jobbes for en felles virkelighetsforståelse, og det er nådd en prinsipiell enighet om at utfordringene må løses sammen. Det etterstrebes at saker diskuteres tidlig, og at det er gode arbeidsprosesser før og etter møter, noe som påpekes som svært viktig for samarbeidet.

Det er noen utfordringer knyttet til ressurser til prosjektene. Per nå finansieres ofte mindre prosjekter gjennom spleiselag i kommunene og helseforetaket. I tillegg er det søkt ut eksterne prosjektmidler på noen prosjekter, og gjennom det sikret større gjennomføringsevne på normert tid. Det er ønskelig med egne midler til felles pilotprosjekter, da pilotfasen ofte krever ekstra

finansiering. Vellykkede pilotprosjekter som har økonomiske gevinster, kan finansieres gjennom driftsmidler for å fortsette med den utprøvde løsningen eller implementeres i ordinær drift.

Det er vanskelig å skille på store endringer etter etableringen av helsefellesskap, da strukturene er nokså like forrige samarbeidsmodell. Samtidig pekes det på at statens beslutning om å satse på helsefellesskap gir mer tyngde i samhandlingen, og at partnerne har en plikt til å lage tjenester sammen. I tillegg er det noe mer samordning på strategisk nivå i helsefellesskapet. Utviklingen går i riktig retning, med felles fagdager, felles prosedyrer og kompetanseutvikling- og utveksling. Det er også enda mer fokus på felles planlegging, blant annet med workshops for å definere felles utfordringer, tiltak og prioriteringer, med felles handlingsplan som resultat.

Helsefellesskapet har mål om å søke konsensus, og å drøfte seg frem til felles løsninger uavhengig av om representanter har kun talerett eller også stemmerett i utvalgene. Likeverdigheten har stort sett vært bra mellom partnerne. Det er av og til uenigheter om enkeltsaker, men det oppgis at det er god samhandling mellom partnerne. Kommunene forbereder seg til møter med det kommunale perspektivet, og helseforetaket med sitt. Deretter møtes partnerne for å finne gode fellesløsninger. Ettersom det er noen flere kommunale deltakere, kommer det også noen flere initiativer fra kommunene. Imidlertid blir dette diskutert i fellesskap og beslutningsprosessene oppleves likeverdige.

Helsefellesskapet har likevel fortsatt noe forbedringspotensial med hensyn til felles beslutningsprosesser. Dette er fordi partnerne forstår beslutningene og konsekvensene noe ulikt. Spesielt beslutninger som har økonomiske konsekvenser, er det krevende å finne en felles plattform for.

Samtidig har sekretariatfunksjonen med tilskudd bidratt til å gjøre det enklere å nå enighet. Det påpekes også at det er viktig at de som jobber med samhandling til daglig får til ting sammen. Dette betyr også at kvaliteten på samarbeidet er noe personavhengig, og det er derfor viktig å ha riktige personer i rollene. Tydelig definerte kontaktpersoner for hver kommune har også vært viktig for å sikre god flyt i samhandlingen. Det er enighet om at kommunalsjef innen helse skal være kontaktperson for sekretariatet.

I henhold til pasientrettet arbeid, har ikke helsefellesskapet nådd målet om smidige pasientforløp helt enda. Samtidig har det skjedd endringer for pasientene på noen områder, for eksempel gode prosesser for innlegging og utskriving fra sykehus.

### Prioriteringer fremover

Helsefellesskapet har en handlingsplan for sitt arbeid 2022-2025. De definerte innsatsområdene er helhetlige og sammenhengende tjenester; møte med framtidens utfordringer i fellesskap; og involvering, forankring og samhandling. Det er til sammen 21 definerte tiltak, men det påpekes at helsefellesskapet trolig ikke kommer innom alle sammen i perioden da det er nødvendig å foreta noen prioriteringer.

En særlig utfordring helsefellesskapet jobber med, er demografiendringer og hvordan dette skal håndteres. Det er ikke etablert konkrete prosjekter på dette, men utfordringer ligger som et premiss eller bakteppe på det meste. Dette vil gi tøffere økonomiske rammer og krav til måten man jobber på. Her er det særlig viktig å jobbe sammen for løsninger, i henhold til hvordan tjenestene skal rigges for best mulig pasientforløp.

Også økonomi og finansiering er en særlig utfordring for helsefellesskapet fremover. Det som er god økonomi for helseforetaket er ikke alltid det for kommunene, og omvendt. Dette henger sammen med at finansieringsmodellene er forskjellige mellom kommuner og helseforetak. Det er viktig at en ikke forskyver oppgaver og ansvar mellom seg uten at det er avklart og klarlagt finansiert. I tillegg er det også konkurranse om personalet. Press på ressurser fremover fordyper også uenigheter rundt ansvarsdeling.

### Behov for støtte

Det oppleves helt nødvendig å finne løsninger for å redusere total ressursbruk for å få helsefellesskapet til å fungere. I tillegg vurderes det som nødvendig å nå en enighet om finansiering av helsefellesskapet for å styrke handlingskraften. Det er behov for samhandlingsmidler under forutsetning at begge partnerne er med i gitt prosjekt. Det er blant annet ønske om et fellesbudsjett til pilotprosjekter, eller et felles budsjett som helsefellesskapet kan finansiere slik de selv mener er best.

Det oppgis også at det er essensielt at sekretariat og arbeidsutvalg har tid til å jobbe med helsefellesskapet for å lykkes. Det krever også innsats fra leder, til tross for at leder ikke får ekstra midler utover egen lønn.

Enkelte understreker at det er sentralt for fremtidig arbeid at helsefellesskapet holdes på strategisk nivå.

Videre oppgis det at det er behov for omdømmebygging, hvor man sprer historier der man har lykkes. Dette antas å bidra til at pasienter kommer tilbake, og at for eksempel fastleger er trygge på sitt lokale sykehus.

Det er også viktig hvilke signaler og retningslinjer som vil komme fra nasjonalt nivå og KS. Det oppgis at dersom helsefellesskap skal lykkes, må det være autonomi på hva som prioriteres og mulighet til å tilpasse til lokale utfordringer og kultur. Enkelte gir også uttrykk for at det oppleves utfordrende at verken nasjonale myndigheter eller KS vil ta stilling til hvordan helsefellesskapene skal styres politisk. Vedkommende mener at skillelinjene mellom politikk og administrasjon må bli tydeligere i helsefellesskap, slik de er både i kommuner, helseforetak og i KS. Dette omtales som helt nødvendig i framtiden, spesielt dersom helsefellesskapene skal få vedtaksmyndighet over egne samhandlingsbudsjetter.

## Helsefellesskapet St. Olavs hospital

**Om helsefellesskapet:** Helsefellesskapet er et samarbeid mellom St. Olavs Hospital og de 22 kommunene i opptaksområdet: Trondheim, Malvik, Melhus, Midtre Gauldal, Åfjord, Ørland, Indre Fosen, Selbu, Tydal, Stjørdal, Meråker, Røros, Holtålen, Orkland, Rennebu, Skaun, Hitra, Frøya, Heim, Rindal, Surnadal og Oppdal. Aktørene har før dette hatt ulike former for samarbeid langt tilbake i tid. Samarbeidet ble mer formalisert med samhandlingsreformen i 2011/2012. Nåværende samarbeid bygger på samarbeidsavtalen mellom kommunene og helseforetaket som ble inngått i 2021.

**Partnerskapsmøter:** Helsefellesskapet omtaler det som politisk samarbeidsutvalg (PSU). PSU skal være en arena for å medvirke til utvikling av samhandlingsklimaet mellom partnerne, slik at kommunene og helseforetaket ivaretar sitt felles ansvar for helhetlige behandlingsforløp som sikrer tilbud om og kvalitet på nødvendige helsetjenester. Utvalget skal ha 1-2 møter per år, og har hatt fem møter så langt (ett i 2021, tre i 2022 og ett i 2023).

**Strategisk samarbeidsutvalg:** Helsefellesskapet omtaler dette som administrativt samarbeidsutvalg (ASU). Formålet til ASU er å etablere en administrativ og strategisk samarbeidsarena for utvikling av helsetjenester.

**Faglig samarbeidsutvalg:** Helsefellesskapet har fem fagråd. Rådene dekker temaene pasientsamarbeid, legesamarbeid, forebygging, helsefremming, læring og mestring, helseberedskap og akuttmedisinsk kjede, og digital samhandling sørlige Trøndelag.

**Sekretariatfunksjon for kommunene:** Helsefellesskapets felles sekretariat består av to representanter fra St. Olavs og én representant fra kommunal side. Den kommunale sekretæren er samhandlingsleder og Trondheim er vertskommune. Kommunalt sekretariat har søkt tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet.

### Særtrekk ved organisering

I helsefellesskapet St. Olavs hospital omtaler de strategisk samarbeidsutvalg for *administrativt samarbeidsutvalg (ASU)*. Partnerskapsmøtet heter *politisk samarbeidsutvalg (PSU)*. Det er mange kommuner i helsefellesskapet, 22 totalt. Kommunene er delt inn i fem kommunegruppe: Værnesregionen, Trondheimsområdet, Fjellregionen, Fosen og Trøndelag sørvest.

Helseforetaket avholder egne dialogmøter med de fem kommunegruppene. Møtene holdes en til to ganger pr. år. Agenda for dialogmøtene utarbeides i samarbeid mellom helseforetaket og kommunegruppen. ASU orienteres fortløpende om møtene.

Et særtrekk ved organiseringen i helsefellesskapet St. Olavs er at det er én kommune som ikke tilhører noen kommunegruppe. Oppdal kommune er med i helsefellesskapet, de har signert samarbeidsavtalen og de medfinansierer den kommunale samhandlingslederen. Da samhandlingen mellom kommunene ble strukturert i forbindelse med samhandlingsreformen i 2011/2012 var Oppdal med i kommunegruppen Trøndelag sørvest. Senere har kommunene i dette området valgt å legge "baklandet" for sin representasjon i ASU til det interkommunale politiske rådet (tidl.

regionrådet) for Trøndelag sørvest. Her har de flere utvalg, blant annet et for kommunalsjefene innen helse, omsorg og velferd. Oppdal har valgt å ikke delta i det interkommunale politiske rådet. Dette innebærer derfor i dag at Oppdal ikke har en stemme i å velge representanter for det som i teorien er sin kommunegruppe, ikke deltar i "baklandsjobbingen" og ikke får informasjon fra ASU. Denne utfordringen er på agendaen for sekretariatet, og vil bli et tema for revisjon av samarbeidsavtalen. En mulig løsning er å endre på kommunegruppeinndelingen.

Helsefellesskapet har også opprettet et forhandlingsutvalg. Det består av seks representanter fra ASU, henholdsvis tre fra kommunene og tre fra helseforetaket. Forhandlingsutvalget fremforhandler og re-forhandler Samarbeidsavtalen og tilhørende retningslinjer. Forhandlingsutvalget skal søke å løse saker ved uenighet mellom partnerne, som har faglige, økonomiske eller prinsipielle konsekvenser. Det skal sikres brukermedvirkning fra både sykehus og kommune i Forhandlingsutvalget.

### Felles sekretariat og kommunal sekretariatfunksjon

Helsefellesskapet har et felles sekretariat der kommunen og helseforetaket stiller med én fast person hver, men flere stiller fra helseforetaket dersom de ser det hensiktsmessig. Sekretariatet skal i utgangspunktet møtes ukentlig, men møtene blir til tider avlyst. Sekretariatet sitt arbeid har utgangspunkt i handlingsplanene til helsefellesskapet. Sekretariatet er saksbehandlere til ASU. Det vil si at de forbereder saker og følger dem opp i etterkant av møter i ASU. Sekretariatet skal ha et overordnet blikk på hvordan helsefellesskapet kan utvikle og samordne seg enda bedre.

Trondheim kommune er vertskommune for den kommunale sekretariatsfunksjonen. Det er en hundre prosent stilling som samhandlingsleder som inntil nylig har ligget under direktøren for helse og velferd i Trondheim kommune. Nå flyttes stillingen som samhandlingsleder til under kommunalsjefen. Dette antas å øke forankringen hos lederne, og dermed tydeliggjøre helsefellesskapet i Trondheim kommune.

Den kommunale sekretæren i sekretariatet skal understøtte de avtalefestede samarbeidsorganene, bidra til å samordne og utvikle felles kommunale strategier gjennom tett kontakt med kommunale helseledere og nøkkelpersoner i kommunene, bidra til å samordne og styrke kontakten mellom kommunene og utdanningsinstitusjonene/kompetansemiljø, og ivareta kontakten med KS og etter nærmere avtale utføre oppgaver på vegene av KS.

Det fortelles om utfordringer i felles sekretariat. Utfordringene omhandler blant annet balansen mellom partnerne med hensyn til rollefordeling og mandatet til de som deltar.

### Rollefordeling i helsefellesskapet

Det er et ønske om å ha et balansert fellesskap, med like mange representanter fra hver side og med representanter på samme nivå i de ulike organene. Dette oppleves samtidig krevende å få til i praksis.

Som nevnt over er det fem kommunegrupper i helsefellesskapet St. Olavs. Kommunegruppen har ansvar for å utpeke og velge én representant til ASU, som sitter der i fire år. De ulike kommunegruppene har ulike måter å organisere seg på. Noen har en svært tydelig organisering, som et interkommunalt selskap. Andre er mer løst organisert. Uansett form må det være en struktur som sikrer at man snakker om sentrale saker, og sikrer at alle er representert i samhandlingen i helsefellesskapet. Sammenslåingen i kommunegrupper oppleves som særlig viktig for de små kommunene som blir sterkere sammen med andre. En utfordring er å sørge for at

informasjonen fra ASU når ut til alle kommunene, ikke bare de som er med i ASU. I forkant av møter i ASU har representantene fra kommunegruppene formøter. I tillegg til dette har kommunene et helselederforum. Alle de ulike forumene bidrar til at man snakker sammen og blir mer samstemte internt på kommunesiden.

Samarbeidsavtalen mellom helseforetak og kommunene regulerer ledelsen av ASU. Rollene som leder og nestleder rullerer mellom helseforetak og kommunene. Det etterstrebtes å ha samme struktur for de andre organene, men på fagrådsnivå har man vært mer pragmatisk og beholdt ledere som har fungert godt over lengre perioder. Dette har ført til at det ofte er helseforetaket som sitter med lederansvar for fagrådene. De har mer ressurser til dette arbeidet enn kommunene.

I ASU stiller hver av partnerne med seks representanter på rådmanns-/kommunedirektør-, direktør/- klinikkjefsnivå. Per nå består ASU av én representant fra hver av kommunegruppene Region Sørvest, Fjellregionen, Fosen, Trondheimsområdet, Værnesregionen, Trondheim kommune og seks representanter fra helseforetaket, to fastleger (én fra Trondheim kommune og én fra kommunene utenfor Trondheim), samt to brukerrepresentanter (én fra kommune og én fra St. Olavs hospital).

### Erfaringer med samarbeid i helsefellesskap

Helsefellesskapet har allerede gjennomført en del aktiviteter og arbeid. Det er opprettet en rekke arbeidsgrupper, blant annet for store temaer som «Håndtering av utskrivningsklare pasienter i et bærekraftig helsefellesskap» og akuttforløp fra helseforetak til kommune. Som nevnt over har de også nedsatt et forhandlingsutvalg som blant annet jobber med å revidere samarbeidsavtalen. Ny samarbeidsavtale skal vedtas av ASU i 2025. I tillegg har det blitt arrangert større møter og konferanser gjennom helsefellesskapet.

Helsefellesskapet har også etablert en egen nettside for samhandling på helseforetakets hjemmeside. Dette er en utfordring for fellesskapet, og kommunene ønsker at helsefellesskapet i stedet opprettes en egen hjemmeside for samhandling. Avtaler, oversikter over råd og utvalg med representasjon, felles rutiner/prosedyrer, saksdokumenter, protokoller/referat, oversikter over koordinerende enheter, kontaktinformasjon og ellers det som er viktig i samhandlingsrommet skal fortløpende legges ut på nettsiden, på en oversiktlig og enkel måte. Sekretariatet for ASU er ansvarlig for oppdatering av denne nettsiden, men i praksis er det bare ansatte i helseforetaket som har tilgang til å oppdatere nettsiden.

Partnerne opplever at de med helsefellesskapet har fått en strukturert arena for å få til bedre samhandling på tvers. Samtidig opplever helsefellesskapet utfordringer knyttet til samarbeidet. Utfordringene er i stor grad knyttet til to faktorer, opplevelse av ulik grad av prioritering av arbeidet og ubalanse med tanke på representasjon/rolle inn i de ulike samhandlingsarenaene.

I og med at det var etablert et samarbeid før helsefellesskapet ble opprettet har ikke helsefellesskapet i seg selv ført til store endringer for samarbeidet strukturelt sett. Samarbeidet møter samtidig på utfordringer som ligger utenfor helsefellesskapet, men som rammer helsefellesskapet likevel.

Ulike kulturer og forståelser hos er videre en utfordring for samarbeidet. Med helsefellesskapet har partnerne fått en arena hvor de kan møte hverandre, bli kjent og diskutere, men de har enda en lang vei å gå for å snakke om «oss» heller enn «dem». Helsefellesskapet har bidratt til tydeligere samarbeidsstruktur. Tidligere var det vanskelig å ha oversikt over fora og arenaer for samarbeid. Nå

er dette strammet opp og lagt inn i faste strukturer. I tillegg er det en stor fordel at det er kontinuitet i hvem som snakker sammen.

Helsefellesskapet er et konsensusorgan. Dette har ført til større grad av samordning og felles beslutninger mellom helseforetak og kommunene. Representantene i ASU vet at det ikke har noe verdi å ende opp med et vedtak som ikke har flertall. Når de har skapt konsensusen, og tydelig vedtak, er det lettere å få oppslutning for videre arbeid i sykehusene og kommunene. Hvis de ikke blir enige tar de en runde til for å finne en løsning som alle kan slutte seg til. Kommunene samler seg i forkant og diskuterer og blir enige om sitt ståsted i saker som skal diskuteres i ASU. Det oppleves som at partnerne er fleksible med å jobbe frem setninger som er akseptable for alle. Samtidig er det en utfordring for kommunene at de skal være samkjørte på alle områder og i alle saker i forkant av møtene med helseforetaket. Det krever mer av kommunene å jobbe og opptre samlet enn for helseforetaket, som er én organisasjon. Det er store avstander mellom kommunene, både praktisk og teoretisk. De må derfor lage systemer for å snakke sammen.

Det er også en utfordring at helseforetakene og kommunene ikke har de samme styringslinjene eller oppdragene. I den sammenheng er det viktig at myndighetene kan være presise i sin beskrivelse av hva helsefellesskapet skal være og deres oppgaver, uten å plukke fra dem myndighet. Økonomi er en annen utfordring for samarbeidet. Informantene påpeker at de må ha insentiver for å få til et godt arbeid. Pasientforløp kan ramme den ene eller den andre aktøren økonomisk, noe som påvirker vilje og motivasjon for å finne de beste løsningene for pasientene. Samtidig rapporteres det om at samarbeidet i helsefellesskapet har ført til bedre pasientforløp. Blant annet gjennom arbeidet med utskrivningsklare pasienter, håndtering av skrøpelige eldre, og ansvarsavklaring rundt hva som er oppgaver hos spesialhelsetjenesten og hos primærhelsetjenesten. Det er viktig at man hele tiden løfter fokus og husker hvorfor de jobber med dette, for gode helsetjenester for pasientene. De vet at de er avhengig av hverandre, og godt samarbeid med hverandre, for å sikre gode helsetjenester for befolkningen. Begge partnerne ønsker å finne løsninger på dagens utfordringer i samarbeidet.

### Prioriteringer fremover

Helsefellesskapet har vedtatt en strategi og handlingsplan. Der har de i fellesskap satt noen temaer de skal jobbe med videre. Dette er blant annet helhetlig pasientforløp, utskrivningsklare pasienter, akuttmedisinsk kjede, digitalisering, kompetanse og styringsinformasjon. I tillegg skal, som tidligere nevnt, samarbeidsavtalen redigeres. De skal også jobbe med selve samarbeide fremover, først og fremst ved å bli bedre kjent med hverandre og få mer tillit til hverandre.

### Behov for støtte

Representanter fra helsefellesskapet St. Olavs mener at det må være klare retningslinjer og intensjoner på hva helsefellesskapet skal være for å få det til å fungere på en god måte. Dette inkluderer en klar samarbeidsavtale. Videre må det sikres ressurser til samhandling, deriblant samhandlingsledere. Dette bør være lovpålagt. Det må være mulighet og rom for at helsefellesskapene kan teste ut ulike løsninger og tiltak, slik at det kan være en arena for innovasjonsarbeid. Dette krever mer økonomi og ressurser til arbeidet. Som tidligere nevnt, er økonomi allerede en utfordring. Begge partnerne opplever utfordringer med ressursmangel, og det pekes på at den ene siden ikke fungerer uten at den andre fungerer. De er avhengig av hverandre for gode helsetjenester.

For at samarbeidet skal bli enda bedre framover må de ha felles strukturer og gode relasjoner. Det må være likeverdig posisjon, nivå og ressurser inn i samarbeidet. Videre er det viktig at begge

partnerne tar ansvar for forankring inn i sine organisasjoner. Det er viktig å jobbe med kommunikasjon internt så alle er med, både i helseforetaket og i kommunene. Dette er spesielt utfordrende for kommunene som er mange og ulike.



## Helsefellesskap Møre og Romsdal

**Om helsefellesskapet:** Opprettet i 2021. Helsefellesskapet består av Helse Møre og Romsdal HF og kommunene i Møre og Romsdal fylke (Kristiansund, Molde, Ålesund, Vanylven, Sande, Herøy, Ulstein, Hareid, Ørsta, Stranda, Sykkylven, Sula, Giske, Vestnes, Rauma, Aukra, Averøy, Gjemnes, Tingvoll, Sunndal, Surnadal, Smøla, Aure, Volda, Fjord, Hustadvika). Samarbeidet er formalisert i en samarbeidsavtale. Også før opprettelsen av helsefellesskapet samarbeidet helseforetaket og kommunene gjennom en samarbeidsavtale. I tillegg til pålagte strukturer har Helsefellesskapet fire geografisk inndelte lokale samarbeidsutvalg (LSU). Disse fungerer som forum for forbedringsarbeid og samarbeid mellom lokalsykehus og kommunene.

**Partnerskapsmøter:** Det ble gjennomført to partnerskapsmøter i 2021, samt ett i 2022 og 2023.

**Strategisk samarbeidsutvalg:** Det er etablert et Strategisk samarbeidsutvalg (SSU). Blant de viktigste oppgavene er utarbeidelse av felles handlingsplan og årsrapport, delegerer oppgaver fra FSU og LSU, og å følge opp praktisering av samarbeidsavtalen

**Faglig samarbeidsutvalg:** Det er i alt tolv faglige samarbeidsutvalg, inndelt etter tematikk. Det er en del variasjon mellom disse, men de jobber for å styrke samarbeidet mellom helseforetak og kommuner, og inn mot de lokale samarbeidsutvalgene.

**Sekretariatfunksjon for kommunene:** Det er opprettet et felles sekretariat bestående av tre kommunerepresentanter og to representanter fra helseforetaket. Ålesund, Volda og Surnadal deltar i det kommunale sekretariatet. Ålesund leder det kommunale sekretariatet. Det er søkt tilskudd til felles kommunal sekretariatsfunksjon fra Helsedirektoratet.

### Særtrekk ved organisering

Helsefellesskapet har, i tillegg til de pålagte strukturer, fire geografisk inndelte lokale samarbeidsutvalg. Dette er lokalt samarbeidsutvalg Volda, Ålesund, Kristiansund og Molde, inndelt etter de fire sykehusområdene. De to sistnevnte skal nå trolig slås sammen. Det har tidligere vært en samarbeidsavtale mellom Helse Møre og Romsdal HF og kommunene i fylket. Ved opprettelsen av helsefellesskapet ble det sett på som nyttig å videreføre de lokale utvalgene tilknyttet disse fire regionene fordi fylket har en naturlig oppdeling med fjorder og fjell, noe som skaper større grad av lokale variasjoner. Helsefellesskapet har i tillegg opprettet et relativt sett høyt antall faglige samarbeidsutvalg – 12 stykker.

### Felles sekretariat og kommunal sekretariatsfunksjon

Helsefellesskapet har et felles sekretariat som ble opprettet i løpet av første halvår 2021. De største oppgavene er saksforberedelser til strategisk samarbeidsutvalg og partnerskapsmøte, i tillegg til oppfølging i etterkant av disse møtene. Samtidig beskrives det som viktig å holde tett kontakt med aktører som ikke nødvendigvis har en formell rolle i helsefellesskapet. Dette inkluderer både regionene, lederne av regionene, politisk nivå og øverste administrative nivå.

Den kommunale sekretariatsfunksjonen var pr. 2023 representert ved de tre kommunene Ålesund, Volda og Surnadal, med Ålesund som vertskommune da de er den største kommunen. I felles

sekretariatsfunksjon er det to representanter fra helsefellesskapet, i tillegg deltar også leder og nestleder fra strategisk samarbeidsutvalg. Leder og nestleder for Partnerskapsmøtet deltar også i forbindelse med planlegging av møter.

Det er søkt tilskudd til felles kommunal sekretariatsfunksjon gjennom vertskommunen Ålesund. I 2022 fikk Ålesund 2/5 deler av midlene, mens 3/5 deler gikk til øvrige samhandlingskoordinatorer. Søknadsprosessen er i seg selv ekstraarbeid for Ålesund kommune, og det har blitt enda mer ekstraarbeid som følge av rapportering når midlene skal fordeles på mer enn en aktør. Det vises også at tilskuddet ikke er nok til å dekke kostnadene ved kommunal sekretariatsfunksjon.

### Rollefordeling i helsefellesskapet

Helsefellesskapet har avtalt rollefordelingen gjennom en samarbeidsavtale mellom partnerne. Leder og nestleder for strategisk samarbeidsutvalg velges for fire år, og personen som velges inn i leder- og nestledervervet rulleres etter to år. Kommunene og helseforetaket bytter på å lede helsefellesskapet annenhver periode.

Det er nå Molde som har nestlederen av strategisk samarbeidsutvalg. Kommunen hadde et ønske om å komme inn i ledelsen av utvalget. Molde hadde fast representasjon i det kommunale sekretariatet til og med 2022. Romsdal var representert også første halvår i 2023, men ga signal om at det var midlertidig og at det var lite kapasitet. Siste halvår av 2023 var Romsdal helt ute. Per april 2024 er det Ålesund, Volda og Surnadal som er representert i det kommunale sekretariatet.

Den nye strukturen omtales som å ha styrket den kommunale siden av samarbeidet. Der alle kommunene tidligere hadde samarbeidsavtale med helseforetaket, er det nå i større grad en samlet kommunal side. Samordningsgevinsten handler i stor grad om at kommunene har styrket samordningen internt i regionene. Gevinsten har ikke vært like stor med hensyn til å styrke samhandlingen mellom regionene og inn mot helseforetaket. Likevel er det i større grad en samlet stemme inn mot helseforetaket, noe som har vært en gevinst for kommunene.

### Erfaringer med samarbeid i helsefellesskap

Helsefellesskapet har brukt det første året på å komme i gang og sette strukturene, men har jobbet videre med å lage årsplan og maler for handlingsplaner.

Det har også blitt iverksatt ulike samarbeidsprosjekter gjennom helsefellesskapet. Blant disse er noen prosjekter som «palliativ plan», «digital hjemmeoppfølging av kronisk syke», «barn og unges helsetjeneste», «fra floskel til handling» og «Pasientsentrert helsetjenesteteteam (PHST)». Sekretariatet for helsefellesskapet beskrives som en viktig aktør her. Et annet prosjekt er «rett pasient på rett plass til rett tid». Det har her vært et godt samarbeid mellom helseforetak og kommunene. Prosjektet oppleves dermed å ha gitt stor verdi til både helseforetaket og kommunene.

Helsefellesskapet har også jobbet med å utarbeide malverk for å få mer standardiserte prosesser. Dette er eksempelvis utarbeidelse av en årsplan for helsefellesskapet.

Beslutninger i helsefellesskapet må være konsensusbasert. Enkelte opplever derfor at kommunene som vil minst i samarbeidet får bestemme hvilke saker som går gjennom. I slike tilfeller kan resultatet bli at prosjekter gjennomføres utenfor helsefellesskapet. Dette gjelder spesielt saker der økonomi har en stor rolle. På flere saker, spesielt rundt faglig samarbeid, har helsefellesskapet derimot lyktes med å komme frem til konsensus rundt verdifulle løsninger.

Helsefellesskapet opprettet de 12 faglige samarbeidsutvalgene, der flere av disse har fungert godt. På en annen side blir det mye administrasjon rundt disse utvalgene, og alle har sine egne handlingsplaner. Handlingsplanen for strategisk samarbeidsutvalg er derfor et uttrekk av handlingsplanene for de 12 faglige samarbeidsutvalgene.

Det undersøkes derfor nå en annen organisering av de faglige samarbeidsutvalgene, og det er utarbeidet en mal for hvordan de skal lage handlingsplaner. Det undersøkes også hvorvidt det kan være aktuelt å monitorere gjennomføringen av disse handlingsplanene gjennom en trafikklysmo- dell for å kunne se hvilke tiltak som har blitt gjennomført og ikke.

Regionene har hvert sitt kommunale helseledernettsverk, og dette beskrives som en viktig arena for å få til samordning og økt forståelse av samarbeidsavtalen. Samtidig ser noen informanter et behov for å ha enda mer av denne typen aktivitet.

Å forankre saker med økonomisk betydning for kommunene, eller der det er motstridende meninger blant dem, oppleves av flere som utfordrende. Faglige råd fra FSU må forankres i LSU for å sikre at rådene kan operasjonaliseres til konkrete tiltak hos de som leverer tjenestene. Dette skyldes at det i hovedsak sitter fagkyndige i de faglige samarbeidsutvalgene, mens det i større grad er kommunalsjefer og sykehusledere som sitter i lokale samarbeidsutvalg. De fire prioriterte pasientgruppene er et eksempel på en faglig satsning som må forankres på lokalt ledernivå, og man må se hva det egentlig vil si i de tilhørende regionene.

Samtidig forteller informantene at flere prosesser og faglige samarbeidsutvalg har fungert bra. Etter pandemien har det blitt avdekket et behov for samarbeid mellom kommunene. De faglige samarbeidsutvalgene har hjulpet med dette. Beredskap er et område som trekkes frem her. Samtidig er det usikkert om dette er et resultat av arbeidet i helsefellesskapet, eller om det i større grad er et resultat av et generelt økt fokus på grunn av krig og pandemi.

### Prioriteringer fremover

I den kommende perioden skal det jobbes mer med å se på den strategiske rollen til strategisk samarbeidsutvalg. Eksempelvis er det et mål om å gjøre utvalget mer styrende for de faglige samarbeidsutvalgene. Dette i motsetning til slik det har vært nå, der handlingsplanen til strategisk samarbeidsutvalg er et uttrekk av de faglige samarbeidsutvalgenes sine handlingsplaner.

Spesielt rekruttering trekkes frem som en utfordring som må adresseres i årene som kommer. Større grad av felles løsninger trekkes frem som en del av løsningene på dette. Helsefellesskapet kan være en arena for å bidra til mindre rekrutteringsutfordringer hos alle aktørene, eksempelvis gjennom en felles lønnsstrategi i stedet for å overby hverandre for å få tak i personell.

### Behov for støtte

I tillegg trekkes mer helhetlig tilnærming frem som viktig fremover. Der det tidligere har vært mye diskusjon rundt de forskjellige aktørenes økonomi, blir det viktig fremover å heller se på hvordan ressursene samlet sett kan bidra til best mulig tjenester. Det oppfattes som viktig å styrke hverandre gjennom å dele erfaringer. Et eksempel på dette er arbeidet med digital transformasjon, hvor kommunene i liten grad har vært gjort kjent med eller involvert i helseforetakets digitaliseringsarbeid. I senere tid har kommunene derimot blitt mer koblet på dette arbeidet. Det hevdes samtidig at partnerne i helsefellesskapet kan trenge hjelp for å få en organisering som er mer helhetlig.

På grunn av mye administrativt arbeid rundt de faglige samarbeidsutvalgene, foreslår en informant å ha en ekstra administrativ ressurs til dette. På en annen side har det blitt sett på en omorganisering av utvalgene, og det er også utarbeidet felles malverk for handlingsplaner, noe som kan redusere denne administrative arbeidsmengden.



# Region Vest

## Sogn og Fjordane helsefellesskap

**Om helsefellesskapet:** Helsefellesskapet ble opprettet i 2021, men partnerne har siden samhandlingsreformen hatt en samhandlingsstruktur for kommunikasjon og samarbeid mellom kommuner og helseforetak. Helse Førde og kommunene i opptaksområdet inngår i samarbeidet. Disse kommunene er Kinn, Solund, Hyllestad, Høyanger, Vik, Sogndal, Aurland, Lærdal, Årdal, Luster, Askvoll, Fjaler, Sunnfjord, Bremanger, Stad, Gloppen og Stryn. Samarbeidet er formalisert i en samarbeidsavtale. Ved siden av de pålagte samarbeidsstrukturene skal det opprettes en arbeidsgruppe sammen med samhandlingsbarometeret for å «utvikle og ta i bruk felles tallgrunnlag i prioriteringsarbeidet i helsefellesskapet».

**Partnerskapsmøter:** Det gjennomføres dialogmøter en gang i året.

**Strategisk samarbeidsutvalg:** Det er opprettet ett strategisk samarbeidsutvalg for helsefellesskapet. Utvalgets mandat er å følge opp overordnet samarbeidsavtale, gi vurdering i saker av prinsipiell karakter, drøfte avvik og uønskede hendelser som gjelder samhandlingen og fokusere på økt samarbeid, erfaringsutveksling, kompetanseoverføring og bidra til å utvikle og spre gode modeller for samhandling.

**Faglig samarbeidsutvalg:** Det er opprettet ett faglig samarbeidsutvalg. Hovedoppgaven til faglig samarbeidsutvalg er å jobbe på tett med strategisk samarbeidsutvalg, og faglige forberedelser og utredninger for helsefellesskapet er her en viktig oppgave. FSU jobber også med fasilitering av møteplasser.

**Sekretariatfunksjon for kommunene:** Sunnfjord kommune er vertskommune for kommunalt sekretariat. Vedkommende som innehar funksjonen som kommunalt sekretariat utgjør, sammen med representanter for samhandlingsavdelingen ved helseforetaket, helsefellesskapets felles sekretariat. Det kommunale sekretariatet mottar tilskudd fra Helsedirektoratet.

### Særtrekk ved organisering

Helsefellesskapet har ingen formell nestleder i strategisk samarbeidsutvalg, men rollen som leder rullerer mellom helseforetakets og kommunenes side med to års mellomrom.

### Felles sekretariat og kommunal sekretariatfunksjon

Interkommunal samhandlingskoordinator står for ivaretagelse av sekretariatfunksjonen for kommunene. Vedkommende som har stillingen, ble ansatt før etableringen av helsefellesskap.

Sunnfjord kommune er vertskommune. Som en av de største kommunene i regionen, er de også vertskommune for utviklingscenter for sykehjem og sykehjemstjenester. Etter opprettelsen av helsefellesskapet ble grunnfinansieringen opprettholdt, der stillingen lønnes gjennom et

interkommunalt spleiselag gjennom en fast fordelingsnøkkel. Det kommunale sekretariatet mottar tilskudd fra Helsedirektoratet.

Oppgavene til kommunal sekretariatsfunksjon beskrives å inneholde skriving og føring av saker på vegne av kommunene, og å ha tett samarbeid med samhandlingsledere inn i foraene til felles sekretariat. I tillegg er stillingen benyttet i ulike kommunale samhandlingsforum, kommuneoverlegenettverk, helse- og omsorgsutvalg samt deltar i ulikt utviklingsarbeid og arrangerer konferanser på vegne av kommunene.

Helsefellesskapets felles sekretariat utgjøres av det kommunale sekretariatet og representanter for samhandlingsavdelingen ved helseforetaket.

### Rollefordeling i helsefellesskapet

Rollefordelingen i helsefellesskapet er forankret i overordnet samarbeidsavtale som ble signert i 2022. I tillegg er det flere delavtaler som i det siste har vært til revidering. To av disse er ferdig og ble signert høsten 2023. Det er et eget avtaleutvalg som reviderer alle avtalene, og det fortelles at det har blitt brukt mye tid på dette arbeidet.

Lederrollen for organene i helsefellesskapet går på omgang mellom helseforetaket og kommunene med to års mellomrom.

Kommunene og helseforetaket er representert med like mange representanter i strategisk samarbeidsutvalg. Kommunene er representert gjennom de fire tidligere regionene i Sogn og Fjordane. Dette er Sogn, HAFS (Hyllestad, Askvoll, Fjaler og Solund), Sunnfjord og Nordfjord. I tillegg møter interkommunal samhandlingskoordinator og fastlege, som også kan være kommuneoverlege. I faglig samarbeidsutvalg er også antallet representanter fordelt likt mellom helseforetak og kommunene.

### Erfaringer med samarbeid i helsefellesskap

Samarbeidet i helsefellesskapet beskrives av partnerne som godt, også i forkant av etableringen av helsefellesskapet. Det langvarige samarbeidet antas å være noe av årsakene til at samarbeidet er godt, kombinert med at helsefellesskapsmodellen har bidratt til bredere fokus på samhandling, samt økt engasjement og interesse. Relasjonene mellom partnerne i helsefellesskapet er også god. Det er et relativt lite område med små kommuner, og flere kjenner derfor hverandre fra før. Flere har innehatt stillinger både i helseforetaket og på den kommunale siden. Noe av utfordringen med helsefellesskapet er å skape likeverdighet i samarbeidet, ettersom kommunene er enkeltstående politisk selvstyrte organisasjoner, mens helseforetaket styres gjennom en direkte linje HOD – RHF – HF – (sykehus). Kommunalt sekretariat jobber derfor aktivt ut mot kommunene for større grad av samhandling på kommunal side.

Fra før hadde aktørene i helsefellesskapet en lignende struktur. Likevel oppleves denne å ha blitt tydeligere etter etableringen av helsefellesskap. Nå er det eksempelvis vedtatt en strategi for helsefellesskapet med tilhørende handlingsplan. Dette er noe de involverte aktørene ikke hadde tidligere gjennom daværende samarbeid.

Å ha møteplasser for samhandling har blitt ansett som viktig over tid, og gjennomgang av avtaler rundt inn- og utskriving beskrives som en konkret oppgave som det er viktig at man har møteplasser til. I tillegg har det blitt større involvering av fastleger i helsefellesskapet, noe som har løftet deres betydning og innflytelse.

Helsefellesskapet har også arrangert flere nettverks- og erfaringsamlinger. Det gjennomføres erfaringskonferanse for klinisk personell der tema de to siste årene har vært henholdsvis psykisk helse og rus og skrøpelige eldre. For neste år blir tema igjen psykisk helse og rus.

Samhandlingskonferanse ble arrangert i 2022, og vil arrangeres igjen i 2024.

Felles planlegging mellom kommunene og helseforetaket beskrives som et område helsefellesskapet har utfordringer med å løse, og jobber med. Noe av årsaken til at dette er vanskelig kan være at det er ulike tidshorisonter blant partnerne når de skal føre plan, og det beskrives som lettere for spesialisthelsetjenestene å involvere kommunene i sitt planarbeid enn omvendt. Til tross for at strukturene beskrives relativt like som før, oppleves det også usikkerhet rundt om man har fått sett effekten av felles beslutningsprosesser enda.

Det har også vært en utfordring å få til gode enkeltsaker som virkelig løfter samarbeidet. Det har, og er fortsatt, mange ambisjoner om hva man skal få til. Enkelte forteller eksempelvis at man ikke opplever samme effekten av helsefellesskapet slik andre har hatt. Dette gjelder ikke det administrative, men tilknyttet pasientforløp, eksempelvis å følge pasienten fra kommunen til sykehus og tilbake. Noen av grunnen kan være at kommunene er veldig ulike, og løsninger er ikke nødvendigvis overførbare mellom dem. Kommunene kan da ha ulike prioriteringer med hensyn til ulike fagområder og tematikker, også fordi de har ulikt personell. Dermed har det blitt vanskelig å finne noe som betyr mye for både helseforetaket og alle kommunene. Andre viser til at utfordringene med å implementere og komme godt i gang med felles utviklingsarbeid handler om ulike forvaltningsnivå, ulike forventninger og ulike styringssignaler mellom partnerne. Det anses som viktig å arbeide for samordning både mellom kommunene og mellom kommunene og helseforetaket, ettersom disse kan ha ulike behov og ønsker. Arenaer for samarbeid mellom kommunene utenfor helsefellesskapet omtales i denne forbindelse som viktige for å sikre god forankring og enighet om hva som skal prioriteres. Samhandlingskoordinator har her en viktig rolle i å samordne kommunene slik at de kan møte helseforetaket som en likeverdig partner.

### Prioriteringer fremover

Det har blitt diskutert å plukke ut noen områder som kan løfte helsefellesskapet i større grad. Dette er for å imøtekomme den nevnte utfordringene der det enda mangler gode enkeltsaker.

Å få på plass gode digitale verktøy for kommunikasjon mellom forskjellige nivåer og internt mellom kommunene nevnes også som viktig for å løfte tjenesten i årene som kommer.

Videre anses rekruttering å bli en stor utfordring i årene som kommer. Det har vært snakket mye om rekruttering på ledernivå i helsefellesskapet, men ikke kommet noen konkrete tiltak ut av disse diskusjonene enda. Demografi og geografisk avstand er faktorer som bidrar til utfordringene. Det nye lovkravet om tilbud av psykologtjenester i kommunene oppleves eksempelvis som veldig vanskelig fordi kommunene er såpass små, og i mindre grad har tilgang til denne kompetansen.

### Behov for støtte

Enkelte uttrykker et ønske om støtte til arbeid med å få på plass gode digitale kommunikasjonsformer, samt mer nettverkssamlinger/nettverksarbeid med erfaringsdeling.

Et ønske om styrkede økonomiske insentiver nevnes også av enkelte. Eksempelvis beskrives et forslag om å kunne søke på prosjektmidler som spennende. Det oppleves også et behov fra helseforetakets side om å kunne søke tilskudd til sekretariatsfunksjon på lik linje med ordningen kommunene har.

## Helsefellesskapet i Helse Fonna

**Om helsefellesskapet:** Helsefellesskapet ble opprettet i 2020. Det består av Helse Fonna HF og kommunene Bokn, Bømlo, Etne, Fitjar, Haugesund, Karmøy, Kvinnherad, Sauda, Stord, Suldal, Sveio, Tysnes, Tysvær, Ullensvang, Utsira og Vindafjord. Partnerne har underskrevet overordnet samarbeidsavtale og 12 tjenesteavtaler. Partnerne hadde et samarbeid tidligere som lignet på strukturene i helsefellesskapet, men nå samarbeider de tettere enn tidligere.

**Partnerskapsmøter:** Helsefellesskapet har kun avholdt ett partnerskapsmøte, men i fremtiden skal det gjennomføres en gang i året.

**Strategisk samarbeidsutvalg (SSU):** Helsefellesskapet har etablert et strategisk samarbeidsutvalg, som erstatter tidligere samhandlingsutvalg. SSU skal utforme og følge opp tjenesteavtaler som beskriver oppgave- og ansvarsfordeling mellom helseforetak og kommunene, samt være styringsorgan for FoU-enhet for samhandling (FOUSAM). SSU skal etablere fora for samhandling som for eksempel faglige samarbeidsutvalg, arbeidsgrupper og nettverk.

**Faglig samarbeidsutvalg (FSU):** Helsefellesskapet har opprettet fem faglige samarbeidsutvalg. Utvalgene er fordelt på områdene barn og unge, psykisk helse og rus, personer med flere kroniske lidelser, helseberedskap, og skrøpelige eldre. FSUene skal planlegge og utvikle tjenester sammen, drive felles planlegging av tjenester til de fem gruppene, og sikre helhetlige og sammenhengende tjenester.

**Sekretariatfunksjon for kommunene:** Karmøy er vertskommune for den kommunale sekretærfunksjonen. Kommunal sekretær fungerer i tillegg som leder for FOUSAM. Kommunalt sekretariat har søkt om tilskudd fra Helsedirektoratet.

### Særtrekk ved organisering

Kommunene i regionen har et helseledernetttverk som er en felles møtearena for helse- og omsorgsledere i de 16 kommunene. Nettverket bidrar til god forankring av saker som skal opp i SSU. Dette gjør det lettere for de kommunale representantene i SSU å uttale seg på vegne av alle kommunene. Interkommunal samhandlingskoordinator er fast medlem og sekretær i helseledernetttverket. Kommunene har et arbeidsutvalg (AU) for helseledernetttverket. Hvem som sitter i AU, skal gå på rundgang mellom kommunene slik at belastningen blir fordelt. Helseledernetttverket innstiller fem representanter til SSU som sitter i fire år hver.

Helsefellesskapet avholder fellesmøte, som er et kontakt- og dialogmøte for aktuelle saker i samhandlingsfeltet. Her møter helsefaglig ledelse i alle kommunene, klinikkdirektør i foretaket og medlemmene i SSU.

Et særtrekk ved dette helsefellesskapet er at de også har et samarbeid gjennom FOUSAM, FoU-enhet for samhandling. Dette er en felles forsknings- og utviklingsenhet mellom Helse Fonna HF og de 16 kommunene som er med i helsefellesskapet.



### Felles sekretariat og kommunal sekretariatfunksjon

Personen som er interkommunal samhandlingskoordinator for kommunene har en delt stilling, og arbeider 50 % som leder for FOUSAM og 50 % som sekretær. Administrativ støtte og daglig drift av sekretærstillingen er lagt til Karmøy kommune. Helsefellesskapet har søkt og mottatt tilskudd til sekretariatfunksjonen fra Helsedirektoratet. Arbeidet med å skrive søknaden opplevdes som nyttig for å reflektere rundt rollen til sekretærfunksjonen.

Oppgavene som sekretær er todelt. Hen jobber i fellesekretariat for helsefellesskapet, kalt arbeidsutvalget for SSU. Arbeidsutvalget består av kommunalt sekretariat, leder og nestleder i SSU, samt en koordinator fra helseforetaket. I tillegg er den kommunale sekretæren en del av avtaleutvalget som redigerer og utarbeider samarbeidsavtalene.

Den interkommunale koordinatoren har dialog opp mot statsforvalter og KS med tanke på deres representanter i helseledernetverket. Hen har ansvar for saksforberedelser og utredninger i tilknytning til møter og arbeid i helseledernetverket, med bistand fra de kommunale sjefene. Helseledernetverket, med representanter fra alle 16 kommuner har møte i forkant av SSU sine møter, for å forankre saker som skal tas opp, slik at kommunene står samlet.

Avtaleutvalget ble opprettet høsten 2023, med ansvar for å utarbeide utkast til nye avtaler. Utvalget består av felles sekretariat og jurister fra helseforetaket og kommunene. For de ulike avtalene inviterer avtaleutvalget inn fagpersoner som har kompetanse på de respektive fagområdene. Sekretariatet har ansvar for å koordinere og skrive avtalene. Dette er en prioritert sak i helsefellesskapet. I arbeidet inviteres blant annet alle FSUene til innspillmøter.

### Rollefordeling i helsefellesskapet

Leder- og nestlederrollen i SSU ruller mellom helseforetak og kommunene. Dette er avtafestet i samarbeidsavtalen. Fra helseforetaket er det samhandlingssjefen som stiller som enten leder eller nestleder. Det skal være omtrent like mange representanter fra hver av partnerne i de ulike utvalgene og nettverkene. SSU består eksempelvis av 5 representanter fra kommunene, 5 representanter fra helseforetaket, 1 fastlege, 2 brukerrepresentanter, lederen av FOUSAM og SSU koordinator fra helseforetak og kommuner. Representanter i helsefellesskapet opplever at rolle- og ansvarsfordelingen fungerer bra mellom de ulike aktørene.

På partnerskapsmøtet er helseforetaket representert av styreleder og foretaksledelsen. Kommunene er representert av den politiske og administrative ledelsen. I tillegg er medlemmene i SSU deltakere i Partnerskapsmøtet. Kommunene som inngår i helsefellesskapet varierer i størrelse. Rollene fordeles derfor mellom kommunene med utgangspunkt i hvor mye kapasitet de har og på omgang.

Helseledernetverket blant kommunene møtes i forkant av alle møtene i SSU for å diskutere og forankre saker som skal opp. Alle kommunene har anledning til å bli hørt i dette forumet. Dette oppleves som en god måte å organisere kommunene på. Helseledernetverket ble etablert før helsefellesskapet ble opprettet, men denne organiseringen har styrket kommunesiden i helsefellesskapet.

### Erfaringer med samarbeid i helsefellesskap

Partnerne i dette helsefellesskapet har hatt en tilsvarende modell for samarbeid i lengre tid. Etter opprettelsen av helsefellesskapet opplever partnerne at de jobber tettere sammen enn tidligere. Det er blant annet mye hyppigere møtevirksomhet. Enkelte opplever at summen av

arbeidsoppgaver blir stor når samhandlingsoppgavene kommer i tillegg til andre roller og oppgaver. Ansettelsen av den kommunale koordinatoren inn i helsefellesskapet har vært en stor ressurs for kommunesiden og tatt noe av belastningen fra andre kommunale representanter i SSU. Dette oppleves som positivt, både for kommunene og helseforetaket.

Partnerne hadde tidligere et samarbeid mellom Helse Fonna HF og kommunene som passet godt med strukturen i helsefellesskapet. Derfor var det enkelt å tilpasse den strukturen som allerede var der til helsefellesskapet. De har med andre ord ikke opplevd store utfordringer med etableringen av helsefellesskapet.

I dag har partnerne et tett samarbeid rundt samhandlingsutfordringer. Et eksempel på godt samarbeid er sommeravviklingen, som har blitt bedre de siste årene på grunn av felles planlegging. Til tider oppstår det uenigheter om hvordan man skal løse ulike saker, men det oppleves ikke som konflikt. De er enige om at de kan være uenige.

Opprettelsen av FSU har ført til at det arbeides med flere sammenhengende tjenester og pasientforløp samtidig. Tidligere jobbet partnerne med en problemstilling om gangen, nå er arbeidet bredere og mer fokusert på sammenhenger. Samarbeidsmodellen er mer eller mindre lik som tidligere, men flere personer og roller er involvert nå. Helsefellesskapet Fonna har kommet særlig langt i arbeidet med barn og unge med psykisk lidelser. Her jobber partnerne tett med hverandre, og alle er stolt av hva de har fått til sammen.

Med helsefellesskapet er de godt rigget dersom de plutselig må håndtere noe uforutsett. For eksempel la det grunnlag for et godt samarbeid under pandemien. Helsefellesskapet har en struktur som er egnet for å håndtere ulike problemstillinger. Partnerne har samarbeidet godt med å etablere samarbeidsavtaler og rutiner. Erfaringene fra pandemien har også bidratt til å forbedre samarbeidet mellom helseforetak og kommunene. Erfaringene gjorde dem bedre på felles planlegging, og styrket opplevelsen av å være likeverdige partnere i samarbeidet. For å få til god oppgavedeling mellom helseforetak og kommunene er det viktig at kommunene får nok tid til å omstille seg når de overtar oppgaver fra helseforetaket. Det er videre viktig at eventuelle utfordringer løses med gode prosesser.

Helsefellesskapet arbeider etter konsensusprinsippet. De forsøker derfor alltid å diskutere seg fram til enighet. Hvor lang tid det tar å bli enige om en sak kommer av og til an på hvor gode saksforberedelsene har vært. Arbeidsutvalget for SSU forbereder sakene som skal opp i SSU og utarbeider aktuell dokumentasjon. En utfordring de opplever er å få med fastlegene på alle nivåene i helsefellesskapet.

En annen utfordring helsefellesskapet opplever er å få representantene i de ulike utvalgene til å prioritere arbeidet. Det er uheldig hvis manglende prioritering av arbeidet fører til ubalanse i representasjon.

I tidligere samarbeid fantes det 11 faglige nettverk med hvert sitt mandat. Med helsefellesskapene ble det etablert fem FSUer. FSUene er bedre forankret enn det nettverkene var tidligere. FSUene har også fått en tydeligere stemme og plass enn nettverkene hadde, og er mer tilpasset prioriteringene som blir gitt fra nasjonalt hold. Det skal gjennomføres en evaluering av rollefordeling og representasjon i FSUene. Enkelte mener eksempelvis at det ikke er antallet medlemmer fra helseforetaket og kommunene som er viktig, men i stedet rollefordelingen mellom partnerne. Evalueringen skal også undersøke om FSUene har stort nok handlingsrom.

Dersom helsefellesskapet opplever utfordringer i samarbeidet som de ikke klarer å løse på egenhånd søker de råd andre steder. En av sakene er tatt til tvisteløsningsnemda. Saken gjaldt ikke en tvist, men ulik forståelse av lovverket. Når partnerne skal i gang med revisjon av samarbeidsavtalen kan de få veiledning av tvistløsningsnemda. Kommunene kan også få bistand fra KS og drøfte saker med dem. Som regel blir de enige internt i helsefellesskapet.

Når det gjelder endringer i pasientrettet arbeid er FSUene viktige. Det er mange flinke fagfolk i FSUene som ønsker å få til noe i samarbeid. Det er viktig at de fem FSUene møtes på tvers for å diskutere tilnærming, lære av hverandre og få felles arbeidsmetoder. Det er et ønske om at FOUSAM kunne hatt en større rolle i dette arbeidet.

Samarbeidet oppleves generelt som godt. Helsefellesskapet har jobbet mye med kulturbygging og felles forståelse i helsefellesskapet. FOUSAM har en sentral rolle for å få til dette, og det er noe partnerne kontinuerlig må jobbe med. I begynnelsen var det en ubalanse mellom partnerne i favør helseforetaket. Denne ubalansen er nesten borte i dag.

Kommunene har fått styrket sitt samarbeid opp mot helseforetaket gjennom godt samarbeid i helseledernetverket. Kommunene får snakket gjennom saker og blitt enige i forkant av SSU. Dette gjør jobben for de fem kommunale representantene i SSU enklere.

Likevel oppleves det til tider som at helseforetaket og kommunene ikke er likeverdige parter inn i samarbeidet. Dette gjelder med tanke på både mandat og myndighet. Informasjonen som kommer fra Helsedirektoratet kommer til helseforetaket, som videresender til kommunene. Dermed mottar ikke alltid kommune informasjonen samtidig med helseforetaket. Helsedirektoratets praksis på dette området fører til at en aktør sitter i førersetet. Det er også én aktør som er ansvarlig for å arkivere alle avtaler og annen dokumentasjon i helsefellesskapet.

### Prioriteringer fremover

Fremover skal alle samarbeidsavtalene revideres i samsvar med ny nasjonal veileder for samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner. Det er planlagt å bruke hele 2024 på å komme i mål med dette arbeidet. I tillegg skal det jobbes videre med sammenhengende tjenester i de ulike FSUene. På sikt ønsker partnerne å styrke arbeidet med kunnskapsoverføring, opplæring og lignende arbeid.

Helsefellesskapet skal også jobbe med overføring av oppgaver fra helseforetak til kommunene. Andre utfordringer de må samarbeide om fremover er rekruttering av helsepersonell og hvordan tilby gode tjenester med begrensede ressurser.

Rollen og oppgavene som skal legges til felles sekretariatet og samarbeidet med FOUSAM må avklares.

### Behov for støtte

Det er behov for økt tilgang på ressurser for å fremme et godt samarbeid i helsefellesskapet. Helseforetaket har i dag egne samhandlingsenheter. Til sammenligning har kommunerepresentantene, med unntak av samhandlingskoordinator, fulle stillinger andre steder. Samhandlingsoppgavene kommer dermed på toppen av arbeidsoppgaver som følger med en allerede full stilling. Videre meldes det om behov for overføring av midler til sekretariatet og til drift av helsefellesskapet.

En informant poengterer at brukermedvirkning er viktig, og at helsefellesskapet må styrke innsatsen for å bruke ressursene på en god måte i utvalgene. I tillegg melder informantene om at det er viktig å opprettholde fokus på hovedoppgaven og skape en felles forståelse av situasjonen. Tillit må ligge i bunnen av samarbeidet.

Det er viktig med god forankring i toppledelsen hos aktørene som inngår i helsefellesskapet. Helsefellesskapet må ha tydelige planer for hvor de vil. Det rapporteres om behov for gode og tydelige nasjonale føringer for hva helsefellesskapet skal være og jobbe med. Alt helsefellesskapet gjør må ha en kobling til føringer og planer for helseforetak og kommuner. Videre må det gis tillitt og ansvar til de som jobber pasiententnært.

## Helsefellesskapet i Bergensområdet

**Om helsefellesskapet:** Opprettet september 2022 som en samarbeidsarena mellom Helse Bergen HF og kommunene Alver, Askøy, Austevoll, Austrheim, Bergen, Bjørnafjorden, Eidfjord, Fedje, Gulen, Kvam, Masfjorden, Modalen, Osterøy, Samnanger, Ulvik, Vaksdal, Voss og Øygarden. Helsefellesskapet er en videreutvikling av samarbeidet som eksisterte mellom Helse Bergen og de 18 kommunene i opptaksområdet. Det er formalisert i en samarbeidsavtale vedtatt av styrene i helseforetaket og de 18 kommunestyrene sommeren/høsten 2022.

**Partnerskapsmøter:** Det ble avholdt et partnerskapsmøte 19. april 2023.

**Strategisk samarbeidsutvalg:** Helsefellesskapet har opprettet strategisk samarbeidsutvalg bestående av kommunale representanter og representanter fra spesialisthelsetjenesten (Helse Bergen HF og Haralds plass diakonale sykehus) samt private ideelle organisasjoner innen psykisk helsevern og brukerrepresentanter. SSU møtes minst fire ganger i året og behandler og følger opp prinsipielle saker som gjelder hele helsefellesskapet. SSU har ansvar for drift av helsefellesskapet. Oppgavene er blant annet å opprette de faglige utvalgene, gi innspill til høringer, følge opp avtalene, utarbeide årlig handlingsplan med felles prioriteringer, gjennomgang av avtalene, felles styringsinformasjon med blant annet tall og datagrunnlag. Det er ønske om at de skal forvalte felles budsjett dersom dette blir aktuelt. SSU skal være en pådriver for samhandling og endringer både i eget helsefellesskap og nasjonalt.

**Faglig samarbeidsutvalg:** Faglig samarbeidsutvalg skal sikre helhetlige og sammenhengende tjenester, med et forløp på tvers av forvaltningsnivåer. Helsefellesskapet har to faglige samarbeidsutvalg: medisinskfaglig utvalg og underutvalg for akuttmedisin og beredskap. I tillegg finnes det syv faglige nettverk tilknyttet helsefellesskapet: barn som pårørende, faglig nettverk for ernæringsarbeid, fagråd syn i Helse Bergen, geriatri, lindrende behandling, lærings- og mestringsnettverk og regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering.

**Sekretariatfunksjon for kommunene:** Helsefellesskapet har opprettet felles sekretariatfunksjon for kommunene. Den kommunale sekretariatfunksjonen er delt mellom fire kommuner, hver av de representerer kommunene i sin region. Bergen kommune søker tilskudd fra Helsedirektoratet på vegne av kommunene i fellesskapet.

### Særtrekk ved organisering

I tillegg til strategisk samarbeidsutvalg og faglige samarbeidsutvalg har helsefellesskapet i Bergensområdet fire områdeutvalg som skal behandle og følge opp saker som gjelder det enkelte utvalgsområdet, Nordhordland, Bergen kommune, Voss lokalsjukehusområde eller Bergensregionen. Samarbeidsstrukturen som fantes før opprettelsen av helsefellesskapet var knyttet til de fire regionene og helsefellesskapet valgte å beholde områdeutvalgene.

### Felles sekretariat og kommunal sekretariatfunksjon

Helsefellesskapet har et fellesekretariat bestående av fire representanter for kommunene og tre representanter for helseforetaket. Kommunerepresentantene deltar i arbeidet på vegne av kommuner i hver sin av de fire regionene: Nordhordland, Bergen kommune, Voss

lokalsjukehusområde eller Bergensregionen. Hvilken kommune som representerer regionen, går på omgang. Kommunene i regionen blir seg imellom enige om hvilken kommune som skal være representant i perioden. Det vurderes som viktig for rollen som kommunerepresentant i felles sekretariat at kommunerepresentanten har nærhet til politisk og strategisk nivå i sin kommune.

Sekretariatet har i oppgave å forberede og følge opp saker til SSU. I tillegg har de kommunale representantene (det kommunale sekretariatet) ansvar for å følge opp områdeutvalgene med referat o.l. Ansvarsmengden er tilnærmet likt fordelt mellom de ulike kommunale representantene.

Bergen kommune har, på vegne av det kommunale sekretariatet, søkt tilskudd fra Helsedirektoratet til sekretariatfunksjonen. Søknadsprosessen opplevdes som noe krevende første året i henhold til hvordan tilskuddet skulle deles mellom de fire representerte kommunene. Erfaringen fra første søknadsrunde gjorde det imidlertid enklere å søke følgende år.

### Rollefordeling i helsefellesskapet

Rollefordelingen i helsefellesskapet fungerer så langt godt. Fordelingen av roller er regulert gjennom egen overordnet samarbeidsavtale. Roller og ansvar skal være likt fordelt mellom partnerne. Leder og nestleder i SSU veksles mellom å være kommunal og statlig. I første periode har ledervervet vært kommunalt, men fra våren 2024 vil lederen være fra helseforetaket.

Helsefellesskapet i Bergensområdet arbeider, som de øvrige helsefellesskapene, ut ifra et prinsipp om konsensus mellom partnerne. Målet er å sikre god representasjon for å få belyst de ulike sakene fra ulike sider, og gjennom et helhetlig perspektiv nå konsensus. Det pekes derfor på at det er viktig med representasjon fra både kommuner, offentlige og private helseforetak, fastleger og kommuneoverlege, ideelle organisasjoner og brukerrepresentasjon fra både kommunene og helseforetak. Representasjon fra ungdomsråd har også blitt tatt inn, ettersom barn og unge er en av de prioriterte pasientgruppene.

Det er noen utfordringer med å sikre brukerrepresentasjon inn i helsefellesskapet.

I henhold til rollefordeling mellom kommunene, er helsefellesskapet definert i fire områdeutvalg. Alle kommunene er representert gjennom sitt områdeutvalg. I SSU er det en representant fra hvert områdeutvalg, som representerer hele området. Områdeutvalget velger selv ut sin representant til SSU, men det varierer mellom de ulike områdeutvalgene hvordan de velger ut og rullerer på representanten. Relevante saker fra områdeutvalgene blir fremmet i SSU.

Enkelte peker på noen utfordringer ved at det er politisk toppledelse som skal møtes i partnerskapsmøte, og at øverste leder i kommunene noen ganger sitter litt for langt unna helsefeltet. Det har derfor blitt diskutert om heller leder på helsefeltet i kommunene skal delta. Det har også blitt foreslått at det er kommunalsjefene på helse som skal implementere strategien når den er plass, og at de derfor bør delta på partnerskapsmøtet.

### Erfaringer med samarbeid i helsefellesskap

Det har vært en samarbeidsstruktur i regionen i over ti år, og helsefellesskapet bygger videre på denne. Etter etableringen har det blitt laget nye overordnede samarbeidsavtaler som er politisk behandlet og signert. Det har også blitt gjennomført en rekke møter i de ulike nivåene for å få strukturen på plass.

Det oppgis at partnerne må ha en felles forståelse for utfordringsbilde og hva helsefellesskapet skal fokusere på. Også rollefordelingen fungerer så langt godt. Samtidig blir det nevnt at det er ulik

modenhet for strategisk samarbeid blant partnerne. Blant annet løftes det frem at kommunene har behov for mer tid til å innta sin rolle som samarbeidspartner i helsefellesskapet, da de ikke er vant til å jobbe i slik samarbeidsform og at de har egen styringsstruktur uten overordnet myndighet. Det går en skillelinje mellom Bergen og de andre kommunene, hvor storkommunen tar mer plass. I noen saker forsøker kommunene å arbeide raskere, hvor det kanskje ikke er behov for at saken går hele runden.

Områdeutvalgene sikrer god representativitet blant de 18 kommunene, og det har vært særlig viktig for Bergen å bevare dette nivået inn i den nye strukturen. Samtidig er det noen utfordringer knyttet til hvilke saker som skal løftes på hvilket nivå – om det skal opp til SSU eller områdeutvalget. Imidlertid oppleves det positivt med et felles SSU som kan ta felles beslutninger, i motsetning til før helsefellesskapet ble opprettet. Det er tiltro til at felles beslutningsorgan kan fungere godt. Samtidig er dette en utfordring da kommunene og helseforetaket operer med utgangspunkt i ulike styringslogikk, og sakene ofte må gå tilbake til kommunene før det tas beslutninger.

Helsefellesskapet er i gang med fellesplanlegging, og utarbeider nå en strategi for sitt arbeid som skal gjelde i fire år. Alle partnerne i helsefellesskapet gis mulighet til å komme med innspill til strategien. I tillegg skal det gjennomføres en innspillskonferanse for innbyggere og frivillige organisasjoner. Målet er å kunne legge frem forslag til strategi ved neste partnerskapsmøte i februar 2024.

Det er imidlertid for tidlig å si så mye om positive eller negative endringer i samarbeidet etter opprettelsen av helsefellesskapet, ettersom mye av arbeidet som gjøres er en videreføring av den tidligere samarbeidsmodellen. Blant annet gjøres det pasientrettet arbeid, for eksempel med felles e-læringsplattform for utskrivning av pasienter, men dette kommer fra den tidligere samarbeidsmodellen. Samtidig blir det nevnt at samarbeidsstrukturen nå er tydeligere og har større overordnet forankring.

Til nå har arbeidet i helsefellesskapet stort sett handlet om å få på plass strukturene. Det gjenstår en del arbeid på å bevege seg videre fra strategiske diskusjoner på overordnet nivå, til praktisk arbeid. Partnerne ønsker å involvere hverandre i planer på ulike nivå, men dette gjøres fortsatt ikke i tilstrekkelig grad. Det er behov for å bevege seg fra å stille krav til hverandre til å få til samarbeid om felles løsninger. Det er også nødvendig å se på hvordan partnerne kan samhandle vedrørende helsepersonell og etablere tilbud hvor partnerne har ressurser i fellesskap, heller enn å konkurrere om ressursene seg imellom. Arbeidet med de fire pasientgruppene har ikke kommet så langt som man skulle ønske, men det er tro på at dette kommer mer på plass når FSUene har kommet bedre i gang.

Helsefellesskapet har imidlertid fått til et samarbeid knyttet til utdanningsbehov, hvor det undersøkes hvordan man kan få utdanningsløp som ivaretar helheten. Her forsøker partnerne å påvirke i fellesskap, blant annet om praksisfunksjoner i utdanningene.

En utfordring som løftes frem er mangelen på felles budsjetter og finansiering. Den todelte økonomien legger ikke til rette for å tenke som et fellesskap. Dette fører til at aktørene i stor grad jobber for seg selv. Det påpekes at det er nødvendig å se på finansieringsordningene for det totale helsebildet, også på nasjonalt nivå.

### Prioriteringer fremover

Fremover skal helsefellesskapet arbeide med å få satt strukturen og videre sikre god representasjon og involvering av kommunene. Det blir blant annet viktig å få på plass FSUene. Strategien som nå

utvikles skal gi en felles retning, og sikre at helsefellesskapet snakker med én stemme og planlegger som en samlet enhet. Det skal også utarbeides handlingsplaner for de fire prioriterte pasientgruppene. Det blir her viktig å gjøre gode prioriteringer, og videre sørge for at helsefellesskapet får en autoritet og påvirkning utover å være en møteplass.

Helsefellesskapet skal også fokusere på å planlegge mer samordnet fremover, og slik komme frem til gode fellesløsninger. Blant annet gjelder dette for teknologiske systemer, for å sikre systemer som fungerer for alle og snakker sammen. Det blir også viktig med felles planlegging om rekruttering og bemanning fremover, som sikrer smartere bruk av ressurser og å unngå å rekruttere bort fra hverandre.

### Behov for støtte

Det er ønske om å få på plass økonomiske insentiver for samhandlingsprosjekter, for eksempel med en pott for utvikling og testing, og en for samhandling. Midlene må imidlertid komme i tillegg til de eksisterende budsjettene.



## Helsefellesskapet i Sør-Rogaland

**Om helsefellesskapet:** Helsefellesskapet består av Helse Stavanger HF og 15 kommuner. Kommunen omfatter Sandnes, Stavanger, Hjelmeland, Sokndal, Klepp, Bjerkreim, Sola, Strand, Time, Eigersund, Lund, Hå, Gjesdal, Kvitsøy og Randaberg. Helsefellesskapet er en reetablering av tidligere samhandlingsorganer. Dagens helsefellesskap ble opprettet i 2019 på initiativ fra KS og helseforetaket. Helsefellesskapet har gjort strukturelle tilpasninger i tråd med nasjonale føringer de siste år. Partnerne har underskrevet en samarbeidsavtale.

**Partnerskapsmøter:** Partnerskapsmøtet har ikke vært vedtaksfestet, og ligner mer et samhandlingsorgan. Møtet avholdes årlig.

**Strategisk samarbeidsutvalg:** Helsefellesskapet har opprettet ett strategisk samarbeidsutvalg. Møtene avholdes hvert kvartal. SSU skal sikre strategisk samhandling på overordnet nivå og være retningsgivende i saker av strategisk og samhandlingmessig karakter mellom partnerne. Det skal også støtte opp om arbeidet i FSU.

**Faglig samarbeidsutvalg:** Det er opprettet ett FSU. Disse møtes seks ganger per år. Under FSU finner man tjenestemodellgrupper, og faste fagråd, arbeidsgrupper eller nettverk for aktuelle saker. FSU skal følge opp tjenestemodellgruppene og fagrådene, legge frem forløp-/samhandlingsstrukturer for SSU og ellers følge opp mandatet som er gitt i overordnet avtale.

**Sekretariatfunksjon for kommunene:** Hver av partnerne (kommunene og helseforetaket) stiller med ressurser til å ivareta helsefellesskapets felles sekretariatsfunksjoner. KS' administrasjon bistår kommunene mens helseforetaket velger selv sin ressurs. Kommunalt sekretariat har søkt om tilskudd fra Helsedirektoratet.

### Særtrekk ved organisering

Det eksisterer en ordning der fylkesstyrelederen i Vestland og Rogaland møter administrerende direktør i Helse Vest to ganger i året. Ordningen regnes å være utenfor helsefellesskapet, men representerer likevel en viktig funksjon. En fast post på disse møtene er hvordan helsefellesskapet fungerer og hva som skal skje videre.

KS er relativt involvert i dette helsefellesskapet. Dette henger sammen med at KS tok initiativ til å starte opp det opprinnelige helsefellesskapet i regionen. Her har praksis vært at representanten som sitter som leder eller nestleder fra kommunesiden i SSU er valgt inn i fylkestyret i KS Rogaland. Fylkesleder i KS sitter i SSU sammen med representantene fra kommunedirektørene. I tillegg er fagansvarlig fra KS region vest med i SSU.

Tjenestemodellgruppene er organisert under FSU. Disse er opprettet for å prioritere utvikling av tjenester til pasienter som trenger helhetlige og koordinerte tjenester både fra spesialist- og primærhelsetjenesten. Arbeidet omhandler fire prioriterte pasientgrupper: barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser.

### Felles sekretariat og kommunal sekretariatfunksjon

Ordningen med et felles sekretariat for kommunene i helsefellesskapet har vært på plass siden oppstarten i 2019. KS samarbeider tett med den kommunale samhandlingskoordinatoren som er ansvarlig for kommunenes felles sekretariat. KS veksler med helseforetaket på å ha leder og sekretariat for SSU. KS og helseforetaket innehar rollene i to år om gangen.

Stavanger er vertskommune for den kommunale sekretariatsfunksjonen. Den representerer de 15 kommunene som er med i helsefellesskapet. Kommunene har søkt om tilskudd fra Helsedirektoratet. Tilskuddet dekker 50 % av kostnadene til sekretariatsfunksjonen. Søknadsprosessen oppleves ikke som komplisert. Kommunene opprettet en sekretariatsfunksjon siden de merket at kommunene ikke var godt nok forberedt inn i møtene. Dette hadde konsekvenser på hvorvidt de var likeverdige partnere. Nå opplever partnerne at man i større grad stiller likeverdig.

### Rollefordeling i helsefellesskapet

Som de fleste andre helseforetak ruller rollen som leder og nestleder mellom helseforetak og kommunene. Det er samme struktur i FSU. Informantene poengterer at det er viktig at man stiller med personer på samme nivå og mandat i de ulike utvalgene.

Helseforetaket og kommunene stiller med samme antall representanter i SSU og FSU. I SSU tilsvarer dette 6 representanter fra hver aktør, og i FSU 7 representanter fra hver aktør.

På partnerskapsmøtet deltar kommunene med ordførere og kommunedirektører. Helseforetaket deltar med administrerende direktør med ledergruppe og styret i Helse Stavanger. I tillegg inviteres brukerrepresentantene som møter i SSU og FSU. Man arbeider nå med å sikre at samtlige aktører stiller til møtene. SSU har ansvar for innholdet i partnerskapsmøtet, og sørger for at de overordnede temaene i helsefellesskapet blir prioritert, samt at det er god representasjon fra både kommuner og helseforetak i programmet.

Kommunene i helsefellesskapet er 15 selvstendige enheter. Fra kommunenes side er det kommunedirektørene som stiller i SSU. Hvilke direktører som representerer de ulike regionene avklares i kommunedirektørutvalget. Kommunerepresentantene i SSU og FSU representerer både egen kommune og de andre kommunene i sin region. Kommunene er av ulike størrelse og organisering, og har ulike forutsetninger. Kommunene klarer på tross av dette å være godt koordinert inn mot møtene i SSU. Det oppleves som at kommunerepresentantene møter godt forberedt. Dette sikrer at man fanger opp det som skjer ute i kommunene, og aktuelle saker kan tas med til diskusjon i SSU ved behov.

Det kommunale sekretariatet holder utsjekks- og innspillmøter med kommunalsjefene i foretaksområdet før FSU-møtene, og med kommunesiden i SSU før SSU-møtene. I disse forumene kommer innspill til agenda i møtene, til saksutredningen og til hvilke representanter som skal være talsperson i sakene.

Det har vært de samme representantene i møtene over lang tid, noe som har vært positivt for samarbeidet.

Kommunene spleiser på honorar til fastleger og brukerrepresentanter som deltar på helsefellesskapets samarbeidsarenaer.

### Erfaringer med samarbeid i helsefellesskap

Helsefellesskapet var en reetablering av et samarbeid kommunene og helseforetaket hadde fra før, som var initiert av KS fylkesstyre og direktøren i helseforetaket. Partnerne har blant annet hatt SSU over flere år. Her var ledergruppen til helseforetakets direktør, kommunedirektører valgt av KDU i Rogaland og KS fylkesstyreleder representert. En gang i året holdt partnerne utvidet partnerskapsmøte med styret og administrativ ledelse i helseforetaket, og administrativ og politisk ledelse i alle kommunene. Dette har blitt spisset og tilpasset nå med etablering av helsefellesskapet. Det oppleves som at helseforetak og kommunene er mer likeverdige partnere med dagens organisering. Dette kommer i stor grad av god organiseringen av kommunene. I tillegg er det nedfelt i samarbeidsavtalen. Kommunene er nå en mer aktiv partner i samarbeidet, og er med på å sette dagsorden og agenda i større grad enn tidligere.

SINTEF har på oppdrag for helsefellesskapet laget en felles kunnskapsrapport med framskrivninger for demografi og behov for helsetjenester og sannsynlig utvikling innen de samme områdene. Dette har gitt grunnlag for en felles situasjonsforståelse, noe som oppleves positivt. Flere temaer, som for eksempel rekruttering, bemanningsutfordringer og utdanningsløp for ulike fagområder, berører både helseforetaket og kommunene og egner seg derfor som diskusjonstema i helsefellesskapet.

Generelt opplever partnerne at helsefellesskapet er en god arena for dialog og samarbeid, og at arbeidet blir prioritert av begge. Partnerne er engasjerte og investerer tid og ressurser. Møtene i SSU fungerer bra, og pandemien førte til at samarbeidet ble tettere og bedre. Et eksempel på god samhandling er prosessen rundt byggingen av nytt sykehus i Stavanger. Det har vært god dialog og samarbeid, både på det overordnede strategiske nivået, med hensyn til det praktiske rundt byggingen, og rundt det faglige (som for eksempel flyten mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten).

Helsefellesskapet er relativt nytt og erfaringene i samarbeidet brukes for å forbedre samhandlingsstrukturen på alle nivå. En av utfordringene er at samhandling går over forvaltningsnivå. At flere kommuner skal sikre forankring og ta beslutninger gjør at det kan bli byråkratisk og ta tid. Arbeidet med mandatene for tjenestemodellgruppene er et slikt eksempel.

Partnerskapsmøtet er en mulighet til å sikre innsikt og forankring hos politisk ledelse i kommunene og styret i helseforetaket med hensyn til utfordringer og muligheter knyttet til samhandling. Formaliserte partnerskapsmøter er en relativt ny arena, og kom i kjølvannet av statlige føringer for organisering av helsefellesskapet. Det ligger en forventning om deltakelse på partnerskapsmøte fra både styret i Helse Stavanger og politisk ledelse i kommunene. Forventningene er formalisert i inngåtte samarbeidsavtaler. Det er enighet i SSU om at temaenes relevans og kvaliteten på innlegg er en forutsetning for at møtet prioriteres. Sist partnerskapsmøte tok opp utfordringene knyttet til demografi og behandling i helsesektoren med utgangspunkt i et innlegg fra Gunnar Bovim, leder av Helsepersonellkommisjonen (NOU 2023:4 -Tid for handling). I tillegg ble utdrag av rapport og forslag fra Sykehusutvalgets utredning (NOU 2023:8. Fellesskapets sykehus – Styring, finansiering, samhandling og ledelse) presentert av et av medlemmene i utvalget, Janne Johnsen. Det var mange som deltok, og evalueringen i etterkant var god.

En mulighet, som også er en utfordring i helsefellesskapet, er hvordan man sikrer tidsmessig riktig informasjon til hverandre sett i lys av interne behov og prosesser. Dette må helsefellesskapet jobbe videre med. Det er viktig at man bruker samhandlingsstrukturene til å koble hverandre på så tidlig som mulig i prosesser, men det oppleves vanskelig å sikre at de interne avgjørelsene kommer tidsmessig opp i SSU.

Fastlegene har en sentral og viktig rolle i helsetjenesten, og er en viktig representant for kommunehelsetjenesten i helsefellesskapet. I helsefellesskapet i Sør-Rogaland har kommunesiden derfor lagt til rette for felles møter for fastlegerepresentantene på alle nivåer og lederne for Lokale samarbeidsutvalg som deres "bakland". Det gjennomføres også Teams-møter for fastlegerepresentantene for å gi støtte i representasjonsrollen.

Spesialisthelsetjenesten og kommunene har ulike styringslinjer og ulik grad av handlingsrom når det gjelder å prioritere. De økonomiske rammene oppleves stramme for begge aktørene og kan være til hinder for å finne løsninger som tjener helheten, dersom det øker den økonomiske risikoen for begge aktørene. Koordinerte styringssignaler til både spesialist- og kommunehelsetjenesten, samt øremerkede midler som understøtter utvikling av gode pasientforløp på tvers av sektorer er ønskelig.

### Prioriteringer fremover

I tiden framover skal helsefellesskapet utarbeide en strategi. Dette skjer i FSU og blir lagt fram for SSU for beslutning. I dette arbeidet vil de undersøke hva som er behovet hos kommunene og helseforetak, og resultatene vil danne grunnlaget for hva som blir helsefellesskapets viktigste prioriteringer framover. Tilgang på og rekruttering av helsepersonell er en utfordring for begge partnerne, og et tema de vil arbeide med fremover. Helsefellesskapet har også vedtatt en intensjon om felles innbyggerkommunikasjon. I tillegg er utdanning og kompetanse et annet tema det er aktuelt å diskutere i fellesskap.

Nytt sykehus er viktig for befolkningen i regionen. Helsefellesskapet er en arena for å informere om nye konsepter som etableres i nytt sykehus, eksempelvis et stort og moderne akuttmottak. Etableringen av nytt sykehus vil også ha innvirkning på helsefellesskapets arbeid fremover. Når spesialisthelsetjenesten kommer inn i nytt sykehus vil det føre til noen endringer av deres praksis. Dette blir også et fokusområde fremover.

### Behov for støtte

Som følge av noen av de ovennevnte utfordringene er det ønskelig med mer koordinerte styringssignaler fra myndighetene til spesialist- og kommunehelsetjenesten. Det etterspørres også finansieringsordninger som i større grad understøtter samhandlingsinitiativ.

Helsefellesskapet ønsker seg videre og tilstrekkelig tilskudd til sekretariatsfunksjonen, ettersom denne oppfattes som viktig for helsefellesskapets arbeid.



# Region Sør-Øst

## Helsefellesskapet Agder

**Om helsefellesskapet:** Det formaliserte samarbeidet mellom Sørlandet sykehus og kommunene i Agder startet i 2006 gjennom et initiativ fra Kristiansand kommune. Fra 2006 og fram til oppstart av samhandlingsreformen var Overordnet strategisk samarbeidsutvalg (OSS) et «trepartssamarbeid mellom Sørlandet sykehus HF, Kristiansand kommune og Arendal kommune.

Ved oppstart av Samhandlingsreformen i 2012 ble dette samarbeidet utvidet til å innbefatte SSHF og alle 25 kommuner i Agder (Arendal, Birkenes, Bygland, Bykle, Evje og Hornnes, Farsund, Flekkefjord, Froland, Gjerstad, Grimstad, Hægebostad, Iveland, Kristiansand, Kvinesdal, Lillesand, Lindesnes, Lyngdal, Risør, Sirdal, Tvedestrand, Valle, Vegårshei, Vennesla, Åmli, Åseral). I 2019 ble OSS innlemmet i Helsefellesskapet Agder. Det er signert samarbeidsavtaler mellom partnerne, og en koordinerende avtalegruppe skal sørge for at disse avtalene er i orden. Ved siden av pålagte strukturer finnes sekretariatfunksjonen administrativt arbeidsutvalg, regionale samarbeidsutvalg (RS), samt faggruppen analyse- og styringsdata.

**Partnerskapsmøter:** Avholdt årlig siden 2020, men det har ikke blitt ført protokoller fra disse møtene. I tillegg til Partnerskapsmøtet, som er en møtearena for politisk og administrativ toppledelse, har det også blitt avholdt en Helsekonferanse. Denne er nå besluttet avviklet.

**Strategisk samarbeidsutvalg:** Det er etablert et strategiske samarbeidsutvalg i helsefellesskapet, Overordnet strategisk samarbeidsutvalg (OSS). OSS har som mandat å utvikle strategier og håndtere regionale saker.

**Faglig samarbeidsutvalg:** Helsefellesskapet har fem faglige samarbeidsutvalg, omtalt tidligere som samhandlingsråd, der fagpersoner fra kommuner og helseforetaket samarbeider om å øke kvaliteten på samhandling og tjenester. Disse faglige samarbeidsutvalgene er for områdene psykisk helse og rus, somatisk rehabilitering, medisin faglig, akuttmedisinsk kjede og IKT.

**Sekretariatfunksjon for kommunene:** Kommunene i helsefellesskapet har etablert Kommunenes overordne strategiske samordningsorgan (KOSS) som arena for koordinering mellom kommunene. KOSS har et eget sekretariat hvor Arendal og Kristiansand er vertskommuner. Helsefellesskapets felles sekretariat kalles administrativt arbeidsutvalg, og består av samhandlingsrepresentanter fra kommuner og helseforetak, deriblant de samme personene som inngår i kommunenes felles sekretariatfunksjon. Kommunalt sekretariat har søkt om og mottar tilskudd fra Helsedirektoratet.

### Særtrekk ved organisering

I tillegg til strukturene som inngår i helsefellesskapet er Helsefellesskapet Agder også involvert i trepartssamarbeidet Overordnet samarbeidsorgan for forskning, innovasjon og utdanning for kommunene, Sørlandet sykehus HF og Universitetet i Agder. Strukturen forkortes til OSO, og har som formål å arbeide med samskapning, kompetanse og forskning. OSO er en formell struktur på siden av Helsefellesskapet Agder, men helsefellesskapet har utarbeidet strategidokument for samarbeidet i OSO.

I tillegg til de pålagte samarbeidsstrukturene har Helsefellesskapet Agder etablert sekretariatfunksjonen administrativt arbeidsutvalg, Faggruppen Analyse- og styringsdata og Koordinerende avtalegruppe, samt regionale samarbeidsutvalg (RS).

Faggruppen analyse- og styringsdata ble etablert i oktober 2021. Faggruppen arbeider etter mandat og årlig bestilling fra strategisk samarbeidsutvalg.

Koordinerende avtalegruppe (KA) arbeider også på oppdrag/bestilling fra strategisk samarbeidsutvalg, men med oppgaver knyttet til de formelle samarbeidsavtalene.

De regionale samarbeidsutvalgene (RS) er inndelt i fire regioner, og har som mandat å utvikle strategibaserte handlingsplaner, og håndtere lokale saker. RSene er, sammenlignet med strategisk samarbeidsutvalg, en arena for å drøfte regionale og mer driftsnære temaer og utfordringer. På dette nivået deltar administrativ ledelse i kommuner og helseforetak. De fire regionene er: 1) Kristiansand og Lindesnes, 2) Østre Agder, 3) Lister og 4) Setesdal. Inndelingen i regioner kan til dels knyttes til helseforetakets tre sykehuslokasjoner.

### Felles sekretariat og kommunal sekretariatfunksjon

Kommunene som inngår i helsefellesskapet har etablert en egen arena for å fremme samordning mellom kommunene og inn mot helseforetaket, kalt Kommunenes overordnede strategiske samarbeidsutvalg (KOSS). KOSS møtes 5-6 ganger i året, og avholder alltid formøte i forkant av møter i helsefellesskapet. KOSS behandler saker som vedrører horisontalt samarbeid mellom kommunene. I tillegg gjennomgås saklisten som skal være tema i påfølgende helsefellesskapsmøte. Hensikten er at KOSS skal fremme koordinering mellom kommunene og legge til rette for at kommunene er samstemte i møte med helseforetaket. KOSS opererer med regional representasjon, og består av kommunerepresentanter fra syv av tjuefem kommuner, samt representanter for fastleger, tillitsvalgte og kommunedirektørutvalget til KS. KOSS har også etablert et eget sekretariat og arbeidsutvalg. Beslutning om vertskommunefunksjon for det kommunale sekretariatet vedtas i det interkommunale samarbeidsorganet i KOSS. KOSS velger leder jevnlig, og i hovedsak følger ledelse og sekretariat av KOSS også vertskommunefunksjonen. Sekretariatet har i en årrekke vært et delt ansvar mellom Arendal kommune og Kristiansand kommune.

Det kommunale sekretariatet har i oppdrag å følge opp beslutninger, legge til rette for fremdrift i strategiske prosesser, sikre representasjon og videreformidle saker inn i KOSS. Sekretariatet utarbeider eksempelvis en felles høringsplattform for kommunene, som oppsummerer de sakene kommunene er enige om. Sekretariatet har søkt om og mottar tilskudd fra Helsedirektoratet. Arendal kommune mottar den største delen av midlene, men noe av midlene fordeles til andre kommuner som påtar seg spesielle arbeidskrevende oppgaver. Arendal søker om midlene på vegne av alle kommunene i Agder. Søknadsprosessen oppleves som enkel til tross for nødvendige krav om dokumentasjon på mål, aktivitet, resultatoppnåelse og revisorgjennomgang i etterkant.

Administrativt arbeidsutvalg består av samhandlingsrepresentanter fra kommuner og helseforetak, deriblant de samme personene som inngår i kommunenes felles sekretariatfunksjon. Det avholdes ukentlige møter. Administrativt samhandlingsutvalg har i oppgave å legge til rette for arbeidet i strategisk samarbeidsutvalg, blant annet gjennom å innkalle til møter, utarbeide sakliste, skrive referater o.l.

### Rollefordeling i helsefellesskapet

Helseforetaket og kommunene veksler på å inneha ledervervet i strategisk samarbeidsutvalg. Hver aktør innehar vervet i to år av gangen. Per i dag ledes helsefellesskapet av kommunene. Helseforetaket overtar ledervervet fra januar 2024. Arendal og Kristiansand kommune bytter på lederansvaret for Helsefellesskapet i periodene hvor kommunene har lederansvaret.

Den samme ordningen med rullering i lederansvar gjelder for de regionale samarbeidsutvalgene. Rollefordelingen koordineres slik at helseforetaket innehar lederrollen i de regionale samarbeidsutvalgene når kommunene har ledervervet i strategisk samarbeidsutvalg, og motsatt.

I tillegg til representanter for helseforetaket og kommunene, deltar også hovedtillitsvalgte, Statsforvalteren ved fylkesoverlege, brukerrepresentanter og fastlegerepresentanter på helsefellesskapets samarbeidsarenaer.

Kommunene operer med regional representasjon inn i strategisk samarbeidsutvalg, hvor alle fire regioner er representert samt de største kommunene Kristiansand, Arendal og Lindesnes. Dette innebærer at de 25 kommunene representeres av fire regionrepresentanter og de tre største kommunene. Helseforetaket er tallmessig representert med like mange medlemmer som kommunen, til sammen syv personer. Administrerende direktør og deler av direktørgruppen utgjør helseforetakets representasjon.

Enkelte peker på at kommunerepresentantene og helseforetaksrepresentantenes ulike utgangspunkt kan bidra til en ubalanse i samarbeidet. De kommunale lederne som møter i strategisk samarbeidsutvalg, har ikke nødvendigvis samme helsefaglige tyngde som sykehusdirektørene. Størrelsen på denne utfordringen varierer med de aktuelle representantenes erfaring, samt hvordan kommunene organiserer seg internt. Noen kommuner organiserer for eksempel barn og unges helse under oppvekst, ikke under helse. Denne og lignende tilnærminger kan bidra til at kommunerepresentantene har mindre oversikt og kjennskap til kommunenes arbeid innen det aktuelle området.

I et helsefellesskap er det avgjørende at partnerne oppfatter at samarbeidet er likeverdig. En utfordring i denne sammenheng er at partnerne har ulike samfunnsoppdrag. Videre er kommunene i Helsefellesskapet i realiteten et nettverk, mens helseforetaket er representert med en autonom ledergruppe som kan fatte beslutninger i møtet. Dette aspektet ved rollefordelingen og representasjonen innebærer at representantene fra helseforetaket representerer seg selv, mens de kommunale representantene representerer flere kommuner i tillegg til sin egen. Dette stiller store krav til forankring i og samordning mellom kommunene, og at det kan gi en ubalanse i forventinger til hva som kan besluttes i møtene.

En lignende ubalanse kan også ses for partnerskapsmøtet, hvor ordførere møter styreledere. Det pekes på at disse to rollene ikke oppleves som ekvivalente, og at det muligens ville vært mer naturlig om ordførere møtte administrerende direktør for helseforetaket. På den andre siden kan

dette skape utfordringer ved at kommunedirektører og kommunalsjefer også ønsker å møte administrerende direktør.

### Erfaringer med samarbeid i helsefellesskap

Overordnet har partnerne gode erfaringer med helsefellesskap som samarbeidsstruktur. Strukturen bidrar til styrket samarbeid gjennom å bygge relasjoner mellom forvaltningsnivåer og mellom kommuner, samt ved å legge til rette for informasjonsutveksling og koordinering. Samarbeidsstrukturen bidrar blant annet til å gi partnerne delt situasjonsforståelse og innsikt i hverandres rammebetingelser og utfordringer. Enkelte viser også til at etableringen av helsefellesskap har bidratt til å styrke forpliktelsen til samordning.

Arbeidet i helsefellesskapet er strukturert etter et årshjul, og helsefellesskapet har gjennomført en rekke aktiviteter utover etablering. Aktiviteten tar både form av konkrete prosjekter, samt utarbeidelse av strategi- og handlingsplaner for samarbeidet. Eksempler på prosjekter inkluderer etablering av FACT-team for unge og voksne, etablering av samhandlingsråd for akuttmedisinsk kjede i Agder, utarbeidelse av felles kunnskapsgrunnlag om den prioriterte pasientgruppen skrøpelige eldre og etablering av desentralisert medisinerutdanning i Agder i samarbeid med Universitetet i Oslo.

Selv om partnerne i hovedsak er positive til helsefellesskap som samarbeidsarena, pekes det på noen faktorer som bidrar til utfordringer i samarbeidet. Helseforetaket og kommunenes ulike rammebetingelser i form av ulike styringsmodeller, oppgaver og finansieringssystem bidrar til å gjøre samarbeidet mer krevende. Helsefellesskapet og kommunene har ulike finansielle incentiver og ulike oppgaver med hensyn til hvilke tjenester de skal levere. Dette gir utslag i litt ulike fokus og behov hos kommunene og helseforetaket. For politisk styrte kommuner er det videre mer krevende å forankre og forplikte seg til saker, enn det er for helseforetaket. I tillegg bidrar antallet kommuner, og deres ulike forutsetninger, utfordringsbilder og prioriteringer til å gjøre det ytterligere utfordrende og tidkrevende å komme frem til konsensusbeslutninger. Disse faktorene bidrar til å legge rammer for hvilken nytte en forventer at helsefellesskapene som samarbeidsarena kan ha. Enkelte mener derfor at helsefellesskapet som samarbeidsarena egner seg bedre for å identifisere og skape en felles forståelse for utfordringsbildet, men er mindre egnet til å ta beslutninger og drive frem konkret utvikling.

Ulike maktforhold mellom helseforetaket og kommunene nevnes også som en faktor. Det pekes eksempelvis på at det er helseforetaket som beslutter når en pasient er ferdig behandlet. Kommunene må betale for overliggerdøgn når pasientene er ferdigbehandlet, dersom de ikke overtar pasientoppfølgingen. Kommunal betaling for overliggerdøgn oppfattes gjerne som en slags «bot».

Enkelte peker også på arbeidspress og begrenset kapasitet som en utfordring for samarbeidet, ettersom arbeidet med helsefellesskapet kommer på toppen av andre arbeidsoppgaver. Dette gir ikke nødvendigvis utslag i deltakelse på samarbeidsarenaene, men påvirker muligens engasjementet og motivasjonen for å løfte nivået på strategiske diskusjoner.

Til slutt peker enkelte på at beslutningsprosesser som omhandler tjenesteutvikling og oppgavedeling i noen tilfeller kan være krevende, ettersom fastlegene ofte er selvstendig næringsdrivende og autonome aktører. Verken kommunene eller fastlegerepresentantene kan med andre ord ta beslutninger på vegne av de individuelle fastlegene.



### Prioriteringer fremover

Strategi- og handlingsplanene legger føringer for helsefellesskapets prioriteringer fremover. Det er enighet i helsefellesskapet om at de fire prioriterte pasientgruppene er viktige fokusområder for fremtidig arbeid.

Helsefellesskapet vil også fortsette arbeidet med utarbeidelse av felles kunnskaps- og beslutningsgrunnlag, samt videreutvikle arbeidet med desentralisert medisinutdanning, og arbeide for å etablere en lignende ordning for profesjonsutdanning i psykologi.

Et annet prioritert område er å styrke den digitale samhandlingen. Kommunene i Agder er relativt koordinerte og samkjørte på dette området, og det er ønskelig at helseforetaket i større grad inngår i samordningen.

Utfordringer som vil være viktige i forbindelse med helsefellesskapets videre arbeid inkluderer begrenset tilgang på og konkurranse om relevant helsefaglig kompetanse, og begrensede økonomiske ressurser. Disse utfordringene kan for eksempel gi utslag i at det kan gjøre det krevende å prioritere arbeidet i helsefellesskapet.

I forbindelse med arbeidet med å styrke den digitale samhandlingen omtales også lovverket for personvern og mangel på samordning i innkjøpsordninger som viktige utfordringer.

### Behov for støtte

Enkelte etterspør øremerkede midler til helsefellesskapet eller prosjektarbeid i helsefellesskapet. Andre er derimot skeptiske til dette, og viser til at de svake og løse strukturene i helsefellesskapet vil gjøre det krevende. Vedkommende tror at formen på strukturene vil bidra til pulverisering av ansvar og manglende fremdrift, og mener derfor at enkeltprosjekter i stedet bør legges til enkelttaktører.

Flere kommunesammenslåinger foreslås, av enkelte, som et tiltak for å styrke kommunenes evne til å koordinere seg og snakke med en felles stemme.

Enkelte etterspør også at myndighetene er tydeligere i sin kommunikasjon rundt forventninger til helseforetakene om tettere samarbeid med kommunene. I tillegg nevnes et ønske om bedre kvalitet på data fra sentrale myndigheter.

### Annet

Det er uenighet knyttet til hvorvidt det er ønskelig å etablere en arena utenfor helsefellesskapet hvor politisk ledelse i kommunene kan møtes for å diskutere helseforetakets utvikling. Enkelte tror at en slik arena kan bidra til større involvering av politisk ledelse, samt legge til rette for å diskutere mer spissede problemstillinger i et saktere tempo. Det antas at en mindre arena med færre deltakere enn på partnerskapsmøtet vil være gunstig for å fremme fruktbare diskusjoner. Andre er derimot opptatt av at det ikke skal etableres «sidespor» i tillegg til den nasjonale strukturen som er vedtatt i egen samarbeidsavtale mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS.

## Helsefellesskapet i Telemark

**Om helsefellesskapet:** Sykehuset Telemark HF og 17 kommuner i Telemark (Skien, Porsgrunn, Notodden, Bamble, Kragerø, Nome, Tinn, Midt-Telemark, Drangedal, Vinje, Seljord, Kviteseid, Siljan, Tokke, Hjartdal, Nissedal og Fyresdal). har siden 2021 deltatt i helsefellesskapet. Partnerne har skrevet samarbeidsavtale. Fellesskapet har inntil nylig vært inndelt i øvre og nedre-Telemark, før de nå er slått sammen. Før helsefellesskapet ble opprettet, hadde aktørene fra øvre-Telemark et eget samarbeidsforum der man diskuterte prosjekter som gikk på tvers av kommuner og sykehus. Forumet ble opprettet i forbindelse med samhandlingsreformen.

**Partnerskapsmøter:** Avholdt årlig siden 2021, to ganger per år.

**Strategisk samarbeidsutvalg:** Tidligere to SSU (øvre og nedre Telemark) som nå er samlet til et felles SSU. Utvalget møtes fire ganger årlig. Deres oppgaver: samordner helsefellesskapets oppgaver mellom partnerskapsmøtene, beslutter saker av prinsipiell karakter og større økonomiske eller administrative konsekvenser, og legger strategiske føringer for utviklingen av samarbeidet.

**Faglig samarbeidsutvalg:** Helsefellesskapet har seks faglige samarbeidsutvalg. Utvalgene er fordelt på områdene barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, skrøpelige eldre, personer med flere kroniske lidelser, tjenesteutvikling og kvalitet, og akuttmedisinsk kjede. FSU har ansvar for å informere SSU om aktuelle utfordringer vedrørende samhandling mellom aktørene, samt drøfte og vurdere eventuelle behov for justeringer og endringer i avtaleverket. De skal også følge opp tjenestemodellgruppene og fagrådene, legge frem forløp-/samhandlingsstrukturer for SSU og ellers følge opp mandatet som er gitt i overordnet avtale.

**Felles sekretariatfunksjon:** Ansvaret er fordelt på samhandlingskoordinatorer i de ulike regionene (Vest-Telemark, Midt og Øst-Telemark og Nedre Telemark) og helseforetaket (STHF). Helsefellesskapet i Telemark har en felles sekretariatressurs ved at samhandlingskoordinatorer i regionene utenfor STHF er organisatorisk plassert både i helseforetaket og kommunen. Altså har de «nøytrale» roller. De kommunale representantene er videre tilknyttet kommunene Seljord, Skien og Notodden, som er vertskommuner for samarbeidet. Kommunalt sekretariat har søkt om og mottar tilskudd fra Helsedirektoratet.

### Særtrekk ved organisering

Helseforetaket rapporterer at de har en del samarbeid med andre aktører, utenfor helsefellesskapet. Disse aktørene kunne ha vært tatt med i det interne samarbeidet, men dette har de unnlatt. Bakgrunnen for dette er at det raskt kan bli en utfordring med mange aktører. Informantene er opptatt av at SSU må begrenses i størrelse og omfang for at det skal være et godt samarbeidsforum.

Helsefellesskapet hadde tidligere to SSU, Øvre og Nedre-Telemark. Fordelingen var imidlertid lite hensiktsmessig for effektivt arbeid. For å imøtekomme utfordringene ble det utført en evaluering og en avstemning, hvor nesten alle stemte for å slå sammen de to SSU-ene. Dette oppleves som et godt tiltak for å sikre likeverdige tjenester, og minske forskjellene innad i fylket. I tillegg unngår man

dobbeltarbeid for helseforetaket. Tidligere var det en utfordring at de to ulike SSU-ene kunne fatte ulike vedtak, noe som ble svært utfordrende. Endring med ett SSU ble vedtatt i starten av 2023.

### Felles sekretariat og kommunal sekretariatfunksjon

Det kommunale sekretariatet består av representanter fra regionene: Vest-Telemark, Midt og Øst-Telemark og Nedre Telemark. Henholdsvis Seljord, Skien og Notodden er vertskommuner for de tre regionene. Finansieringen av det kommunale sekretariatet skjer delvis gjennom tilskudd og som spleiselag mellom kommunene og ved medfinansiering fra helseforetaket. Det søkes årlig om tilskudd til sekretariatsfunksjonen fra helsedirektoratet, og prosessen oppleves ikke som spesielt krevende.

Helsefellesskapets felles sekretariat består av fire samhandlingskoordinatorer, hvor en er tilsatt i helseforetaket, og de tre andre har kommunal arbeidsgiver, men er finansiert i et spleiselag mellom kommunene og sykehuset. Sekretariatet ble opprettet som en del av helsefellesskapet i 2021.

Oppgavene til helsefellesskapets felles sekretariat er å planlegge møter og formøter, forberede og følge opp saker, innhente bakgrunnsinformasjon, lede og delta i arbeidsprosesser, representere helsefellesskapet i Telemark, ta imot innspill og saker, samt være kontaktpunkt mellom partnerne. Samhandlingskoordinatorer, sekretariatet, fremstår som viktige for at samhandlingen i helsefellesskapet skal fungere, og er slik sett limet i helsefellesskapet.

Enkelte viser til at det er en fordel at samhandlingskoordinatorer både representerer helseforetak og kommunene. Organiseringen bidrar til at samhandlingskoordinatorer evner å se alle saker fra begge sider, hvilket gjør at det blir enklere å presentere saker på en ryddig måte. De fungerer som et bindeledd mellom partnerne som sikrer at helsefellesskapet ikke kun styres av perspektivene til den ene aktøren. Dette bidrar til at de representerer et fellesskap, og ikke kun én aktør. Alle er innstilt på å finne de beste løsningene for begge aktørene. Dette gjør at de makter å samarbeide om å finne de beste løsningene.

### Erfaringer med samarbeid i helsefellesskap

Det kommer frem fra intervjuene at helsefellesskapet oppleves som et nødvendig og klokt tilskudd til samarbeidsprosessene i fylket. Gitt Telemarks størrelse og variasjoner mellom kommunene, er det nyttig med en arena som gjør det enklere å samarbeide. Helsefellesskapet bidrar til et helhetsperspektiv, der fellesskapet er viktigere enn enkeltaktører. Relatert til dette, uttrykker informantene at det er en ny erfaring å sitte sammen som likeverdige partnere. Tidligere var aktørene opptatt av å ivareta egne interesser. I et helsefellesskap er slik tankegang fånyttet, da partnerne har felles interesser for pasientens hverdag. For å finne løsningene, behøver man å vite hvor skoen trykker hos de ulike aktørene. Helsefellesskapet har en viktig funksjon her framover, da det har ført til at man kjenner hverandres verden. Samtidig er dette en tankegang som må trenes, slik at det tar tid å finne formen og de gode sakene å jobbe sammen om. Store tunge systemer med hvert sitt lovverk, finansieringsmodell og føringer gjør at ikke alt ligger til rette for det helt nære samarbeidet. Det er en del forhold som man ikke får gjort noe med som man må finne gode løsninger på sammen.

I 2023 har helsefellesskapet gjennomført en evaluering rundt roller og saksflyt, der de avdekte hva som fungerer bra og hva som kan forbedres. De fant fram til fire forbedringsområder: saksflyt, vedtak, rolleavklaring i FSU og organisering. Alle som ønsker, kan melde saker via nettsiden, og det vil bli tatt opp i helsefellesskapet. Helsefellesskapet har videre hatt et prosjekt om hjemmesykehus

og barn, samt og andre prosjekter om barn og unge. Lokalsykehusene og en del av kommunene har også deltatt i læringsnettverket «Gode pasientforløp».

Siden etableringen av helsefellesskapet har fellesskapets strukturer tilrettelagt for godt og varig samarbeid. Gjennom et tydelig avtaleverk, stiller partnerne som likeverdige. En tydeligere styringslinje og inndeling av fellesskapets bestanddeler, har bedret samarbeidsstrukturen på systemnivå. Et effektivt tiltak var overgangen fra to til ett SSU, da det har fjernet mye dobbeltarbeid og ekstra møter, og har slik bidratt til mer effektive beslutningsprosesser. Relatert til dette understreker informantene at det er viktig med en god saksflyt utover helsefellesskapet, at saker som er vedtatt tas videre til helseforetak og kommunene og vedtas der også. Informantene fremhever at man jobber hele tiden med å forbedre informasjonsflyten mellom helseforetak og kommunene, noe som er svært viktig for gode pasientforløp. For at helseforetak skal føre til best mulig resultater for pasientene må prosedyrene være slik at de møter behovene. Samtidig deler informantene oppfatningen av at tiltak og prosjekter som helsefellesskap har igangsatt allerede merkes av pasientene.

Samtidig som helsefellesskapet opplever utvikling og stadig bedre samarbeid, eksisterer det også enkelte utfordringer. Kilden til flere av utfordringene, er følgene av at Telemark er et stort fylke med store forskjeller. Økonomiske forskjeller i de ulike kommunene, gjør at det blir forskjellig tilbud. Store avstander utgjør variasjoner og kan være til hinder for samhandlingen. Det store antallet kommuner gjør det også krevende å la alle bli hørt, og finne saker som alle kan føle eierskap til. På bakgrunn av dette har helsefellesskapet en utfordring med å legge til rette for likeverdige tjenester uavhengig av hvor man bor.

Det eksisterer også utfordringer som følge av ulikheter mellom helseforetaket og kommunene. Ulike styringsmodeller og beslutningsprosesser medfører at saker tar lengere tid å behandle i kommunene kontra helseforetaket. Ulike lovverk gjør at man opplever ulike hindringer for arbeidet. I tillegg fører ulike økonomiske systemer, stykkprisfinansiering versus rammefinansiering, til at partnerne har forskjellige prosedyrer for kostnads kalkulering. Dette avviket kan bli en ytterligere utfordring når flere av oppgavene skal legges til kommunene.

Overordnet sett har helsefellesskapet bidratt til at helseforetak og kommunene ser likere på framtidige utfordringer. Det bidrar også til tillit, noe som er essensielt for godt samarbeid. De ulike partnerne får en felles forståelse for hva som er det beste for pasientene og hvordan de kan jobbe sammen for å nå disse målene. Det skaper et felles ansvar og felles virkelighetsforståelse. Det er ikke enkelt å måle effektene av samarbeidet enda, men representantene tror at arbeidet helsefellesskapet har gjort så langt har hatt positiv effekt for pasientene på noen områder.

### Prioriteringer fremover

Helsefellesskapet har allerede hatt en samling om forbedringsområder. Det er enighet om at man må være enda tidligere på saksgangen og enda tidligere på hvordan det følges opp. Dialogen pekes på som viktig, og samhandlingskoordinatoren jobber med dette. Det er også et ønske om å ha enda flere samlinger. Flere ønsker at ting skal gå litt fortere og være tydeligere, men det er krevende å få prosesser til å gå fortere når man er så mange deltakere.

Forholdet mellom SSU og FSU pekes på som viktig. Det er viktig med godt arbeid i FSUene, ettersom de sikrer at det faktiske arbeidet som helseforetak og kommunene gjør blir bra og samordnet. Samhandlingskoordinator har her en viktig rolle for å få et godt samarbeid.

I tillegg til fokus på bedre samarbeid må arbeidet spisses mer mot befolkningen og deres behov. Telemark har en aldrende befolkning. Tilbud og tjenester må tilpasses denne pasientgruppen. Kommunene må bygge om tjenestene til å passe de mange eldre. Samtidig er det strammere økonomi både i kommunene og helseforetak. Disse til dels motstridende hensynene er krevende for partnerne, og bidrar til å gjøre samarbeidet enda viktigere.

Helsefellesskapet jobber nå med 11 nye retningslinjer som skal erstatte delavtalene. Dette er viktig arbeid som danner grunnlaget for hvordan helsefellesskapet skal se ut og hvordan arbeidet blir framover. Kommunene må vurdere om politikerne skal involveres i arbeidet, slik at de får informasjon og føler eierskap til prosjektet og bidra i arbeidet.

Partnerskapsmøtet har satt ønsket fokus på arbeid med å rekruttere og beholde helsepersonell, helsebemanningssituasjonen. Det er blant annet ønskelig med større grad av kombinasjonsstillinger mellom helseforetak og kommunene.

### Behov for støtte

Avslutningsvis understreker helsefellesskapet behovet for et politisk fokus på helsefellesskapene. Gjennom klare og tydelige føringer fra myndighetene, kan man sikre at alle arbeider i samme retning. Per dags dato eksisterer det en del veiledere omkring temaet, mens det i bunn og grunn er opp til hvert helsefellesskap å løse problemer og finne gode måter for samarbeid. Det fremgår at det er ønskelig med mer drahjelp i form av føringer fra sentralt hold på hvordan man skal se overordnet på sine tilbud og tjenester, og selve samfunnsoppdraget som helsefellesskapet har. Konkrete og målrettede føringer kan dermed bidra til å tydeliggjøre rammene for samarbeidet.

I forlengelse av dette pekes det på at flere økonomiske ressurser og styrkede økonomiske insentiver for samhandling, er ønskelig for å forbedre tjenester, tiltak og samarbeid rundt tjenestene. Optimalt burde det tilføres friske midler inn i samarbeidet, ikke overføring av midler fra helseforetak til kommunene. Videre det er behov for styrkede økonomiske insentiver for samarbeid, så det skal lønne seg for partnerne å samarbeide. Dagens finansieringsmodeller legger ikke opp til dette.

## Helsefellesskapet i Vestfold

**Om helsefellesskapet:** Består av kommunene Færder, Holmestrand, Horten, Larvik, Sandefjord og Tønsberg, samt Sykehuset i Vestfold. Det er undertegnet samarbeidsavtale mellom helseforetaket og kommunene i samarbeidet. Aktørene har hatt et samarbeid før helsefellesskapet. Samarbeidet ble formalisert i etterkant av samhandlingsreformen i 2014, og etablert som helsefellesskap i juni 2021.

**Partnerskapsmøter:** Avholdt årlig siden 2021, en gang per år.

**Strategisk samarbeidsutvalg:** Helsefellesskapet har ett strategisk samarbeidsutvalg. Strategisk samarbeidsutvalg samordner helsefellesskapets oppgaver mellom partnerskapsmøtene.

**Faglig samarbeidsutvalg:** Helsefellesskapet Vestfold har et faglig samarbeidsutvalg med deltakere fra sykehus og kommuner, det ble etablert 31.08.23 etter vedtak i partnerskapsmøte om ny organisering. Det tidligere faglige samarbeidsutvalget for kvalitet og tjenesteutvikling ble samtidig nedlagt. Faglig samarbeidsutvalg skal være et rådgivende organ for SSU når det gjelder helsefaglige vurderinger og anbefalinger angående utvikling av tjenestene og ansattes kompetanse på alle områder i helse- og omsorgstjenesten i kommunene og sykehuset i Vestfold.

**Sekretariatfunksjon for kommunene:** Består av to representanter fra Sykehuset i Vestfold og to representanter fra kommunesiden som har sitt ansettelsesforhold p.t. i kommunene Holmestrand og Færder. Færder er vertskommune for «Koordinator for samhandling» i 50 %, som er den faste sekretariatsfunksjonen fra kommunene. Ca. 20 % sekretariatsfunksjon rullerer mellom kommunene, og ligger i dag til Holmestrand. Kommunalt sekretariat har søkt tilskudd fra Helsedirektoratet.

### Særtrekk ved organisering

Helsefellesskapet Vestfold har fagutvalg, prosjekter og arbeidsgrupper som i hovedsak er organisert under faglig samarbeidsutvalg (FSU). Disse gruppene arbeider med delprosjekter, er mindre i størrelse og gjør arbeid og utredninger av kortere varighet. FSU har fire underutvalg fordelt på de fem temaområdene barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, skrøpelige eldre, samhandlingskjede og kvalitet og tjenesteutvikling. FSU utvikler prosedyrer og tjenestemodeller på avgrensede områder, og rapporterer til strategisk samarbeidsutvalg.

### Felles sekretariat og kommunal sekretariatfunksjon

I felles sekretariat sitter to fra helseforetaket, den ene er klinikkjef for prehospitaltjenester og samhandlingsdirektør, og er nåværende leder i SSU, og den andre er avdelingsjef for samhandling ved helseforetaket. Fra kommunesiden er det også to personer med i sekretariatet. Den ene representanten er fast sekretær for kommunene i helsefellesskapet. Rollen utgjør en 50% stilling, og hen har sitt ansettelsesforhold i Færder kommune. Det er søkt tilskudd fra helsedirektoratet til stillingen. Den andre personen skal gå på rundgang mellom kommunene. På intervjudispunktet lå denne rollen hos Holmestrand kommune, til en som er rådgiver til leder av lederforum for kommunalsjefene i Vestfold. 01.01.24 overtok kommunalsjef for Helse og mestring i Tønsberg kommune rollen som leder i lederforum. Tønsberg overtok derfor også sekretærrollen.

Den som er leder for lederforumet, er også leder eller nestleder i SSU. Disse strukturene eksisterte før helsefellesskapet ble opprettet.

Det har vært et tett samarbeid mellom personene som i dag utgjør helsefellesskapets felles sekretariat, lenge før innføringen av helsefellesskapsmodellen. Samarbeidet ble ytterligere formalisert og styrket med innføring av helsefellesskapet. Det har vært en person i 20% stilling inn i sekretariatet fra kommunesiden siden 2016, kanskje lenger. En periode var det en fast ansatt fra kommunesiden som var sekretær i sekretariatet. Etter hvert ble det bestemt at sekretærfunksjonen skulle følge den som var leder for lederforumet. Som følge av økt møtevirksomhet og arbeid da helsefellesskapet ble opprettet ble det besluttet å opprette en fast stilling i tillegg. Den faste stillingen skulle være 50% som sekretær for kommunene inn i helsefellesskapet.

Helsefellesskapet krever stadig mer arbeid, blant annet legges flere føringer til helsefellesskapet. Det begynner å bli tydelig for kommunene at 50% stilling som sekretær ikke er nok. Til sammenligning har helseforetaket en sekretær i 100% stilling, som helseforetaket selv finansierer. Kommunene ønsker penger for å frigjøre en stilling som sekretær i 100%, ettersom det er mange oppgaver på sekretærene. De skal forberede, følge opp og fasilitere satsingene de har i helsefellesskapet. Sekretærens rolle blir i stor grad å bevege seg mellom nivåene. Sekretæren må hele tiden holde en tråd i arbeidet for at det skal bli framdrift og resultater.

### Rollefordeling i helsefellesskapet

På partnerskapsmøtet deltar ordførere og kommunedirektører fra kommunene. Fra helseforetakets side stiller administrerende direktør og styreleder.

I SSU ruller de på leder- og nestledervervet. Hver aktør sitter to år av gangen. Leder av FSU går også på rundgang mellom helseforetak og kommunene. Tanken bak ordningen er at det er bra for kontinuiteten, og for å sikre at alle skal føle at de eier arbeidet. Det er etablert et arbeidsutvalg som møtes i forkant av SSU for å koordinere agenda og håndtere saker som må adresseres i SSU. AU består av leder og nestleder i SSU.

Ettersom det ikke er så mange kommuner med i dette helsefellesskapet er det ingen kommuner som representerer andre kommuner. SSU består, fra kommunenes side, av en representant for hver kommune i opptaksområdet. Representantene er utpekt av deres respektive kommunedirektør. Helseforetaket har tilsvarende antall representanter som kommunene. I tillegg deltar to ansattrepresentanter på hvert SSU-møte. Legeforeningen, Delta, Fagforbundet og NSF enes om hvem som skal representere i hvert møte.

I de ulike utvalgene stiller de med like mange representanter fra kommunene og helseforetaket. De etterstreber hele tiden å få til likeverdighet og balanse. De opplever å være rustet for godt samarbeid fordi de hadde en lignende samarbeidsstruktur tidligere. Videre blir det en god likevekt når kommunene står samlet. Det hjelper også at ledelsen på kommunesiden lenge har vært stabil, og det samme gjelder sekretærfunksjon. Helseforetaket har på sin side hatt en større utskiftning av personale og representanter i utvalgene i det siste, som har svekket dem litt i samarbeidet.

### Erfaringer med samarbeid i helsefellesskap

I helsefellesskapet Vestfold har de en fordel ved at det ikke er så mange kommuner med, at det ikke er så store avstander mellom kommunene, og at kommunene er relativt like store. Dette oppleves som en forutsetning for godt samarbeid. Kommunene har samarbeidet i mange år, blant annet gjennom helselederforum. Dette samarbeidet gjør at kommunene står sterke sammen. For helseforetaket sparer det mye ressurser å forholde seg til kommunene samlet versus å møte hver og en av de seks kommunene for samarbeid og dialog. Når alle nå møtes jevnlig, må de ta de

vanskelige sakene opp til diskusjon. Det har ført til at de har blitt bedre kjent og partnerne har blitt bedre til å lytte til hverandre. Et eksempel på noe konkret som har kommet ut av helsefellesskapet er at begge aktørene har blitt bedre på å melde ifra om avvik.

Tidligere hadde helsefellesskapet mange FSUer. De har hatt et ønske om å jobbe mer strategisk og ikke så mye med faglige spørsmål som kan svares ut på lavere nivå. FSU fungerer nå som en sil opp mot SSU. Andre satsinger og prosjekter rapporterer i første omgang til FSU. Deretter tas det en avgjørelse i FSU på hva som skal løftes opp til SSU. De har enda ikke funnet den mest gunstige løsningen på dette.

Partnerne opplever at det er en funksjonell organisering av helsefellesskapet, at det tillater samarbeidsstrukturer som er funksjonelle for partnerne, men som ikke nødvendigvis ligger i politiske føringer. Dette helsefellesskapet har organisert seg slik at det er underutvalg og prosjekter under FSU. Blant annet de to satsningsområdene, *vitality* og *ung arena*.

Helsefellesskapet omtales som en god arena for å skape tillitt og økt forståelse mellom de to partnerne. Samtidig vurderes det som viktig å ha en kultur for uformell og direkte dialog i tillegg til de formelle strukturene for samarbeid. Det pekes på at noe samhandling må skje i uformelle strukturer. Med andre ord, ikke i helsefellesskapet. Ledere kan legge til rette for økt samhandling, men de får det ikke til i praksis uten å jobbe med kultur, tillit og respekt også internt. Det er et stort behov for å forstå og kjenne hverandre ut over det strukturelle. Dette krever ikke lover og forskrifter, men at man snakker sammen og får en felles forståelse. Man må hele tiden jobbe med kulturen, ikke bare strukturen.

Helsefellesskapet har bidratt til økt samordning mellom helseforetak og kommunene. Det er en god flyt i dag, men de har fortsatt et stykke å gå for å hente ut potensialet som ligger i samarbeidet. Arbeidet har startet, det er blant annet kommet en veileder. Enkelte viser til at den nye veilederen fra Helsedirektoratet om krav til samarbeidsavtaler mellom kommuner og sykehus<sup>4</sup> setter tydelige forventninger og krav. Samtidig er den utfordrende å innfri gitt rammene for helsefellesskapet. Et særlig positivt område som adresseres i veilederen er kravet til felles utvikling og planlegging av tjenestene (punkt 12). Ved å konkretisere denne prosessen i en samarbeidsavtale vil mulighetene til å ha bedre og mer omforente planer, tiltak og prioritering styrkes.

Samtidig er det behov for at rammene for helsefellesskapet tilpasses befolkningens behov. Det stilles spørsmål ved om målbildet som helsefellesskapet har fått er mulig å nå med dagens lovverk og insentiver. Informantene opplever i dag at de blir målt vertikalt, på de interne prosessene, samtidig som de forventes å samarbeide horisontalt. Budsjettene ligger i det vertikale, mens forventningene er horisontale. Helsefellesskapet oppleves som en god arena og utgangspunkt for samarbeid, men spørsmålet er om de får til endringene og grepene som er nødvendige for å håndtere utfordringer i fremtiden. Alle ønsker det beste for pasientene, men det er ikke alltid enkelt å få til i praksis fordi partnerne må forholde seg til ulike føringer og rammebetingelser. Dette handler blant om ulike styringslogikker, finansiering, oppgaver og organisering gir ulike insentiver og rammer for helseforetak og kommuner. Eksempelvis er noen av oppgavene som helsefellesskapet er satt til å jobbe med ikke utelukkende er organisert inn under helsefeltet i kommunene. Et eksempel er rus og psykiatri hos barn og unge. For kommunene sin del er tjenester knyttet til rus og psykiatri gjerne delt mellom helse, og oppvekst og omsorg.

<sup>4</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/samarbeidsavtaler-mellom-kommuner-og-helseforetak>



Noen konkrete temaer er særlig utfordrende å finne gode løsninger på som begge aktørene kan stille seg bak. Dette gjelder for eksempel utskrivningsklare pasienter. Dette temaet jobber de med å lage en samarbeidsavtale på. En annen utfordring som diskuteres i helsefellesskapet er følgene av at flere oppgaver ble flyttet fra helseforetaket til kommunene i forbindelse med samhandlingsreformen.

Samarbeidsstrukturen oppleves som tydeligere nå enn tidligere. Det er eksempelvis positivt med partnerskapsmøter, for det kobler øverste nivå på fra begge sider. Det krever litt ekstra på kommunesiden å forberede kommunedirektører og ordførere til partnerskapsmøtene da dette bare er en liten del av det de jobber med, mens på helseforetaket er dette jobben til styreleder. Å forberede de kommunale representantene til partnerskapsmøtene er viktig for at alle i møtet skal stille på samme nivå.

Felles planlegging mellom kommunene og helseforetak er styrket med opprettelsen av helsefellesskapet. Nå lager partnerne blant annet en handlingsplan, noe de ikke har hatt tidligere. I tillegg har de felles prosjekt som de eier i fellesskap. Tidligere jobbet de stort sett hver for seg og inviterte hverandre inn ad hoc, mens nå jobber de mer i felles arbeidsgrupper.

Informantene tror at det alltid vil være en utfordring i et slikt fellesskap at helseforetaket oppleves størst, med tanke på fagkompetanse og at de er én enhet. På den andre siden blir seks kommuner sterke sammen, og de føles mer som likeverdige partnere nå enn tidligere.

Enkelte peker også på viktigheten av gjensidig forståelse om samhandlingen og samarbeidet i og utenfor helsefellesskapet, samt utfordringen av å få eierskap til viktigheten av likeverdig samhandling i alle deler av kommunenes og sykehusets fagmiljø og tjenestetilbud. Det foregår samtidig mye godt samarbeid og samhandling mellom kommunene og sykehuset utenfor helsefellesskapet.

### Prioriteringer fremover

Helsefellesskapet skal jobbe videre med de ulike underutvalgene under FSU, og prosjektene der. Det skal undersøkes hvordan man på best mulig måte kan sette sammen kompetanse fra både helseforetak og kommunene. Det blir også viktig å undersøke om de kan klare å integrere teknologier i sitt arbeid. Informasjonsdeling på tvers er essensielt for godt samarbeid. Konkrete tema som blir viktige å jobbe med fremover er akuttkjeden, bemanning, kompetansedeling, rammene for fellesskapet, de fire satsningsområdene og bruk av teknologi. Det jobbes også med en handlingsplan for tiden fremover. Hvordan formalisere fastlegenes arbeid i helsefellesskapet, blir også et diskusjonstema framover.

Det er også et mål at helsefellesskapet skal bidra til økt samskaping mellom kommunene og sykehus, ved å finne frem til nye arbeidsmetoder og oppgaveløsning i tjenestene.

### Behov for støtte

Det er ønskelig at det lages insentiver som gjør at det lønner seg å samarbeide. Det må komme rammer som sikrer samhandling fra nasjonalt nivå, i form av blant annet forskrifter og lovverk. Det må også lages rammer som sikrer ressurseffektive løsninger. En informant sier at utfordringene ikke nødvendigvis handler om penger, men muligheten til å finne ressurseffektive løsninger.

Det er viktig med gode avtaler man kan støtte seg på. Dette gjør også at pasientflyten går fortere. Klare retningslinjer er også essensielt for et godt samarbeid og for godt pasientrettet arbeid. Det påpekes også at når det legges så mange oppgaver til helsefellesskapet som det gjøres nå, er det behov for mer økonomisk støtte slik at sekretærstillingen kan være 100%.

## Helsefellesskapet i Østfold

**Om helsefellesskapet:** Etablert i 2020. I helsefellesskapet deltar Sykehuset i Østfold og kommunene Fredrikstad, Hvaler, Aremark, Halden, Indre Østfold, Marker, Skiptvet, Moss, Råde, Våler, Vestby, Rakkestad, Sarpsborg. Det er skrevet samarbeidsavtale. Det har vært ulike typer samarbeid i regionen siden 2004. KS tok i 2004 initiativ til et strukturert samarbeid mellom kommuner og sykehus. Administrativt samarbeidsutvalg (ADMS) ble da opprettet. Samarbeidene tok form som samarbeidsforum mellom enkelte kommuner og helseforetaket. Utgangspunktet for at samarbeidsforumene ble opprettet, var at kommunene tok kontakt med KS etter frustrasjon rundt samordning av helsetjenester. Dagens helsefellesskap er mer eller mindre en videreføring av dette samarbeidsforumet.

**Partnerskapsmøter:** Har hatt fire møter siden etableringen i 2020, en gang per år. Utover etableringen har forumet historikk tilbake til 2013, med kobling til det tidligere nevnte samarbeidsforum. Partnerskapsmøtet godkjenner årsberetning og vedtar handlingsplan for neste års samhandlingsarbeid.

**Strategisk samarbeidsutvalg:** SSU møte møtes fire ganger per år. Utvalget beslutter saker av prinsipiell karakter og saker som har større økonomiske eller administrative konsekvenser. Samtidig legger de strategiske føringer for utviklingen av samarbeidet. I tillegg gjennomføres det et årlig heldags arbeidsseminar, der vi går mer i dybden innen utvalgte områder.

**Faglig samarbeidsutvalg:** Møtes 4-6 ganger per år og ledes av samhandlingssjefene. Utvalget består av fem representanter fra henholdsvis kommuner og sykehusets klinikker. Utvalget behandler og vedtar saker av mer faglig karakter og forbereder saker til SSU. Observatørene er tilsvarende som i SSU. I tillegg finnes det fire faste underutvalg og tidsbegrensede underutvalg.

**Sekretariatfunksjon for kommunene:** Helsefellesskapets felles sekretariat består av samhandlingssjefen for kommunen, samhandlingssjefen for sykehuset og to rådgivere (ikke fulle årsværk) fra sykehuset samhandlingsavdeling. Vertskommunen for den kommunale representanten er p.t. Fredrikstad kommune. Kommunal sekretariatsfunksjon har søkt om og mottar tilskudd fra Helsedirektoratet. Det felles sekretariatet fungerer som rådgivere og koordinatører i samhandlingsspørsmål og -saker, og forbereder møter, skriver referater m.m.

### Særtrekk ved organisering

I helsefellesskapet Østfold har de flere underutvalg under FSU, noen faste og andre tidsbegrensede. De faste underutvalgene er utvalg for akuttberedskap (UFAB), fagutvalg for kommunale akutt døgnplasser (KAD), samhandlingsutvalg for fastleger (SUFF), underutvalg for barn og unge psykisk helse (UBUP), og ansettelsesrådet for LIS1. De tidsbegrensede underutvalgene har for eksempel vært kapasitetsrådet, pandemiutvalg (til 2022), revisjon av ulike retningslinjer og underutvalg for felles kartlegging av kapasitet og forbruksmønstre i Østfold.

De små kommunene i Østfold har et eget samarbeid, kalt SmartKom. Samarbeidet består av de kommunene som valgte å stå alene når noen ble slått sammen. Dette gjelder seks eller syv små kommuner, som har et eget nettverk.

### Felles sekretariat og kommunal sekretariatfunksjon

Helsefellesskapets felles sekretariat består av samhandlingssjefen for kommunen, samhandlingssjefen for sykehuset og to rådgivere (ikke fulle årsverk) fra sykehuset samhandlingsavdeling. Vertskommunen for den kommunale representanten er p.t. Fredrikstad kommune. Sekretariatet har sekretariatsfunksjon for helsefellesskapet, og er rådgivere og koordinatorene for samhandlingsspørsmål og -saker. Sekretariatet møtes på sykehuset to dager i uken. Oppgavene deres er å forberede møter, skrive referat fra møtene, forberede saker til møtene og følge dem videre etter møter. De har også formøter til utvalgsmøtene. Samhandlingssjef ved sykehuset ansvar har praksiskonsulentordningen (nå «samhandlingslege» i stedet for praksiskonsulent). Det er en ordning finansiert og styrt av sykehuset.

Den kommunale sekretariatsfunksjonen betjenes av samhandlingssjefen i Fredrikstad kommune. I tillegg til denne rollen jobber dagens sekretær 50% som kommuneoverlege. Fredrikstad er vertskommune ettersom den kommunale representanten jobber der. Det kommunale sekretariatet ble vedtatt i 2016 og opprettet i 2017. Vedtaket skjedde som konsekvens av at man, i fraværet av et sekretariat, opplevde at det ble en ubalanse i samarbeidet der sykehuset tok ansvar for hele sekretariatsfunksjonen. Det bidro til at kommunene i mindre grad fikk fremmet viktige saker for dem.

Sekretariatet har søkt om tilskudd fra Helsedirektoratet og opplevde prosessen som enkel. Imidlertid dekker ikke tilskuddet hele lønnen, slik at kommunene spleiser på mellomlegget.

### Rollefordeling i helsefellesskapet

Rollene som leder og nestleder ruller mellom kommunene og helseforetaket. De er likeverdige partnere i samarbeidet. Det var en periode det var ubalanse i beslutningsmyndighet på de som stilte i samarbeidet, men det er det ikke nå lenger. Det er samme antall medlemmer fra helseforetak og kommunene. De som sitter i utvalg fra kommune representerer flere enn sin egen kommune. I utvalgene er det også brukerrepresentanter og representanter fra fastlegene. I FSU sitter i tillegg en del kommuneoverleger.

Dagens partnerskapsmøte består av rådmann/kommunedirektør eller dennes stedfortreder fra kommunene og sykehuset administrerende direktør/øverste ledelse.

Kommunene er delt inn i fem regioner som hver har én representant i SSU. Det er kommunaldirektører som representerer kommunene inn i SSU. Det er som regel de største kommunene som representerer sin region i SSU, med vara fra andre kommuner. I en region går vervene på omgang mellom de fire kommunene, uavhengig av kommunistørrelse. Fra helseforetakets side deltar fem klinikkjefer i SSU. I tillegg møtes de to samhandlingssjefene fra kommunene og sykehuset samt tre observatører med tale og forslagsrett fra hhv. fastlegene, brukerne og ansattes organisasjoner.

En utfordring for kommunene er at de som ikke selv sitter i SSU går glipp av en del informasjon. Det hadde vært en fordel dersom det var et eget møte der alle kommunene kan delta slik at man sikrer at alle får samme informasjon. Det er en utfordring å sikre deling av all informasjon til andre kommuner man representerer i etterkant av møtene. Dette gir en skjev fordeling av informasjon, kunnskap og eierskap. På bakgrunn av dette uttrykkes et ønske om å opprette en egen møteplass for alle kommunene en gang i halvåret der man samler opp en del informasjon og videreformidler dette til alle. KS bistår i å opprette en møteplass for kommunale helseledere.

### Erfaringer med samarbeid i helsefellesskap

Helsefellesskapet Østfold jobber mye med pasientrettet arbeid. De har satt ned flere prosjektgrupper for ulike tema. Pasientforløp har blant annet vært et viktig prosjekt. Kommuner tar nå imot pasienter mye tidligere så de ikke trenger å ligge på sykehus, men ivaretas i kommunehelsetjenesten. De har også etablert et utvalg for barn og unges psykiske helse. Andre aktiviteter i helsefellesskapet har vært innføring av digital hjemmeoppfølging, forsterket utskrivning fra sykehuset til kommunene, gjennomføring av rehabiliteringskonferanse, Samhandlingsforum, arbeidsseminar for SSU, og utdeling av samhandlingsmidler. De har også jobbet med å revidere ulike retningslinjer i helsefellesskapet.

Sammenlignet med tidligere samarbeid innebærer helsefellesskapsstrukturen at de har noen føringer for hvordan de skal jobbe, og hvilke tema og områder de skal jobbe med. Samtidig er det fortsatt en fleksibilitet for hva de vil fokusere sitt arbeid på. En informant opplever at nå når de har etablerte strukturer blir det enklere å jobbe med de tyngre sakene i fellesskap. Helsefellesskapet har ført til en tydeliggjort struktur, både generelt for samarbeidet, og spesielt for de fire satsningsområdene. En informant forteller at strukturene gjør det enklere å gå løs på felles utfordringer. Det blir også enklere å lage felles rutiner, beredskap, og planlegge for fremtiden når de har en enkel struktur å forholde seg til. Helsefellesskapet har fått samhandlingsmidler fra Helse Sør-Øst for å bruke på utvikling av disse strukturene. Helsefellesskapet har bidratt til mer felles planlegging gjennom underutvalgene. De bidrar til bedre samarbeid og får partnerne til å tenke større om hvordan man ivaretar de ulike pasientgruppene.

Samarbeidet på helsefellesskapets samarbeidsarenaer er i utgangspunktet godt, men det fortelles om utfordringer i samarbeidet om det pasientnære arbeidet. Særlig innen psykiatrien eksisterer det et potensial for forbedret samhandling. Begrensede økonomiske ressurser er i utgangspunktet en faktor som påvirker helseforetaket og kommunenes mulighet og evne til å løse oppgavene sine, og som dermed har konsekvenser for samarbeidet. I tillegg bidrar også forskjeller i kommunenes og helseforetakets rammebetingelser, deriblant ulik organisering, styringslogikk, oppgaver og finansieringssystem, bidrar til å gjøre samarbeidet mer krevende.

Til tross for utfordringer forteller informantene også om tilfeller hvor det pasientnære samarbeidet fungerer godt. Et eksempel på godt samarbeid er teambaserte tjenester til pasienter med psykiske lidelser; ACT. Dette er et team som jobber med pasienter med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. Kommunene kan ikke medisinere på tvang etter psykisk helsevernloven, i motsetning til spesialisthelsetjenesten. FACT er en utvidelse av ACT som også inkluderer de brukerne som ikke har psykoser. Nå har de et team inn mot de med psykoser og et team med de uten psykoser. I disse prosjektene har de et svært godt samarbeid. De jobber som et team rundt pasientene og ser hvordan de kan bruke kompetansen sin sammen.

Partnerne opplever at det er mye bedre samarbeid nå enn tidligere. Det som blir en viktig oppgave videre, er å spre det gode samarbeidet nedover i organisasjonen. Det er viktig å bli kjent med hverandre og med hverandres verdener. Da får partnerne større forståelse for hva den andre parten står i.

### Prioriteringer fremover

I tiden fremover har helsefellesskapet en plan om å være sammen om en bedre helsetjeneste. Gjennom revidering av samarbeidsavtalen har man laget en felles plan for hvordan man skal jobbe med de overordnede satsningsområdene. Over på spesifikke aktiviteter så skal helsefellesskapet

styrke planleggingen av kapasitet, og fordele disse på de ulike hovedgruppene av tiltak. Samlet sett skal de i større grad planlegge for fremtiden sammen.

For at samarbeidet skal fungere enda bedre i tiden fremover, er det først og fremst viktig at hver enkelt deltaker prioriterer tiden til helsefellesskapet. Herunder er det viktig å finne de sakene som er praktiske og nyttige for alle aktørene, samt sikre at alle stiller godt forberedt. På tross av at engasjementet kan virke litt varierende og at prosessen kan oppleves byråkratisk, så er alternativet enda dårligere.

Økonomi og bemanningsutfordringer er to faktorer som vil påvirke helsefellesskapets arbeid fremover. Både helseforetak og kommunene har økonomiske utfordringer. De konkurrerer også om de samme yrkesgruppene, noe som vil påvirke dem framover. Et eksempel på en ressurs de knives om er jordmødre. Det vil også være negativt for helseforetaket dersom kommunene kutter i sykehjems plasser og ikke kan ta imot pasienter fra sykehusene.

### Behov for støtte

På spørsmål om hvilke behov helsefellesskapet har for støtte og føringer framover, så trekker de frem finansieringsordningen. Gjennom tydeligere politiske føringer og tilpasninger av finansieringsordningene på tvers av kommuner og helseforetak, så kan man potensielt fjerne enkelte hindringer i samarbeidet. I tillegg sier ikke informantene nei til mer økonomisk støtte. I tider med økonomiske innstramminger hos begge aktørene, kan styrking av økonomiske midler stimulere til samarbeid gjennom å demme opp deres felles utfordringer.

## Helsefellesskapet Vest-Viken

**Om helsefellesskapet:** Opprettet i november 2020 som en samarbeidsarena mellom kommunene og Vestre Viken. 21 kommuner deltar i helsefellesskapet: Asker, Bærum, Drammen, Flesberg, Flå, Gol, Hemsedal, Hol, Hole, Jevnaker, Kongsberg, Krødsherad, Lier, Modum, Nesbyen, Nore og Uvdal, Ringerike, Rollag, Sigdal, Øvre Eiker og Ål. Helsefellesskapet bygger på et mangeårig samarbeid mellom helseforetaket og kommunene. Samarbeidet er forankret i samarbeidsavtaler mellom Vestre Viken og kommunene i helseforetakets område. Samarbeidsavtalen med kommunene er revidert 1. januar 2021, i tråd med intensjonene i helsefellesskap.

**Partnerskapsmøter:** Det er avholdt til sammen tre partnerskapsmøter. Første partnerskapsmøte i helsefellesskapet ble gjennomført 26. mars 2021.

**Strategisk samarbeidsutvalg:** Det er opprettet et strategisk samarbeidsutvalg med representanter fra helseforetaket, kommunene og pasient- og arbeidstakerorganisasjonene. SSU skal styrke strategisk og operativ samhandling for å fremme pasientens helsetjeneste; beslutte prioriterte felles innsatsområder; sikre gjensidig og nødvendig informasjonsutveksling; initiere og følge opp konkrete samarbeidstiltak; sikre samhandlingen innenfor funksjoner og områder som er områdeovergripende; oppnevne faglige samarbeidsutvalg (nivå 3) og har ansvar for å følge opp og revidere samarbeidsavtalen. SSU møtes 6-8 ganger i året.

**Faglig samarbeidsutvalg:** Helsefellesskapet har to faglige samarbeidsutvalg: barn og unge og alvorlig psykisk lidelse og rus. De skal jobbe med forslag til konkrete prosedyrer og pasientforløp.

**Sekretariatfunksjon for kommunene:** Helsefellesskapet har opprettet felles sekretariatfunksjon for kommunene. Vertskommunen for det kommunale sekretariatet er Bærum. Helsefellesskapet mottar tilskudd fra Helsedirektoratet til fellessekretariatfunksjon for kommunene. Det kommunale sekretariatet utgjør, sammen med representanter fra helseforetaket, helsefellesskapets felles sekretariat.

### Særtrekk ved organisering

SSU i helsefellesskap Vest-Viken har ikke nestleder. Ifølge informantene som vi snakket med i intervju skyldes dette at de så langt ikke har hatt behov for denne rollen.

Helsefellesskapet har beholdt tidligere samarbeidsstruktur med lokale samarbeidsutvalg knyttet til lokalsykehusfunksjonen i tillegg til strategisk samarbeidsutvalg. Denne strukturen har eksistert de siste 20 årene og ble videreført da helsefellesskapet ble opprettet. Prinsippet bak det lokale nivået er at det som kan løses lokalt, skal løses lokalt. De fem lokale samarbeidsutvalgene er besluttsende organ med ansvar for å:

- informere og involvere samarbeidspartnere i planprosesser som har betydning for utforming av helsetjenestene.
- orientere hverandre om endringer i rutiner, organisering og lignende som kan ha innvirkning på de områdene avtalen omfatter.
- beslutte prioriterte innsatsområder.
- initiere lokale utviklingsprosjekter og forbedringsarbeid.

- etablere underutvalg, faggrupper, kliniske rådgivningsgrupper og referansegrupper det er behov for.
- aktørene har ansvar for å tilrettelegge for samarbeid med andre aktører enn helse (barnevern, skole, politi m.m.) når det har betydning for helsetjenestene til befolkningen.

Kommunenes representasjon i Vest-Viken helsefellesskap er tett knyttet til kommunehelsesamarbeidet som er et helsesamarbeid mellom 21 kommuner i Vestre Viken sitt opptaksfelt. Samarbeidet skal ivareta kommunenes interesser i samhandlingen med Vestre Viken og bidra til utviklingen av fremtidens helsetjeneste i tråd med samhandlingsreformens intensjoner.

### Felles sekretariat og kommunal sekretariatfunksjon

Felles sekretariat (kalles arbeidsutvalg) for helsefellesskapet består av representanter for både helseforetaket og kommunene. Blant kommunerepresentanter i arbeidsutvalget er lederen og koordinatoren for kommunehelsesamarbeidet. Begge er ansatt i Bærum kommune, men dette skal ikke ha noe praktisk betydning og representantene er beviste på at de skal arbeide for alle kommunene i lik grad. I tillegg er det en representant fra Øvre Eiker, en av de mindre kommunene i opptaksområde til Vestre Viken, som deltar i arbeidsutvalget. Å ha med representanter fra både store og små kommuner i sekretariatet har vært viktig for en balansert representasjon av ulike kommuner i regionen.

Bærum kommune har søkt og mottatt tilskudd til kommunal sekretariatfunksjon. Helsefellesskapet har ikke opplevd noen utfordringer i forbindelse med søknadsprosessen.

Blant arbeidsutvalgets viktigste oppgaver er å forberede og følge opp møter i SSU. Det gjennomføres faste møter mellom rådgiver som representerer helseforetaket og kommunekoordinatoren hvor de diskuterer felles saker og planlegger i lag. Det trekkes frem at det finnes ulike tilnærminger til hva resultatet av arbeidet skal være. Noen mener at arbeidsutvalget kun skal utforme saksgrunnlag, mens det er i SSU saken skal drøftes. Praksisen i dag er at sakene ofte drøftes i arbeidsutvalget for å så sendes til SSU som forslag til vedtak. Det nevnes at takhøyden for å uttrykke uenighet og diskutere er høyere i arbeidsutvalget enn i SSU.

Koordinatoren til kommunehelsesamarbeidet har ikke myndighet til å uttale seg eller ta beslutninger på vegne av kommunene og fungerer mest som et informasjonsmellomledd mellom helsefellesskapet og kommunene. Den kommunale koordinatoren jobber med å forberede saker som skal diskuteres i arbeidsutvalget i lyset av kommunenes behov og interesser, behandler saker som helseforetaket fremmer eller fremmer det som er viktig for kommunene. Saker som flere kommuner har interesse for, prioriteres. Det nevnes også at i de tilfeller når kommuner i regionen har motstridene interesser, bidrar det interkommunale samarbeidet i kommunehelsenettverket og helsefellesskapet til at kommunene forsøker å finne en balansert løsning og «prøver å ikke slå beina under hverandre».

### Rollefordeling i helsefellesskapet

Når det gjelder rollefordeling mellom kommunene i helsefellesskapet har de i Vest-Viken fokus på at både store, mellomstore og små kommuner blir representert i helsefellesskapet. Kommunene får en rolle i SSU i 2-4 år av gangen, før det gjøres en rotasjon og nye kommuner tar plassen. I SSU er det fem kommunerepresentanter, hver av de representerer sitt sykehusområde. Kommunene som deltar i helsefellesskapet tilstreber å ha møter i forkant av møter i SSU, slik at de kan drøfte sakene og komme forberedt. Men tross forberedelsene har ikke kommunene som samarbeider i helsefellesskapet mandat til å ta beslutninger eller pålegge noe de andre kommunene i sine regioner. Det nevnes også at selv om alle kommuner i like stor grad er interessert i å samarbeide,

har de store kommunene i regionen i større grad mulighet til å bruke ressurser på samarbeidet i helsefellesskapet og på felles prosjekter særlig der det handler om innovasjon og utvikling.

Når det gjelder rollefordeling mellom helseforetaket og kommunene i Vest-Viken, nevnes det at helseforetaket er aktøren i samarbeidet som oftest tar initiativ og styring.

Informantene forteller om utfordringer som hindrer godt samarbeid. Utfordringene handler om ulik prioritering av arbeidet i helsefellesskapet hos partnerne, ulik tilgang på ressurser (både til fellesprosjekter og saksforberedelser) og ikke minst ulikt fokus (kommunene har ansvar for flere tjenesteområder enn helse) og styringslogikk (kommunenes selvstyre) som gjør at kommunene bruker lengre tid på å behandle saker og fatte beslutninger.

Blant utfordringene nevnes det i tillegg at det ofte krever mye tid og innsats å få svar fra de ulike kommunene når koordinatorene ber om innspill, f.eks. gjennom spørreundersøkelser. Som en mulig løsning på ressursmangel til behovskartlegging, innsamling av innspill og saksforberedelser på kommunesiden, foreslås det at ekstra ressurser skal brukes på kommunal representasjon i helsefellesskapet. Det påpekes samtidig at kommunene selv ikke har mulighet til å betale for flere ressurser. Videre vil kommunene, som følge av deres styringslogikk, fremdeles trenge lengre tid til beslutninger enn helseforetaket. Selv om flere ressurser dedikeres til arbeidet fra kommunesiden, vil ikke de ha beslutningsmyndighet for kommunene i regionen og sakene, særlig de som har økonomiske konsekvenser for kommunene, må fortsatt behandles lokalt. Til tross for at, ettersom samarbeidet utvikler seg, partnerne i større og større grad får forståelse for hverandres styringslogikker, vil dette alltid være en utfordring i samarbeidet, ifølge de vi snakket med.

### Erfaringer med samarbeid i helsefellesskap

Vest-Viken har siden etableringen igangsatt flere samarbeidsprosjekter mellom HF og kommunene. Blant de viktigste prioriteringene vært prosjektene FACT-team for voksne og FACT-team for barn og unge. Det førstnevnte ble startet før helsefellesskapet ble stiftet. Prosjektene førte til positive resultater ikke minst med tanken på samarbeid mellom kommuner og helseforetaket. Informantene har noe varierende perspektiver på hvorvidt og i hvilken grad helsefellesskapet har bidratt til positive endringer. Enkelte mener at partnerne blir bedre på å samarbeide jo mer de samarbeider. For eksempel har de to overnevnte FACT-prosjektene samt prosjektet for felles inntaksteam for barn og unge bidratt til økt samordning mellom partnerne. I tillegg nevnes i denne sammenheng også samarbeidet rundt beredskap.

Det er imidlertid enighet blant partnerne om at fokuset på de fire pasientgruppene, fastlegerepresentasjon i samarbeidet mellom kommuner og helseforetaket, samt politisk forankring av arbeidet er blant de positive endringene.

De etablerte samarbeidsstrukturene som fantes i tiden før helsefellesskapet eksisterer stort sett uendret i dag. En av endringene er fastlegerepresentanter som kom inn i samarbeidet med opprettelsen av helsefellesskapet. Utfordringen er imidlertid å finne hvem som skal representere fastlegene, og hvordan representantene skal utnevnes. De som deltar i samarbeidet i dag har ikke noe mandat til å snakke om andre enn seg selv, har heller ikke mandat til eller arena for til å bringe budskapet tilbake til andre fastleger, «ingen informasjonskanal ut, intet bakland».

Informantene forteller at planleggingsprosessene fremdeles ikke gjøres i fellesskap, og de ender opp med enveisplanlegging fra helseforetakets side. Samtidig vises det til at helseforetakene stadig vekk får nye forskrifter og krav til å involvere kommuner i sitt arbeid og dette har en virkning. I



forlengelse av dette forteller noen av informantene at de har tro på at helsefellesskapsturkturen kan gjøre felles planlegging bedre, bare man tar tiden og godviljen til hjelp.

Informantene kan heller ikke se positive endringer med tanken på felles beslutningsprosesser. Det nevnes i denne sammenhengen at store ressurssterke kommuner er bedre i stand til å takle beslutninger som medfører større ressursbruk for kommunen, så fraværet av samarbeid om fellesbeslutninger rammer i størst grad små kommuner.

Også når det gleder endringer i den kliniske praksisen og for pasientene har partnerne vanskeligheter med å se noen endringer som kan tilskrives helsefellesskapet.

### Prioriteringer fremover

Helsefellesskapet vil fremover ha fokus på samfunnsutfordringene og prioriterte grupper. Enkelte peker på at samhandling rundt barn og unge og psykisk helse er særlig viktig. Videre er digital transformasjon en viktig prioritet, og at samhandling om digitale og velferdsteknologiske løsninger er en aktuell oppgave for helsefellesskapet. Det finnes derimot ulike syn på hvor man skal se etter løsninger. Også tilgang på helsepersonell er en felles utfordring hvor partnerne sannsynligvis vil ha gevinster av et samarbeid.

Helsefellesskap Vest-Viken forventer at neste Nasjonal helse- og samhandlingsplan og Nasjonal helseberedskapsplan vil inneholde viktige føringer for fremtidig arbeid i helsefellesskapet og er klare til å innrette innsatsen i samsvarende retning.

Begge partnerne i Vest-Viken er enige i at det er behov for at kommunene får styrket det interkommunale samarbeidet og jobber opp gode samarbeidsmodeller slik at de fremstår mer samstemte enn det som er tilfellet i dag. Dette anses for å være sentralt for videreutvikling av helsefellesskapet som vil bidra til at kommunene og helseforetaket blir likeverdige partnere.

### Behov for støtte

Kommunene etterlyser bistand spesielt på to områder: styringsdata og digitale løsninger. Når det gjelder data meldes det om at mangelen på gode data gjør det vanskelig for kommunene å vite om den innsatsen de legger inn har noe effekt. Som eksempler på datakategorier de ser behov for, trekkes frem data for forebyggende arbeid i kommuner og lavterskeltilbud for barn og unge innen psykisk helse.

Når det gjelder digitalisering etterlyser kommunene klare råd som de kan følge. Enkelte ser for seg at KS kan ha en rolle i å få på plass løsninger på begge de ovennevnte utfordringene. Det etterspørres også tilpasning av «forskrifter, juss og lovverk» med fokus på det beste for innbygger.

## Helsefellesskap Oslo

**Om helsefellesskapet:** Avtale om innføring av helsefellesskap Oslo ble inngått i september 2021 mellom Oslo kommune inkl. alle bydeler og sentrale etater, Oslo universitetssykehus, Akershus universitetssykehus, Lovisenberg Diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus. Helsefellesskap Oslo er basert på allerede etablerte samhandlingsstrukturer. Samarbeidsavtalene mellom kommunen og sykehusene er fra 2014, men skal nå revideres og tilpasses ny struktur.

**Partnerskapsmøter:** Det er gjennomført to partnerskapsmøter, i september 2022 og september 2023. Her deltar styreledere, og administrerende direktører fra helseforetak og sykehus, helsebyråd, kommunaldirektør for helse, og SSU.

**Strategisk samarbeidsutvalg:** Helsefellesskapet har ett strategisk samarbeidsutvalg. Utvalget har hatt møter fire ganger i året, men vil fra 2024 utvide til fem møter i året. Leder av SSU går på omgang mellom kommunen og sykehusene i perioder på to år. Utvalgets mandat er å gi innspill til partnerskapsmøtet om mål og tiltak i tråd med mål og rammer fastsatt i Nasjonal helse- og sykehusplan, og gjennomføre vedtatte tiltak fra partnerskapsmøtet.

**Lokale samarbeidsutvalg:** Fire lokale samarbeidsutvalg, ett for hvert sykehus' opptaksområde. Her er de faste deltakerne: bydelsdirektørene, sykehusdirektør, etatsdirektører (helseetaten, sykehjemsetaten og velferdsetaten), en representant for fastlegene, en brukerrepresentant og en representant for de tillitsvalgte.

**Faglig samarbeidsutvalg:** Har samarbeidsforum under hvert lokale samarbeidsutvalg, herunder samarbeidsforum somatikk, samarbeidsforum psykisk helse og avhengighet, samarbeidsforum barn og unge. Det er noe variasjon i hvilke samarbeidsutvalg som finnes i de ulike lokalsykehusområdene. Sammensetningen i utvalgene varierer også. I tillegg er det ett IKT-samarbeidsutvalg mellom Oslo kommune, sektorsykehusene og Oslo Universitetssykehus og ett fagråd for den akuttmedisinske kjede.

**Sekretariatfunksjon for kommunene:** Har felles sekretariat for helsefellesskapet. Representantene i sekretariatet er kommunalt ansatt, men representerer hele helsefellesskapet. Sekretariatet har søkt om og mottar tilskudd fra Helsedirektoratet.

### Særtrekk ved organisering

Helsefellesskap Oslo skiller seg fra de andre helsefellesskapene ved at det kun er én kommune som inngår i fellesskapet, sammen med fire lokalsykehus. I tillegg har helsefellesskap Oslo fire lokale samarbeidsutvalg, ett for hvert lokalsykehus og bydelene som sogner til dette. To av sykehusene er rene lokalsykehus, herunder Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg diakonale sykehus. Ahus og Oslo Universitetssykehus har universitetsfunksjoner og regionale funksjoner i tillegg til å være lokalsykehus. Oslo universitetssykehus har dessuten en rekke nasjonale funksjoner.

Et annet særtrekk ved helsefellesskap Oslo er at strategisk samarbeidsutvalg kun har leder og ikke nestleder.

### Felles sekretariat og kommunal sekretariatfunksjon

Helsefellesskap Oslo har et felles sekretariat. Det er ikke noe kommunalt sekretariat, ettersom det kun er én kommune som inngår. Leder for felles sekretariat er kommunalt ansatt, men dette omtales som en tilfeldig modell og ikke av vesentlighet. Lederen av sekretariatet i helsefellesskapet er ansvarlig for sekretariatet og jobber tett mot ledere på strategisk nivå i sykehusene og i kommunen, med SSU og med arbeidsutvalget til SSU. I tillegg til leder er det ett fast årsverk i sekretariatet, som jobber frem og følger opp saker i SSU. Helsefellesskapet har søkt tilskudd fra Helsedirektoratet til sekretariatfunksjonen.

### Rollefordeling i helsefellesskapet

Både i SSU og i de lokale samarbeidsutvalgene veksler ledervervet på å være hos kommunen og sykehusene, i perioder på to år. Denne rollefordelingen har bidratt til større grad av likeverdighet i samarbeidet.

Nylig ble ledelsen i SSU overtatt av sykehusene. Denne gangen er det administrerende direktør fra Lovisenberg Diakonale Sykehus som har påtatt seg oppgaven på sykehusenes vegne. De fire sykehusene har ingen fastsatt rullering på hvem som skal stille som leder fra deres side, men blir heller enige seg imellom.

Fra kommunal side i de lokale samarbeidsutvalgene er alle bydelsdirektørene representert. Fra hvert lokale samarbeidsutvalg velges én representant som også skal inngå i SSU.

To av sykehusene i helsefellesskapet, Oslo Universitetssykehus og Ahus, har regionale funksjoner utover å være lokalsykehus. Enkelte antar at sykehusenes øvrige funksjoner kan påvirke både fokus og kapasitet til å delta i de lokale samarbeidsutvalgene.

Det oppleves utfordrende å representere enten flere sykehus eller flere bydeler i helsefellesskapet. Det ses på som et litt svakt punkt at det ikke er en konkret struktur for å samle inn synspunkter blant dem man representerer, og at prosessene kan ta litt tid

Videre er det en utfordring å få fastlegene til å delta aktivt i helsefellesskapet. Det er fastlegerepresentanter i alle utvalgene, men det er noe ulik praksis i de lokale samarbeidsutvalgene på fastlegenes rolle. Det arbeides fortsatt med å skape forståelse hos fastlegene for helsefellesskapet og å gjøre det viktig for dem. Fastlegene har kommet med tilbakemelding om at det oppleves meningsfylt å delta i helsefellesskapsstrukturen, mer meningsfylt jo nærmere den kliniske virksomheten man deltar. Det er viktig for dem at sakspapirer sendes ut i god tid, slik at de får tid til forberedelse i en travel klinisk hverdag, og at de får økonomisk godtgjørelse for å delta.

### Erfaringer med samarbeid i helsefellesskap

Helsefellesskap Oslo har gjennomført flere aktiviteter utover etableringen. Strukturen er iverksatt og i gang, og det gjennomføres flere møter i året i de ulike utvalgene. Det er etablert et årshjul med aktiviteter, og helsefellesskapet bruker porteføljestyling på hvordan de skal prioritere arbeid, samarbeide og fordele ansvar. Det arrangeres også en årlig helsekonferanse med mange hundre deltakere, hvor det informeres om helsefellesskapet og det arbeidet som foregår der. Det blir vektlagt å gjøre programmet interessant.

Helsefellesskapet har brakt med seg flere positive endringer for samarbeidet mellom partnerne. Blant annet har samarbeid kommet høyere opp på agendaen. Tidligere var samhandlingen mer på bydelsnivå, men den nye strukturen har bidratt med noen linjer som går helt opp til toppnivå i

kommunen. Ved at helsefellesskapet er forankret på toppnivå, blir det også prioritert lederkraft til dette. Det er økt bevissthet om forankring, og denne måten å arbeide på gjør også at sykehusene jobber likere, lærer mer av hverandre, har mer oversikt over de andres arbeid, og bedre samhandling. I tillegg har kommunen en tydeligere plass. Det er en opplevelse av mer likeverdig samarbeid, og også tydeligere ansvarliggjøring.

Det er også vektlagt at det skal være en tydeligere plassering av brukerrepresentanter, tillitsvalgte og fastleger i helsefellesskapet. Her er det imidlertid noen utfordringer med å få dette på plass, særlig knyttet til fastlegene og tillitsvalgte, og man ser ikke tydelige resultater enda. Det arbeides fortsatt med å finne ut hvor fagfolkene passer best inn. Det er tro på at det er mulig å få til ting man ikke har fått til tidligere.

Det er også positive endringer knyttet til felles planlegging. I de lokale samarbeidsutvalgene er det tilnærmet likt som før, men særlig på overordnet nivå har det blitt mer tverrgående planlegging og koordinering. Porteføljestyringen bidrar også til å gjøre planleggingen bedre. Det er tro på at arbeidet med en tydeligere struktur og planlegging vil bidra til at man får til mer i samarbeidet. Et eksempel er planleggingen rundt barn og unge innen psykisk helse, hvor det arbeides mot en lik modell for hele Oslo slik at behandlingen skal bli så lik som mulig. Her jobber helsefellesskapet sammen med å kartlegge behov, og å benytte styringsdata i arbeidet.

Med hensyn til felles beslutningsprosesser er det fortsatt rom for forbedring. Det er gjort mange vedtak om hva helsefellesskapet ønsker å gjøre og den nye strukturen har gitt større tydelighet, men det er noen utfordringer knyttet til at helsefellesskapet kun er et interessefellesskap og at det er ulike beslutningslinjer og ulik finansiering hos partnerne, med henholdsvis innsatsstyrt finansiering og rammefinansiering. Kommunen har i større grad behov for å bruke tid på å forankre prosessene internt. Det trekkes frem at det er utfordringer med å ta beslutninger når det ikke er et eget budsjett i fellesskapet. Blant annet er det problemer knyttet til oppgaveoverføring og midler til dette. Enkelte ytrer derfor et ønske om å ha felles budsjett i helsefellesskapet.

Det viktigste for helsefellesskapet er å jobbe for gode pasientforløp. Helsefellesskapet har en struktur hvor de jobber med spesifikke temaer i perioder, hvor de skal kartlegge og få oversikt for å generere grunnlagsinformasjon om hvor skoen trykker. Dette er en stor jobb, da det i liten grad er gjort tidligere. Det arbeides også for å koble seg til allerede eksisterende prosjekter innen samhandling. Flere samarbeidsrutiner er utarbeidet, blant annet fordi det er behov for at dette harmoniseres i alle sykehusene/bydelene for at ikke alle jobber helt ulikt. Det er ønske om at man skal se til og lære av hverandre, for å sikre helheten.

Ved at det er én kommune og fire sykehus i helsefellesskapet, opplever helsefellesskapet noe storbyproblematikk, for eksempel i henhold til ansvarsfordeling. Det er noe krevende å operasjonalisere samarbeidet, til tross for at det er vilje til stede.

Det skal nå gjennomføres en evaluering av helsefellesskapet. Her skal nesten 180 personer, fra alle helsefellesskapets nivåer, svare på 15-20 spørsmål. Evalueringen er ment å kartlegge hva som fungerer godt og hvilke utfordringer som finnes. Basert på resultatene fra evalueringen, vil helsefellesskapet forsøke å plassere riktig problemstilling på riktig nivå og arena. Det etterstrebes å løse utfordringer på lavest mulig nivå, nærmest pasienten.

Det er en opplevelse av at det vil ta noen år for å få helsefellesskapet til å gå seg til, og å få strukturen til virke. Blant annet må partnerskapsmøtet modnes. Det er en positiv utvikling, og selv om helsefellesskapet ikke er i mål, er de på vei.

### Prioriteringer fremover

Helsefellesskap Oslo har en rekke planer for sitt arbeid fremover, som er vedtatt i porteføljeplan etter enighet fra alle aktører. Blant annet skal det fokuseres på: rutiner for samarbeid; helhetlige pasientforløp; digital samhandling med dokumentdeling og deling av data i samtid; psykisk helse for barn, unge og voksne, både forebyggende arbeid, lavterskeltilbud og behandlingsplasser; skrøpelige eldre, ikke for høy bruk av akutt-tjenester; helhetlige og riktige rehabiliteringsløp, også koordinert med akutt-tjeneste; og rekruttering og kompetanse. I tillegg til dette, vil det komme flere fokusområdene etter hvert, som også strekker seg over en lengre periode. Det blir også viktig å arbeide med å sikre gode tall og fakta, slik at dette stemmer overens med hvordan helsefellesskapet jobber og prioriterer.

Helsefellesskap Oslo har også nylig besluttet å bli medlem i Kompetansebroen. Som et felles verktøy for deling og kompetanse, er det tro på at dette blir viktig for å dele informasjon og kompetanse mellom de ulike samarbeidspartnerne i helsefellesskapet og være nyttig i det videre arbeidet.

Det er noen opplevde utfordringer for arbeidet i helsefellesskapet fremover. Blant annet løftes det frem utfordringer med å få alle til å prioritere samhandling. Et annet punkt er at det stadig blir strammere rammer å forholde seg til. Ettersom dette er tidskrevende arbeid, er det viktig å synliggjøre at modellen fremmer bedre tjenester og ikke utelukkende byråkratisering av samhandlingen. Det må være kontinuerlig arbeid, og det må arbeides konkret med porteføljeplanen fra strategisk nivå og nedover i nivåene. Det er tro på at helsefellesskapsstrukturen vil kunne bidra til dette.

Det påpekes også at de forskjellige finansieringsordningene for partnerne vil fortsette å gi utfordringer fremover, i prosjekter hvor begge partnerne er forpliktet. I tillegg er det noen juridiske utfordringer for slike samarbeidsprosjekter. Et eksempel er samarbeid i FACT-team, hvor halvparten av teamet kommer fra kommunen og den andre fra helseforetaket. Her er det stadig spørsmål knyttet til både finansiering, dokumentasjon og hvem som har det juridiske ansvaret for pasienten.

### Behov for støtte

Det er ønskelig at nasjonale myndigheter legger bedre til rette for samhandling. Mye kan løses lokalt i hvert helsefellesskap, men det er behov for nasjonale føringer innen blant annet digitalisering, budsjettering og finansiering, prioritering og styringsdata. Digitalt samarbeid ses på som en nøkkel som vil gjøre arbeidet enklere og også bidra til pasientsikkerhet.

I tillegg er det behov for juridiske rammebetingelser som legger til rette for å samarbeide på en god måte mellom partnerne, ettersom samarbeid i form av for eksempel FACT-team er ønskelig.

## Helsefellesskapet Ahus og kommunene

**Om helsefellesskapet:** Helsefellesskapet består av Ahus og de 21 kommunene Nordre Follo, Ås, Frogn, Nesodden, Aurskog-Høland, Rælingen, Enebakk, Lørenskog, Lillestrøm, Nittedal, Gjerdrum, Ullensaker, Nes (Akershus), Eidsvoll, Nannestad, Hurdal, Kongsvinger, Nord-Odal, Sør-Odal, Eidskog, Grue. Det er inngått samarbeidsavtale mellom Ahus og kommunene. Ved siden av de pålagte strukturene er det opprettet flere forum som skal fungere som møteplasser for samarbeid og erfaringsutveksling. Helsefellesskapet ble formelt etablert i 2021, men Ahus og kommunene har i flere år hatt samarbeidsorganer som ligner helsefellesskapsstrukturen.

**Partnerskapsmøter:** Har avholdt partnerskapsmøter i 2021, 2022 og 2023.

**Strategisk samarbeidsutvalg:** Helsefellesskapet har to strategiske samarbeidsutvalg som skal samordne helsefellesskapets oppgaver. Dette er administrativt samarbeidsutvalg (ASU) og Helse- og omsorgsfaglig samarbeidsutvalg (SU). I tillegg er det etablert Felles arbeidsutvalg (AU), på samme nivå, som innehar en sekretariatfunksjon for ASU og SU.

**Faglig samarbeidsutvalg:** Det er opprettet 12 faglige samarbeidsutvalg. Disse består i fire fagråd, fire ledersamarbeidsforum psykisk helse/avhengighet voksne (LSF) og fire ledersamarbeidsforum barn og unge (LSF barn og unge).

**Sekretariatfunksjon for kommunene:** Kommunene i helsefellesskapet har organisert seg i fire regioner, med hver sin samhandlingskoordinator. De fire samhandlingskoordinatorerne utgjør kommunenes felles sekretariat. Ullensaker, Nordre Follo, Rælingen og Kongsvinger er vertskommuner. Kommunalt sekretariat har søkt om og mottar tilskudd fra Helsedirektoratet.

### Særtrekk ved organisering

Helsefellesskapet ble formelt etablert i 2021, men Ahus og kommunene har siden samhandlingsreformen hatt samarbeidsorganer som er tilnærmet like dagens helsefellesskapsstruktur. Det ble i forbindelse med etableringen gjennomført en evaluering av samarbeidsarenaene. Evalueringen har resultert i en plan for omorganisering av helsefellesskapet, ved å redusere antallet strategiske samarbeidsutvalg fra to til ett. Fra og med september 2024 vil SU og ASU slås sammen til SSU.

Helsefellesskapet har opprettet 12 faglige samarbeidsutvalg. Disse består i fire fagråd, fire ledersamarbeidsforum psykisk helse/avhengighet voksne (LSF) og fire ledersamarbeidsforum barn og unge (LSF barn og unge). LSF består av ledere for de aktuelle tjenestene i kommunene med beslutningsmyndighet, DPS, ARA og sykehusavdelingene. Brukerorganisasjonene blir representert, mens kommuneoverlegene deltar ved behov. De fire fagrådene til helsefellesskapet er: mestring, behandlingsforløp, beredskap og smittevern samt kompetanse, innovasjon, forskning og digital samhandling.

Ved siden av de pålagte strukturene er det opprettet flere forum og nettverk som skal fungere som møteplasser for samarbeid og erfaringsutveksling. Eksempelvis er det etablert et bestiller- og saksbehandlernettsverk hvor alle kommunale tildelingskontor/saksbehandlertjeneste møtes sammen med representanter for Ahus og drøfter. Andre forum inkluderer blant annet:

Rehabiliteringsnettverket Ahus, Kompetansenettverket Palliasjon - Ahus opptaksområde, Forum for sykehjemsmedisin, Ahusforum - samhandling mellom leger, og Styringsdata for samhandling.

### Felles sekretariat og kommunal sekretariatfunksjon

Kommunene i helsefellesskapet har organisert seg i fire regioner, med hver sin samhandlingskoordinator. De fire samhandlingskoordinatorer utgjør kommunenes felles sekretariat. De fire regionene er: Kongsvingerregionen, Folloregionen, Gardermoregionen og Nedre Romerikeregionen. De fire regionene er representert ved følgende vertskommuner: Ullensaker, Nordre Follo, Rælingen og Kongsvinger. Bakgrunnen for valg av vertskommuner for regionene er ukjent, men kommunestørrelse og erfaring fra andre samarbeid fremstår som faktorer av betydning.

Det kommunale sekretariatet finansieres gjennom et spleiselag mellom regionens kommuner. I 2022 og 2023 mottok de i tillegg tilskudd fra Helsedirektoratet, men tilskuddet finansierer kun en liten del av samhandlingsutgiftene pr. region. Det har tidligere vært noe usikkerhet rundt hvorvidt sekretariatet kvalifiserer for å motta midler ettersom det består av fire stillinger, men dette er avklart. Det har også vært noen utfordringer knyttet til hvilken av de fire kommunene som skulle søke på midler og fordele disse videre til de tre andre, men også dette er i dag avklart. Med unntak av de nevnte uklarhetene oppleves selve søknadsprosessen som grei.

Det kommunale sekretariatet har blant annet som oppgave å: planlegge saker, utrede saker, innhente informasjon, og ha dialog opp mot spesialisthelsetjenesten og samhandlingsavdelingen ved Ahus. De har også en viktig rolle som koordinatorfunksjon opp mot kommunene i sin region, og inn mot helseforetaket.

Den nye strukturen med SSU legger opp til en noe mer krevende regional forankring enn tidligere. Den nye strukturen vil innebære at samhandlingskoordinatorer i det kommunale sekretariatet i enda større grad har dialog med kommunedirektørnettverk og helseledernettsverk, slik at sakene presenteres relativt likt i hver region.

Det kommunale sekretariatet er opptatt av å ha oversikt over det som skjer i deres region, og deltar blant annet i ulike nettverk og forum som er forankret og formalisert i helsefellesskapsavtalen. Det kommunale sekretariatet fungerer også, sammen med representanter fra helseforetaket, som felles sekretariat for helsefellesskapet og inngår i felles arbeidsutvalg (AU).

### Rollefordeling i helsefellesskapet

Helseforetaket og kommunene veksler på å inneha ledervervet i ASU og SU. Hver aktør innehar vervet i to år av gangen. Den aktøren som ikke er leder ASU, leder i stedet SU. Per desember 2023 ledes SU av kommunene, og ASU av helseforetaket. Formålet med denne rulleringsordningen er å fremme og fordele eierskap, ledelse og belastning. Det er per dags dato ikke helt avklart hvordan dette vil organiseres etter omorganiseringen i 2024, men rullering av lederskap anses som en fordel.

I forbindelse med den nevnte omorganiseringen vil antallet representanter på nivå to i helsefellesskapet reduseres. Per i dag er alle kommunene representert inn i SU, mens den nye organiseringen innebærer at et utvalg kommuner vil representere de andre kommunene inn i SSU. Et forslag er at hver region stiller med to representanter. En bekymring blant noen av de mindre kommunene er at deres stemme ikke vil komme godt nok frem.

Fra kommunenes side anses det som viktig at kommunedirektørene er representert inn i helsefellesskapet, ettersom deres samfunnsperspektiv inn i samhandlingen oppfattes som viktig for å skape en felles virkelighetsoppfatning mellom kommunene og Ahus.

Økonomi og kommunestørrelse påvirker kommunenes engasjement og kapasitet til å delta, og helsefellesskapet opplever noen utfordringer med hensyn til deltakelse på samarbeidsarenaer. Det kan for eksempel være mer krevende å prioritere deltakelse for kommuner som har færre stabsfunksjoner og hvor enhetslederne arbeider tett på driften i de ulike tjenestene. For kommunaldirektører/kommunalsjefer med flere stabsfunksjoner kan det være lettere å ha et overordnet blikk på kommunenes portefølje, og muligens oppleves mer komfortabelt å delta på helsefellesskapets arenaer.

### Erfaringer med samarbeid i helsefellesskap

Overordnet har partnerne gode erfaringer med helsefellesskap som samarbeidsstruktur, og opplever samarbeidet mellom kommunene og helseforetaket som godt. Strukturen bidrar til styrket samarbeid gjennom å bygge relasjoner mellom forvaltningsnivåer og mellom kommuner, samt ved å legge til rette for informasjonsutveksling og koordinering. Samarbeidsstrukturen bidrar blant annet til å gi partnerne delt situasjonsforståelse og innsikt i hverandres rammebetingelser og utfordringer. Enkelte opplever også at avtalen om helsefellesskap mellom KS og regjeringen, samt lovendringen om å involvere hverandre i planarbeid, har bidratt til å styrke forpliktelsen til samordning.

Enkelte peker likevel på at de formelle prosessene i forbindelse med etableringen av helsefellesskap opplever som noe byråkratiske, særlig ettersom samarbeidsstrukturen per dags dato er tilnærmet lik strukturen før helsefellesskapet ble etablert. Selve samarbeidsstrukturene opplever likevel som gode, men med et potensial for forenkling som forhåpentligvis vil hentes ut i forbindelse med den nevnte omorganiseringen.

Helsefellesskapet har arbeidet for å fremme god samarbeidskultur og rolleforståelse hos representantene, og anser dette som viktige suksessfaktorer for et vellykket samarbeid. Å ha samarbeidet over tid, samt det å skape en felles virkelighetsoppfatning og forståelse for hverandres arbeidshverdag og rammebetingelser, vurderes også som viktig for å fremme god samhandling. Kontinuitet pekes blant annet på som en viktig faktor for å fremme rolleforståelse, ved at man sikrer at man har med seg noen som kjenner historien og har forståelse for helsefellesskapet som arena. Andre faktorer som nevnes er god forankring hos ledelse i helseforetak og kommuner, felles utviklingsprosesser som fremmer eierskap, å sikre rett representasjon og rollefordeling mellom helseforetak og kommuner, samt anerkjennelse av samhandling som et fag.

En annen faktor som bidrar positivt til samarbeidet er at helsefellesskapet har felles samhandlingsmidler som eies av Ahus og kommunene. Opprinnelig bidro Helse Sør-Øst og kommunene inn med lik sum i et spleiselag. Dette var samhandlingsmidler til ulike samhandlingsprosjekter (ikke driftsmidler). Denne ordningen er avviklet fra og med 2023, og beløpet som gjensto ble overført til helsefellesskapets drift. Fravær av felles midler anses som en potensiell utfordring i fremtiden, og sees i sammenheng med deltakelse på helsefellesskapets arenaer og evne til å komme frem til konsensusbeslutninger.

Helsefellesskapet har gjennomført en rekke aktiviteter utover etablering. Aktivitetene tar både form som konkrete prosjekter, samt utarbeidelse av en strategi- og handlingsplaner for samarbeidet. Helsefellesskapet Ahus og kommunene har blant annet utviklet og drifter Kompetansebroen, en plattform for kompetanseheving, informasjonsdeling og samhandling som også benyttes av andre



helseforetak. Videre har Ahus og fem kommuner vunnet Forbedringsprisen på Nasjonal pasientsikkerhetskonferanse for arbeidet med utviklingsprosjekt om integrerte helsetjenester for skrøpelige eldre. Andre eksempler på prosjekter og aktiviteter inkluderer etablering av FACT-team, revidering av avtaler, arbeid i læringsnettverk rundt pakkeforløp for pasienter med kreft og arrangementer i regi av fagrådene.

Partnerne i helsefellesskapet opplever selv at samhandlingsutfordringene er størst ute i tjenestene som arbeider tett med pasientene, særlig knyttet til pasienter med komplekse forløp, habilitering og psykisk helse. Helsefellesskapet har derfor arbeidet med en plan for implementering av avtale om pasientforløp, med ulike tiltak for å forankre innholdet i avtalene. Læringsnettverk pekes også på som et nyttig verktøy for å sammen identifisere hva som fungerer bra, og hvor utfordringene og flaskehalsene ligger.

Selv om partnerne i hovedsak er positive til helsefellesskap som samarbeidsarena, pekes det på noen faktorer som bidrar til utfordringer i samarbeidet. Helseforetaket og kommunenes ulike rammebetingelser i form av ulike styringsmodeller, oppgaver og finansieringssystem bidrar til å gjøre samarbeidet med krevende. Helsefellesskapet og kommunene har ulike finansielle insentiver og ulike oppgaver med hensyn til hvilke tjenester de skal levere. Dette gir utslag i litt ulike fokus og behov hos kommunene og helseforetaket. For politisk styrte kommuner er det videre mer krevende å forankre og forplikte seg til saker, enn det er for helseforetaket. I tillegg bidrar antallet kommuner, og deres ulike forutsetninger, utfordringsbilder og prioriteringer til å gjøre det ytterligere utfordrende og tidkrevende å komme frem til konsensusbeslutninger. I forlengelse av dette, og på bakgrunn av den tidligere nevnte evalueringen, er det identifisert et behov for å styrke koordineringen mellom kommunene, samt internt i helseforetaket.

Ulike maktforhold mellom helseforetaket og kommunene nevnes også av enkelte som en faktor. Det pekes eksempelvis på at det er helseforetaket som beslutter når en pasient er ferdig behandlet. Kommunene må betale for overliggerdøgn når pasientene er ferdigbehandlet, dersom de ikke overtar pasientoppfølgingen. Kommunal betaling for overliggerdøgn oppfattes gjerne som en slags «bot».

### Prioriteringer fremover

Helsefellesskapet skal i 2024 gjennomføre en omorganisering som forventes å frigjøre tid. Det er også ønskelig å fortsette arbeidet med å videreutvikle Kompetansebroen.

Videre legger strategiplanen føringer for helsefellesskapets prioriteringer fremover. Strategien bygger på prioriterte punkter fra Nasjonal helse- og sykehusplan. Det er blant annet ønskelig å utvide prosjektet om integrerte helsetjenester for skrøpelige eldre, og arbeide videre med implementering av pasientforløpsavtalen og lignende avtaler. Helsefellesskapet er også i gang med å vurdere behovet for å etablere en felles anskaffelsesprosess for digital hjemmeoppfølging for helseforetaket og kommunene.

Utfordringer som vil være viktige i forbindelse med helsefellesskapets videre arbeid inkluderer begrenset tilgang på og konkurranse om relevant helsefaglig kompetanse, og begrensede økonomiske ressurser. Disse utfordringene kan for eksempel gi utslag i at det kan gjøre det krevende å prioritere arbeidet i helsefellesskapet. Demografiske utfordringer som den økende andelen eldre i befolkningen er også en faktor. I forlengelse av dette mener enkelte at utvikling av helsekompetanse i befolkningen vil være et viktig fokusområde.

### Behov for støtte

Det er ønskelig med styrket økonomisk støtte til helsefellesskapet. Blant annet nevnes et ønske om dedikerte midler til helsefellesskapet eller prosjektarbeid i helsefellesskapet. En annen tilnærming som nevnes er endringer i dagens finansieringsordninger slik at disse i større grad støtter opp om og insentiverer til samhandling.

Enkelte har også et ønske om endringer i lovverket, i form av tydeligere regulering og standardisering innenfor digitaliseringsområdet, f.eks. i form av felles anskaffelsesprosesser.

Til slutt er det ønskelig med tydeligere signaler fra myndighetene med hensyn til hvilken rolle fastlegene skal ha i helsefellesskapet, og hvordan de skal representeres. Per i dag oppleves signalene som utydelige, og det er uklart hvorvidt fastlegene skal delta på alle arenaer eller om de kan involveres på andre måter enn å delta. Det er også uklart hvordan fastlegene skal kunne representere fastlegestemmen, når det kun er et fåtall fastleger med, av et stort fastlegekorps. Det vises til at også fastlegene selv opplever sin egen rolle som uklar. Enkelte opplever i tillegg at kommunikasjonen rundt hvorvidt fastlegene kan representeres gjennom kommuneoverleger som uklar.

## Helsefellesskapet Innlandet

**Om helsefellesskapet:** Sykehuset Innlandet og de 42 kommunene i Sykehuset Innlandets opptaksområde (Hamar, Lillehammer, Gjøvik, Ringsaker, Løten, Stange, Åsnes, Våler, Elverum, Trysil, Åmot, Stor-Elvdal, Rendalen, Engerdal, Tolga, Tynset, Alvdal, Folldal, Os, Dovre, Lesja, Skjåk, Lom, Vågå, Nord-Fron, Sel, Sør-Fron, Ringebru, Øyer, Gausdal, Østre Toten, Vestre Toten, Gran, Søndre Land, Nordre Land, Sør-Aurdal, Etnedal, Nord-Aurdal, Vestre Slidre, Øystre Slidre, Vang, Lunner) samarbeider i helsefellesskapet. Det ble konstituert i 2021 og i drift fra 1.1.2022. Helsefellesskapet og kommunene har tidligere samarbeidet gjennom overordnet samarbeidsutvalg (OSU) og geografisk samarbeidsutvalg (GSU). Nåværende samarbeid er forankret i samarbeidsavtaler mellom partnerne, og det er opprettet 7 helseregioner innad i helsefellesskapet. To av helseregionene har opprettet rådgiver for helseregionen.

**Partnerskapsmøter:** Det har blitt avholdt årlige partnerskapsmøter siden 2021.

**Strategisk samarbeidsutvalg:** Helsefellesskapet har ett strategisk samarbeidsutvalg som skal identifisere strategiske utfordringer på helseområdet og at Samarbeidsavtalen etterleveres. Utvalget gir innspill til partnerskapsmøtet, og er et initierende og koordinerende organ i saker som gjelder strategisk utvikling av helsetjenestetilbudet i Innlandet. Utvalget vil legge til rette for forutsigbare og transparente beslutningsprosesser.

**Faglig samarbeidsutvalg:** Ikke opprettet per nå. Det er under utredning hvilken rolle faglige samarbeidsutvalg skal ha og i hvilket omfang.

**Sekretariatfunksjon for kommunene:** Helsefellesskapets felles sekretariat består av en person fra helseforetaket, samt interkommunal samhandlingsrådgiver for kommunene. Ringsaker kommune er vertskommune for det kommunale sekretariatet. Kommunalt sekretariat har søkt om og mottar tilskudd fra Helsedirektoratet.

### Særtrekk ved organisering

I forkant av partnerskapsmøtet avholdes regionale dialogmøter. Der møtes politisk og administrativ ledelse og ledere innen helse i regionene, leder, nestleder og sekretariat ved helsefellesskapet, styreleder fra helseforetaket, samt regionleder og seniorrådgiver ved KS Innlandet. Dialogmøtene benyttes for å peke ut retningen for samarbeidet, mens strategien formelt vedtas på partnerskapsmøtet. Enkelte forteller om varierende erfaringer fra dialogmøtene, hvor utbytte varierer med hvor forberedt den enkelte regionen er, samt i hvilken grad de har felles forståelse av hva samhandlingsarenaen skal benyttes til.

Det er per dags dato ikke etablert faglige samarbeidsutvalg (FSU) i helsefellesskapet, men det er under utredning hvilke faglige utvalgt helsefellesskapet skal ha, deriblant behovet for FSU innen psykisk helse for barn og unge. Hovedoppgaven til disse vil være å fremme etterlevelse av samarbeidsprosedyrer. Enkelte opplever at denne prosessen går for sakte, mens andre er mer avventende og ønsker å bruke tid på å utrede behov og mulighet for å bygge på eksisterende strukturer.

### Felles sekretariat og kommunal sekretariatfunksjon

På kommunal side er det etablert en kommunal regionledergruppe (bestående av kommunal leder for helsefellesskapet og ledere for helseregionene, samt et team bestående av det kommunale sekretariatet og samhandlingsrådgivere fra to de syv helseregionene. Kommunal leder er oppnevnt av kommunedirektørutvalget i Innlandet. Lederne for helseregionene er oppnevnt av de kommunene som inngår i helseregionen. Viktigheten av å prioritere samhandlingsrådgiver i hver helseregion er tydeliggjort i dialogmøtene. Kommunene har mottatt midler fra statsforvalteren som skal brukes for å få inn en ekstra ressurs i teamet.

Ringsaker kommune er vertskommune for det kommunale sekretariatet. Bakgrunnen for valg av vertskommune er at man ønsket nærhet til helseforetaket i forbindelse med utviklingen av Mjøssykehuset. Stillingen er en 100% stilling som finansieres gjennom tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet og et spleiselag mellom kommunene. Sekretariatet fungerer som bindeleddet mellom kommunene/helseregionene og helseforetaket.

Selve den nettbaserte søknadsprosessen oppleves som god, men rapporteringen i etterkant oppleves som omfattende og lite effektiv bruk av tid. Det spekuleres derfor i om en av årsakene til at ikke alle søker om midler er rapporteringsarbeidet, samt at søknad om tilskuddsmidler generelt medfører mye oppfølging og forvaltning.

Helsefellesskapets felles sekretariat består av en person fra helseforetaket, samt vedkommende som utgjør det kommunale sekretariatet. Et arbeidsutvalg som skal bistår med forankring, saksbehandling, koordinering og utredninger er under pilotering. Dette består av sekretariatet og 4 samhandlingsrådgivere, 2 fra helseregionene og 2 fra helseforetaket.

### Rollefordeling i helsefellesskapet

Helseforetaket og kommunene veksler på å inneha ledervervet i strategisk samarbeidsutvalg. Hver aktør innehar vervet i to år av gangen. Den aktøren som ikke er leder, bekler nestlederrollen. Per i dag ledes helsefellesskapet av kommunene. Helseforetaket overtar ledervervet fra januar 2024.

Medlemmene av strategisk samarbeidsutvalg består av kommunal leder oppnevnt av kommunedirektørutvalget, lederne for hver av de syv helseregionene, fastlege, kommunene sin representant i sekretariatet, administrerende direktør og fire divisjonsdirektører ved helseforetaket. Helseforetaket har til sammen seks representanter i SSU, inkludert helseforetaket sin representant i sekretariatet. Dette er ønskelig for å sikre regional representasjon fra kommunene, og bred representasjon fra helseforetakets side. Informantene opplever balansen i representasjon mellom kommuner og helseforetak som fungerende. I tillegg deltar også ansatt- og brukerrepresentanter. Regionalrepresentasjon omtales av enkelte som et bidrag til å styrke likeverdigheten mellom kommuner og sykehus sammenlignet med tidligere.

Den regionale representasjonen i helsefellesskapet oppleves også som å gi gevinst i form av bedre kommunal samordning. Kommunal forankring har tidligere vært en utfordring, men samarbeidsstrukturen har hatt en positiv effekt på forankring i kommunene. De syv regionene er noe ulikt organisert internt, men oppleves å fungere bra. Regionene og den kommunale regionledergruppen drøfter saker fra SSU og andre saker av felles interesse. Inndelingen i helseregioner bygger på de eksisterende politiske regionene og/eller felles legevaktsamarbeid. Med hensyn til representasjon internt i regionene er blant annet kommunestørrelse/kapasitet, erfaring og kontinuitet faktorer som inngår i noen av beslutningene.

Enkelte forteller at det har vært utfordringer med at det er for mange medlemmer i SSU. Det har ikke skjedd noen endring i antall medlemmer siden SSU ble etablert, men det er kommet 2 nye observatører (Kompetansebroen og praksiskonsulent/samhandlingslege).

### Erfaringer med samarbeid i helsefellesskap

Helsefellesskapets samhandlingsstruktur har vært operativ fra 1. januar 2022. Det er derfor begrenset hvilke erfaringer helsefellesskapet har høstet.

Helsefellesskapet har arbeidet med få på plass gode prosesser for å etablere en strategisk plan som sikrer at alle aktørene føler tilhørighet til planen. I forlengelse av dette etterstreber SSU å opptre som en porteføljestyrer i helsefellesskapet, ved å ha et overordnet og kritisk blikk på ressursbruk, prioriteringsområder og forventet nytte. Enkelte opplever likevel at helsefellesskapet har et forbedringspotensial med hensyn til felles planlegging i strategiprosesser. Videre har helsefellesskapet revidert samarbeidsavtalen, som medførte brudd og mekling, før enighet.

Helsefellesskapet gjennomfører årlig en samling med fokus på kultur og arbeidsprosesser. Videre er det vedtatt noen nye prioriterte prosjekter, i tillegg til at noen eksisterende prosjekter er innlemmet i helsefellesskapet. Helsefellesskapet har fire store pasientrettede prosjekter: digital hjemmeoppfølging, integrerte tjenester, utredning av tjenester rettet mot barn og unge med sammensatte behov og gode pasientforløp. Enkelte opplever denne porteføljen som for stor, mens andre mener at helsefellesskapet ikke gjør nok innen pasientrettet arbeid.

Informantene har noe ulikt syn på helsefellesskapet som samarbeidsarena. Helsefellesskapet oppleves av enkelte som en nyttig arena for samarbeid, særlig med hensyn til samordning mellom kommunene. Samarbeidsstrukturen har blant annet bidratt til at kommunene i større grad enn tidligere er en likeverdig partner i møte med helseforetaket. Denne gevinsten ble eksempelvis synlig i en nylig prosess vedrørende fornyelse av samarbeidsavtale. Andre ytrer samtidig bekymring for at helsefellesskapet bidrar til økt byråkratisering, samt at det er krevende å forstå hva som skal løses i fellesskap.

Videre pekes det på noen faktorer som bidrar til utfordringer i samarbeidet. Helseforetaket og kommunenes ulike rammebetingelser i form av ulike samfunnsoppdrag, styringsmodeller, oppgaver og finansieringssystem bidrar til å gjøre samarbeidet mer krevende. Helsefellesskapet og kommunene har ulike finansielle insentiver og ulike oppgaver med hensyn til hvilke tjenester de skal levere. Dette gir utslag i litt ulike fokus og behov hos kommunene og helseforetaket. For politisk styrte kommuner er det videre mer krevende å forankre og forplikte seg til saker, enn det er for helseforetaket. I tillegg bidrar antallet kommuner, og deres ulike forutsetninger, utfordringsbilder og prioriteringer til å gjøre det ytterligere utfordrende og tidkrevende å komme frem til konsensusbeslutninger. Disse faktorene bidrar til å legge rammer for hvor stor nytte en forventer at helsefellesskapene som samarbeidsarena kan ha.

Enkelte etterspør en arena for dialog mellom kommunene og lokalsykehusene da lokale utfordringer i mindre grad egner seg som tema for møter i SSU. Det vises til gode erfaringer med en lignende arena i de tidligere geografiske samarbeidsutvalgene (GSU), somomtales som gode arenaer for dialog om praktiske utfordringer og prinsipielle saker. De fleste helseregionene ønsker ikke GSUene tilbake, som en følge av at de opplevde enveis kommunikasjon og informasjon fra helseforetaket. Disse arenaene fremstod i liten grad som likeverdig partnerskap. Enkeltsaker som ikke er relevant for alle, skal som tidligere, løses mellom de aktuelle kommunene og aktuelle enhet i helseforetaket.

Ulike maktforhold mellom helseforetaket og kommunene nevnes også som en faktor. Det pekes eksempelvis på at det er helseforetaket som beslutter når en pasient er ferdig behandlet. Kommunene må betale for overliggerdøgn når pasientene er ferdigbehandlet, dersom de ikke overtar pasientoppfølgingen. Kommunal betaling for overliggerdøgn oppfattes gjerne som en slags «bot». Dette temaet har vært en kilde til uenighet i forbindelse med forhandlinger mellom kommunene og helseforetaket om ny samarbeidsavtale. Helseforetaket og kommunene hadde utfordringer med å komme til enighet, og forhandlingen gikk til mekling hos Statsforvalteren.

### Prioriteringer fremover

Helsefellesskapets strategiske plan skisserer åtte hovedområder som helsefellesskapet skal jobbe innenfor for å oppnå det overordnede målet om å skape en felles, bærekraftig, tilgjengelig, fremtidsrettet og effektiv helsetjeneste for innbyggerne.

Disse åtte områdene er som følger:

- Interessepolitikk
- Samhandling med de som trenger det mest
- Likeverdige tjenester
- Nye digitale tjenester
- Kvalifisert arbeidskraft
- Kunnskapsbasert praksis
- Fremtidsrettet ledelse og organisasjonsutvikling
- Etablering og videreutvikling av helsefellesskapet Innlandet

Videre ønsker helsefellesskapet å prioritere tjenesteutvikling innen fire områder: 1) psykisk helse barn og unge, 2) psykisk helse voksne og eldre, 3) inn og utskrivning fra sykehus og 4) digital utvikling av tjenestene.

Enkelte tror også at helsefellesskapet fremover vil ha større fokus på faglige samarbeidsutvalg, og innhenting og drøfting av erfaringer fra utøvende personell inn i tjenesteutvikling.

Arbeidet med det nye Mjøssykehuset nevnes som en faktor som vil påvirke helsefellesskapets arbeid fremover. Etableringen antas å påvirke helseforetakets organisering og fokus. For kommunenes del er det ønskelig å involveres i prosessen.

Andre utfordringer som vil være viktige i forbindelse med helsefellesskapets videre arbeid inkluderer: begrenset tilgang på og konkurranse om relevant helsefaglig kompetanse, begrensede økonomiske ressurser og demografiske utfordringer som økningen i andelen eldre.

### Behov for støtte

Det er ønskelig med dedikerte midler til helsefellesskapet eller prosjektarbeid i helsefellesskapet, men det anerkjennes samtidig at samarbeidsformen innebærer noen utfordringer med hensyn til hvem som skal motta og fordele midlene. Alternativt anses det som gunstig med endringer i dagens finansieringsordninger slik at disse i større grad støtter opp om og insentiverer til samhandling.

Andre tiltak som nevnes er forsøk med ett, i stedet for to, forvaltningsnivå, og en oppdatering av helseloververket slik at dette i større grad er tilpasset samfunnsutviklingen og i større grad tillater utprøving av prosjekter. Dagens pasientrettigheter oppfattes av enkelte som for omfattende, og lite fleksible i møte med kommunens rammebetingelser og behov.

# Vedlegg

## Vedlegg 1 Intervjuguider

### Intervjuguide for ledere og nestledere i SSU

Hei og takk for at du/dere fant tid til å delta i dette intervjuet hvor vi skal diskutere status og erfaringer med arbeidet i helsefellesskapet [navnet].

[Moderator presenterer seg selv og evt. sin kollega]

Vi gjennomfører intervjuer med ledere, nestledere og representanter for det kommunale sekretariatet i alle de 19 helsefellesskapene som er etablert ulike steder i landet. Målet med intervjuene er å få innsikt i hvor langt de ulike helsefellesskapene kommet i etableringen, avdekke ev. forskjeller i rollefordeling og samarbeidsrutiner samt kartlegge både positive og negative erfaringer med helsefellesskap som samarbeidsarena.

[Informanten(e) bes om å presentere seg selv]

Vi har gjort et innledende informasjonssøk om helsefellesskapet [navn] og her er noen faktaopplysninger som vi har klart å finne i åpne informasjonskilder.

[Moderator gir en kort omtale av det vi har funnet om helsefellesskapet]

1. Stemmer disse opplysningene?

#### Etablering

(kun de av spørsmålene i dette avsnittet som ikke ble besvart gjennom overnevnte informasjonssøk stilles i intervju)

2. Når ble helsefellesskapet opprettet?
3. Hvem samarbeider i dette helsefellesskapet?
4. Hadde aktørene et samarbeid før helsefellesskapet ble opprettet? Hva gikk samarbeidet ut på?
5. Hvor mange partnerskapsmøter har blitt gjennomført siden opprettelsen?
6. Har helseforetaket inngått samarbeidsavtaler med kommunene? (*hvis ikke*) Hvorfor ikke?
7. Har helsefellesskapet opprettet ett eller flere strategisk(e) samarbeidsutvalg? Hvilke oppgaver har utvalget(-ene)?
8. Har helsefellesskapet opprettet ett eller flere faglig(e) samarbeidsutvalg? Hvilke oppgaver har utvalget(-ene)?
9. Har kommunene i helsefellesskapet et felles sekretariat? Hvis ja:
  - a. Hvilke(n) kommune(r) er vertskommune(r) for sekretariatet?
  - b. Hvilke oppgaver har sekretariatet?
10. Har helsefellesskapet søkt om tilskudd fra Helsedirektoratet til felles sekretariatsfunksjon for kommunene i helsefellesskapet? (*hvis ikke*) Hvorfor ikke?

#### Organisering

11. Finnes det andre samarbeidsstrukturer som inngår i helsefellesskapet i tillegg til partnerskapsmøte, strategisk(e) samarbeidsutvalg, faglig(e) samarbeidsutvalg og felles kommunalt sekretariat? Hvis ja, hvilke? Hvilke roller og oppgaver har disse strukturene?
12. Hvordan er rollene fordelt mellom kommunene og helseforetaket? Hvorfor ble oppgavene fordelt på nettopp denne måten?
13. Hvordan er rollene fordelt mellom de ulike kommunene i helsefellesskapet? Hvorfor ble oppgavene fordelt på nettopp denne måten? (*Hvis utvalgte kommuner representerer andre*) Hvordan ble det besluttet hvem skal representere kommunene i helsefellesskapet?

## Erfaringer

14. Har helsefellesskapet gjennomført noen aktiviteter utover etableringen? Hvis ja, hvilke?
15. Hvordan fungerer rolle- og ansvarsfordelingen mellom kommunene og helseforetaket og mellom de ulike kommunene?
  - a. Er det noen kjente utfordringer eller uenigheter med tanke på samarbeid, deltakelse eller representasjon?
16. Hvilke positive eller negative endringer mtp samarbeid mellom helseforetaket og kommunene har etablering av helsefellesskapet ført til?
  - a. I hvilken grad har etableringen av helsefellesskapet bidratt til en økt samordning mellom helseforetaket og kommunene? (*hvis opplever positiv endring*) Gi gjerne noen eksempler på situasjoner/prosesser som viser at samordningen har økt.
  - b. I hvilken grad har etableringen av helsefellesskapet bidratt til en tydeligere samarbeidsstruktur? (*hvis opplever positiv endring*) Gi gjerne noen eksempler på situasjoner/prosesser som viser at samarbeidsstrukturen ble tydeligere.
  - c. I hvilken grad og *hvordan* har etableringen av helsefellesskapet påvirket felles planlegging mellom kommunene og helseforetaket?
  - d. I hvilken grad og *hvordan* har etableringen av helsefellesskapet påvirket felles beslutningsprosesser mellom kommunene og helseforetaket? Nevn noen typiske positive og negative eksempler knyttet til felles beslutninger? Hvordan løser man eventuelle uenigheter i helsefellesskapet?
17. Finnes det andre (i tillegg til de allerede nevnte) utfordringer og hindre for samarbeidet som dere opplever i helsefellesskapet? Hvis ja, hvilke?
18. I hvilken grad og hvordan etablering av helsefellesskapet har ført til endringer mtp pasientrettet arbeid?

## Prioriteringer fremover

19. Hva planlegger helsefellesskapet å fokusere på sitt arbeid de nærmeste to-tre årene? Er det enighet mellom aktørene angående prioriteringer fremover? Hvis ikke, hva går de ulike syn ut på?
20. Hvilke, hvis noen, utfordringer for arbeidet i helsefellesskapet fremover ser du/dere?
21. Hva som skal til for at samarbeidet i helsefellesskapet skal fungere (enda) bedre fremover?
22. Hva skal til for at arbeidet i helsefellesskapet skal bringe best mulige resultater for pasientene og på kortest mulig tid?
  - a. Er det behov for endringer i rammevilkår for at helsefellesskapet skal fungere (enda) bedre? Hvis ja, hvilke?
  - b. Hvilke former for støtte har helsefellesskapet behov for fremover?

## Intervjuguide for kommunalt sekretariat

Hei og takk for at du/dere fant tid til å delta i dette intervjuet hvor vi skal diskutere status og erfaringer med arbeidet i helsefellesskapet [navnet].

[Moderator presenterer seg selv og evt. sin kollega]

Vi gjennomfører intervjuer med ledere, nestledere og representanter for det kommunale sekretariatet i alle de 19 helsefellesskapene som er etablert ulike steder i landet. Målet med intervjuene er å få innsikt i hvor langt de ulike helsefellesskapene kommet i etableringen, avdekke ev. forskjeller i rollefordeling og samarbeidsrutiner samt kartlegge både positive og negative erfaringer med helsefellesskap som samarbeidsarena.

[Informanten(e) bes om å presentere seg selv]

## Organisering



23. Når ble felles kommunalt sekretariat opprettet i deres helsefellesskap?
24. Hvilke oppgaver har felles kommunalt sekretariat i helsefellesskapet?
25. Hvordan ble det besluttet at deres kommune(r) skal være vertskommune(r) for sekretariatfunksjonen?
26. Har dere søkt tilskudd til sekretariatfunksjonen fra Helsedirektoratet?
  - a. (hvis ikke) Hvorfor søkte ikke dere om tilskudd?
  - b. (hvis ja) Hvordan opplevde dere søknadsprosessen?
27. Hvordan er rollene fordelt mellom de ulike kommunene i helsefellesskapet? Hvorfor ble rollene fordelt på nettopp denne måten? (Hvis utvalgte kommuner representerer andre) Hvordan velger dere hvem som skal representere kommunene i de ulike samarbeidsprosessene i helsefellesskapet?
28. Hvordan er rollene fordelt mellom kommunene og helseforetaket? Hvorfor ble rollene fordelt på nettopp denne måten?

### Erfaringer

29. Har helsefellesskapet gjennomført noen aktiviteter utover etableringen? Hvis ja, hvilke?
30. Hvordan fungerer rolle- og ansvarsfordelingen mellom kommunene og helseforetaket og mellom de ulike kommunene?
  - a. Er det noen kjente utfordringer eller uenigheter med tanke på samarbeid, deltakelse eller representasjon?
31. Hvilke positive eller negative endringer mtp samarbeid mellom helseforetaket og kommunene har etablering av helsefellesskapet ført til?
  - a. I hvilken grad har etableringen av helsefellesskapet bidratt til en økt samordning mellom helseforetaket og kommunene? (hvis opplever positiv endring) Gi gjerne noen eksempler på situasjoner/prosesser som viser at samordningen har økt.
  - b. I hvilken grad har etableringen av helsefellesskapet bidratt til en tydeligere samarbeidsstruktur? (hvis opplever positiv endring) Gi gjerne noen eksempler på situasjoner/prosesser som viser at samarbeidsstrukturen ble tydeligere.
  - c. I hvilken grad og hvordan har etableringen av helsefellesskapet påvirket felles planlegging mellom kommunene og helseforetaket?
  - d. I hvilken grad og hvordan har etableringen av helsefellesskapet påvirket felles beslutningsprosesser mellom kommunene og helseforetaket? Nevn noen typiske positive og negative eksempler knyttet til felles beslutninger? Hvordan løser man eventuelle uenigheter i helsefellesskapet?
32. Finnes det andre (i tillegg til de allerede nevnte) utfordringer og hindre for samarbeidet som dere opplever i helsefellesskapet? Hvis ja, hvilke?
33. I hvilken grad og hvordan etablering av helsefellesskapet har ført til endringer mtp pasientrettet arbeid?

### Prioriteringer fremover

34. Hva planlegger helsefellesskapet å fokusere på i sitt arbeid de nærmeste to-tre årene? Er det enighet mellom aktørene angående prioriteringer fremover? Hvis ikke, hva går de ulike syn ut på?
35. Hvilke, hvis noen, utfordringer for arbeidet i helsefellesskapet fremover ser du/dere?
36. Hva skal til for at samarbeidet i helsefellesskapet skal fungere (enda) bedre fremover?
37. Hva skal til for at arbeidet i helsefellesskapet skal skape best mulige resultater for pasientene og på kortest mulig tid?
  - a. Er det behov for endringer i rammevilkår for at helsefellesskapet skal fungere (enda) bedre? Hvis ja, hvilke?
  - b. Hvilke former for støtte har helsefellesskapet behov for fremover?