Status for og vurdering av helsefellesskapene i fremtiden

Oppdrag TB2026

Innhold

Sammendrag 4
1. Innledning 6
1.1 Oppdraget 6
1.2 Helsedirektoratets forståelse av oppdraget og arbeidet med rapporten 6
2. Analyse over status for og vurderinger av helsefellesskapene, med bakgrunn i hvilke oppgaver helsefellesskapene etter formål skal løse 7
2.1 Om formål og hovedoppgaver for helsefellesskapene 7
2.2 Hva er styrkene til helsefellesskapene 7
2.3 Vurderinger av hovedutfordringer (svakhetene) som kan begrense helsefellesskapenes oppgaveløsning og måloppnåelse, samt noen mulige konsekvenser av disse 8
2.3.1 Hva er utfordringene 8
2.4 Hva er mulig konsekvenser for tjenestene og kommunene/ sykehusene 10
3. Analyse over hvor viktige helsefellesskapene er/kan være for samhandlingen mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelse-tjenesten i fremtiden 11
3.1 Analyse og vurderinger av viktighet – drøfting 11
3.1.1 Demografiske endringer – sammenhengende og bærekraftige tjenester 12
3.1.2 Strammere økonomiske rammer og personellmangel kan åpne for mer oppgavedeling og felles prioritering 12
3.1.3 Politisk dreining mot "vår felles helsetjeneste" styrker samhandlingsrommet 13
3.1.4 Videreutvikling av avtaler, lovpålagte samarbeidsavtaler og partnerskap kan gjøre helsefellesskapene mer forpliktende 13
3.1.5 Digitalisering skaper nye muligheter for samhandling i praksis 13
3.1.6 Lokalt tilpassede løsninger blir mer verdifulle når behovene varierer 14
3.1.7 Mer vekt på bruker- og fastlegeperspektivet kan styrke kvaliteten i samhandlingen 14
4. Vurderinger av gjennomføringen av andre samhandlingstiltak, som ligger i eller som kunne ha ligget i helsefellesskapene 15
4.1 Identifisering og vurdering av premisser for bedre samhandling innenfor helsefellesskapene 16
4.1.1 Felles utvikling av pasientforløp – utenfor de fire prioriterte gruppene 16
4.1.2 Felles kapasitets- og kompetanseplanlegging mellom kommuner og sykehus 16
4.1.3 Styrke brukermedvirkningen 16
4.1.4 Systematisk involvering av fastleger i helsefellesskapene 17
4.1.5 Felles metodeverktøy 17
4.1.6 Behov for felles styringsdata 17
4.1.7 Felles anskaffelser og innkjøpssamarbeid 18
4.1.8 Felles planlegging og samlokalisering av tjenester 18

4.1.9 Strukturer for veiledning på systemnivå 18
4.2 Identifisering og vurdering av samhandlingsmuligheter mellom helsefellesskap og virksomheter som i dag ligger utenfor helsefellesskapet 18
4.2.1 Samarbeid mellom helsefelleskap og Nav 19
4.2.2 Samarbeid mellom helsefellesskap og politi og kriminalomsorg 19
4.2.3 Samarbeid mellom helsefellesskap og skole- og utdanningssektoren 19
4.2.4 Samarbeid mellom helsefellesskap og barneverntjenester 20
4.2.5 Samarbeid mellom helsefellesskap og frivillige organisasjoner 20
4.2.6 Samarbeid mellom helsefellesskap og utdanningsinstitusjoner 20
4.2.7 Statsforvalterens rolle 20
5. Vurdering av hvilket utviklingspotensial helsefellesskapene kan ha fremover 21
5.1 Innspill fra arbeidsmøte med helsefellesskapene – erfaringsbaserte vurderinger 21
5.1.1 Helsefellesskapenes opplevde verdi og rolle 21
5.1.2 Behov for sterkere virkemidler og bedre gjennomføringskraft 22
5.1.3 Digitalisering, data og kompetansedeling 22
5.1.4 Likeverdighet og aktørkompleksitet 22
5.1.5 Helsefellesskapenes vurderinger for fremtiden 22
5.2 Helsedirektoratets vurdering av utviklingspotensialet 23
5.2.1 Overordnet vurdering – helsefellesskapene er nødvendige, men ikke tilstrekkelige 23
5.2.2 Erfaringer som belyser utviklingspotensialet – læring fra praksis 23
5.2.3 Helsefellesskapene som omstillingsarena – forutsetninger og begrensninger 24
5.2.4 Helsedirektoratets rolle i videreutviklingen av helsefellesskapene 24
5.3 Samlet vurdering av utviklingspotensialet 25

Sammendrag

Status for helsefellesskapene

Helsedirektoratet vurderer at helsefellesskapene er et viktig og prinsipielt riktig virkemiddel for å styrke samhandlingen mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Ordningen har bidratt til etablering av faste samarbeidsarenaer over hele landet, bedre dialog mellom nivåene og økt felles problemforståelse, særlig knyttet til pasientgrupper med sammensatte behov.

Innspill fra helsefellesskapene viser at ordningen oppleves som verdifull for koordinering, relasjonsbygging og felles forståelse av utfordringsbildet. Samtidig er samarbeidet i stor grad preget av dialog og prosjektbasert aktivitet, og i mindre grad av varige endringer i drift, ressursbruk og pasientforløp.

Gjennomføringskraft og hovedutfordringer

Analysen viser et tydelig gap mellom ambisjonene for samhandling slik de kommer til uttrykk gjennom aktørene, og de virkemidlene som er tilgjengelige for helsefellesskapene. Helsefellesskapene er organisert som samarbeidsarenaer med den beslutningsmyndighet som partene legger til strukturen. Strukturen har hverken felles finansiering eller styringslinje, og tiltak forutsetter forankring og beslutning i hver enkelt kommune og helseforetak. Det gjør gjennomføring krevende i praksis.

Strukturelle forhold – som ulike styrings- og finansieringslogikker mellom nivåene, asymmetri i kapasitet og kompetanse, begrenset bruk av felles styringsdata og mangelfull digital samhandling – bidrar til å begrense effekten. Rapporter til Helsedirektoratet fra utprøvningene i Prosjekt X bekrefter at flere av disse barrierene er gjennomgående og ikke kan løses lokalt, selv om det er vilje til samarbeid.

Betydning for samhandlingen fremover

Frem mot 2040 vil behovet for samhandling øke betydelig som følge av demografiske endringer, økt kompleksitet i pasientbehov, strengere økonomiske rammer og knapphet på helsepersonell. Helsefellesskapene fremstår som en relevant og nødvendig ordning for å møte disse utfordringene, særlig gjennom felles planlegging, bedre oppgavedeling og utvikling av mer helhetlige pasientforløp.

Helsedirektoratet vurderer samtidig at helsefellesskapenes betydning framover vil avhenge av om partene er tilstrekkelig villig til å bruke denne samarbeidsarenaen til å legge felles forpliktende planer, etablere felles finansiering av tiltak og fatte felles beslutninger som forplikter samarbeidstiltak. . Videre vil det avhenge av om det nasjonalt etableres flere virkemidler, settes felles rammer og gjøres klare prioriteringer.

Samhandlingstiltak og utviklingsområder

Rapporten viser at flere viktige samhandlingstiltak i dag er svakt utviklet eller ikke tilstrekkelig integrert i helsefellesskapene. Dette gjelder blant annet felles kapasitets- og kompetanseplanlegging, systematisk bruk av styringsdata, digital samhandling, fastlegenes rolle og mer strukturert brukermedvirkning.

Både helsefellesskapene selv og Helsedirektoratets erfaringer fra utprøvingene i Prosjekt X peker på at slike tiltak ofte krever nasjonal støtte i form av felles rammer, veiledning og tilrettelegging for implementering og skalering.

Utviklingspotensial og Helsedirektoratets vurdering

Helsedirektoratet vurderer at helsefellesskapene slik de fungerer i dag er nødvendige, men ikke tilstrekkelige, for å løse samhandlingsutfordringene i helse- og omsorgstjenesten. Deres fremtidige effekt vil avhenge av tydeligere nasjonale rammer, prioriteringer og virkemidler som understøtter gjennomføring i praksis. Innenfor dagens ansvarssystem kan dette bety nasjonale insentivordninger som tilskuddsordninger, klare rammer gjennom blant annet normerende produkter, samt nasjonal støtte og veiledning. Alternativet er etablering av nye strukturer som endrer ansvarsfordelingen, eller endret organisering, roller og ansvar – som Helsereformutvalget utreder.

Direktoratet ser en viktig rolle i å bidra med nasjonale premisser og normerende produkter, utvikling og tilgjengeliggjøring av styringsdata og metodeverk, samt støtte til implementering og bredding av nasjonale samhandlingstiltak. For enkelte problemstillinger og pasientgrupper vil det være behov for nasjonale avklaringer og grep utover det helsefellesskapene kan løse innenfor dagens modell.

Samlet sett gir rapporten et kunnskapsgrunnlag for vurderinger av hvordan helsefellesskapene best kan videreutvikles som del av arbeidet med en mer sammenhengende og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste.

1. Innledning

1.1 Oppdraget

Helsedirektoratet har i TB 2026 fått følgende oppdrag:

«I arbeidet med å se på hvordan samhandlingen i helse- og omsorgstjenesten kan styrkes, har Helsereformutvalget behov for en status og vurdering av helsefellesskapene.

Utvalget ber derfor om at Helsedirektoratet gis i oppdrag å gi en analyse over status for og vurdering av helsefellesskapene, med bakgrunn i hvilke oppgaver helsefellesskapene etter formålet skal løse og hvor viktige de er/kan være for samhandlingen mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten i fremtiden.

Utvalget ber også om Helsedirektoratets vurderinger av gjennomføringen av andre samhandlingstiltak, som ligger, eller kunne ha ligget, i helsefellesskapene.

Utvalget ber videre Helsedirektoratet komme med en vurdering av hvilket utviklingspotensial helsefellesskapene kan ha framover. Utvalget ber om at Helsedirektoratets rapport senest 10. april 2026. På vegne av Helsereformutvalget bes det om at Helsedirektoratet leverer sin rapport til Helsereformutvalget, ved sekretariatet".

Helsedirektoratet svarer ut dette oppdrag med denne rapporten, status for og vurdering av helsefellesskapene i fremtiden.

1.2 Helsedirektoratets forståelse av oppdraget og arbeidet med rapporten

Helsereformutvalget skal se på hvordan samhandlingen i helse- og omsorgstjenesten kan styrkes, og har bedt Helsedirektoratet om vurderinger av status i dag og potensialet for helsefelleskapene fremover. I sin undersøkelse av samhandling for et bærekraftig helsevesen (2026), har Riksrevisjonen definert "*samhandling som et sett med aktiviteter og/eller prosesser der aktører som leverer helsetjenester på ulike nivåer og innad på hvert nivå koordinerer seg for samlet sett å oppnå at pasientene får et sammenhengende og godt pasientforløp".*. *Med samhandling* forstås noe som er mer forpliktende enn tradisjonelt samarbeid. Der *samarbeid* ofte er oppgaveorientert, tidsavgrenset og sekvensielt, innebærer samhandling aktiv og gjensidig deltakelse mellom aktører over tid med et felles ansvar for både prosess og resultat (Massie 2021).

Hoveddelen av oppdraget fra Helsereformutvalget handler om helsefellesskapene i nær og fjernere fremtid, mens deler av oppdraget handler om å gjøre analyser og vurderinger av helsefellesskapene i nåtid. Til støtte for analyser og vurderinger av forhold knyttet til fremtid har Helsedirektoratet gjort en PESTEL- analyse (se vedlegg) som brukes for å kartlegge eksterne faktorer i omgivelsene som kan påvirke en organisasjon, sektor eller strategi.

Analyser over status for helsefellesskapene, samt hvor viktig helsefellesskapene kan være for samhandlingen mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og sykehusene er gjort med utgangspunkt i en SWOT-analyse (styrker, svakheter, muligheter og trusler/begrensninger). (kap. 3 og kap. 4)

Når det i oppdraget bes om vurderinger knyttet til samhandlingstiltak, har Helsedirektoratet kartlagt og vurdert to forhold (kap. 5):

1. Identifisere og vurdere samhandlingstiltak som i dag inngår i helsefellesskapene, men som det i liten grad er utviklet samhandlingsløsninger for.
2. Identifisere og vurdere samhandlingstiltak som i dag ligger utenfor helsefellesskapenes ansvarsområde, men som kan være aktuelle å inkludere.

Med samhandlingstiltak som ligger *innenfor* helsefellesskapene, forstås *samhandling* som involverer innsats fra både kommuner og helseforetak, ofte med mål om å utvikle mer helhetlige og sammenhengende pasientforløp. Samhandlingstiltak *utenfor* dagens helsefelleskap oppfattes som *samarbeid* utenfor egen sektor, for eksempel med NAV eller utdanningssektoren. Pasientforløp som utelukkende foregår på ett tjenestenivå, eller der kun ett nivå har samarbeid med eksterne aktører, faller her utenfor helsefellesskapenes domene.

Videre har Helsedirektoratet gjennomført et digitalt arbeidsmøte med representanter fra helsefellesskapene den 24. mars 2026, for å få innspill til hvilket utviklingspotensial de ser for seg at helsefellesskapene kan ha frem mot 2040. Ni helsefellesskap og 14 deltakere fra partnerskap og strategisk samarbeidsutvalg var representert. Helsedirektoratet har sammenstilt, vurdert innspillene fra arbeidsmøtet og løftet frem og utdypet noen forhold i rapporten vi mener er viktig å ha med seg videre i vurderingen av utviklingspotensial for helsefellesskapene (kap. 6).

Hovedoverskriftene i kapitelene 3 til 6 er hentet direkte fra oppdragsteksten.

2. Analyse over status for og vurderinger av helsefellesskapene, med bakgrunn i hvilke oppgaver helsefellesskapene etter formål skal løse

2.1 Om formål og hovedoppgaver for helsefellesskapene

Når det gjelder formål, prioriterte hovedoppgaver og prinsipper for arbeidet i helsefellesskapene, omtales disse ikke i dette notatet. Det vises til blant annet Helsedirektoratets temaside for helsefellesskap, Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023, Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027, Prop. 102 L (2020–2021) og avtaler mellom regjeringen og KS (2019 og 2024) for nærmere informasjon om innholdet.

2.2 Hva er styrkene til helsefellesskapene

- **Etablert i hele landet som arena for samhandling** En tydelig styrke er at helsefellesskapene er etablert over hele landet, og de er en fast og gjenkjennelig samarbeidsstruktur mellom helseforetak og kommunene i opptaksområdet til helseforetaket. Dette bidrar til å redusere personavhengig samhandling og representerer en stabil kanal for prioriteringer, konflikthåndtering og felles oppfølging.

- **God funksjon som informasjons- og koordineringsarena.** Mange av de mest krevende samhandlingsutfordringene blir først tydelige når pasienter og tjenester opplever at informasjon er forsinket eller fragmentert. Bedre informasjonsdeling representerer derfor et reelt fremskritt og utgjør en viktig forutsetning for mer moden samhandling.

- **Bidrag til felles problemforståelse, særlig knyttet til de overordnede utfordringene.** Mange helsefellesskap har lykkes med å etablere en felles forståelse av utfordringsbildet og enes om prioriterte grupper og satsingsområder lokalt. En felles problemforståelse er en viktig forutsetning for samordnede prioriteringer og beslutninger, samt for å kunne håndtere krevende omstillinger i fellesskap.

- **Voksende aktivitet og mer praktisk samhandling (fra arena til tiltak).** En styrke er at helsefellesskapene i økende grad fungerer som forankringspunkt for konkrete utviklingstiltak, også på tvers av kommuner. Mange har lykkes med å etablere tiltak og handlingsplaner. Helsefellesskapene er dermed ikke bare møteplasser, men kan også fungere som en plattform for felles anskaffelser og praktisk gjennomføring, særlig innen teknologi, innovasjon og standardisering. Samtidig er det betydelig aktivitet knyttet til avtaleverk og rutiner.

- **Økonomiske virkemidler som forutsetter enighet.** Rekrutterings- og samhandlingstilskuddet er utformet slik at partnerne må samarbeide og være enige om bruken av midlene, noe som har stimulert til en rekke prosjekter. Tilskuddene kan også bidra til å avhjelpe særlig kommunenes begrensede finansielle handlingsrom og krevende beslutningsprosesser. Slike virkemidler kan dermed bidra til å flytte samarbeidet fra intensjoner til konkret handling ved å belønne felles prioriteringer og eierskap.

- **Bedre forutsetninger for likeverdig dialog gjennom felles styringsinformasjon.** En styrke er tilgangen til et nasjonalt kunnskaps- og datagrunnlag utviklet for å understøtte dialogen. Helsedirektoratets styringsdata er ment å legge til rette for en god og likeverdig dialog, basert på en felles situasjonsforståelse, blant annet gjennom sammenligninger på tvers. Når datagrunnlaget tas i bruk systematisk, kan det redusere subjektive vurderinger, styrke prioriteringsgrunnlaget, gjøre det enklere å dokumentere effekter, samt legge til rette for spredning av erfaringer og gode løsninger.

- **Tydelig prioritering av pasientgrupper med sammensatte behov gir felles retning.** En styrke ved helsefellesskapsmodellen er at den retter innsatsen mot grupper der potensialet for samhandlingsgevinster er størst, og hvor svikt kan få alvorlige konsekvenser. Klare prioriteringer bidrar til å redusere utfordringen med å gjøre «alt samtidig», og gjør det lettere å samle innsatsen og følge utviklingen over tid.

2.3 Vurderinger av hovedutfordringer (svakhetene) som kan begrense helsefellesskapenes oppgaveløsning og måloppnåelse, samt noen mulige konsekvenser av disse

2.3.1 Hva er utfordringene

Analysen viser at det er et tydelig gap mellom ambisjonene for helsefellesskapene og de virkemidlene som er tilgjengelig for å realisere ambisjonene i praksis.

Helsefellesskapene beskriver at de i hovedsak fungerer som arenaer for dialog, koordinering og erfaringsutveksling, men at samarbeidet i begrenset grad omsettes til varige endringer i drift, ressursbruk og pasientforløp. Etter deres erfaring må beslutninger om tiltak forankres og fattes i

hver enkelt kommune og i sykehusenes linjeorganisasjon, noe som gjør gjennomføringen tidkrevende og sårbar.

Analysen peker på flere underliggende forhold som bidrar til å begrense helsefellesskapenes gjennomføringskraft:

- **Helsefellesskapene er en arena – men ikke en juridisk enhet med tydelig ansvar og beslutningsmakt**. Når beslutninger i praksis må forankres og fattes i hver enkelt linjeorganisasjon, øker risikoen for at samarbeidet primært resulterer i informasjonsdeling og prosjekter, fremfor varige endringer i drift og ressursbruk.

- **Svake nasjonale prioriteringer.** At svake nasjonale prioriteringer fremstår som en utfordring for helsefellesskapene, henger særlig sammen med at nasjonalt nivå i stor grad har vektlagt brede pasientgrupper uten å tydeliggjøre prioriteringsrekkefølge, standardiserte mål eller bindende krav til hva helsefellesskapene skal levere. Avtalen mellom regjeringen og KS gir i begrenset grad føringer for hvilke konkrete problemstillinger, tiltak eller pasientforløp som bør prioriteres. Når prioriteringene er så overordnede, overlates mye av den faktiske prioriteringen til det enkelte helsefellesskap.

- **Plan- og avtaleverk er ofte for overordnet til å drive faktisk endring – og planhorisonten er kort.** Når lokale handlingsplaner og samarbeidsavtaler i begrenset grad konkretiserer hva partene faktisk skal gjøre sammen, blir både gjennomføring og oppfølging krevende – særlig i et langsiktig omstillingsperspektiv. Dersom planverk i hovedsak beskriver intensjoner fremfor konkrete mål, prioriteringskriterier, beslutningsprosesser, ansvar, finansiering og oppfølging, øker risikoen for at samarbeidet blir personavhengig og prosjektorientert.

- **Likeverdighet utfordres av asymmetri i kapasitet, størrelse og kompleksitet.** Kommuner og helseforetak har ofte ulik forvaltningskapasitet, blant annet når det gjelder analyse, planlegging og juridisk og økonomisk kompetanse. Når kommunene – som ofte er mange og ulike – ikke er tilstrekkelig samordnet eller opplever begrenset innflytelse, svekkes både legitimiteten i samarbeidet og evnen til felles prioritering og gjennomføring. Et stort antall aktører innebærer dessuten flere prioriteringer, økt behov for koordinering og høyere kostnader. Dette kan bidra til at kommunesiden fremstår fragmentert og forsterke opplevelsen av manglende likeverdighet.

- **Ulike styringslinjer, finansiering og organisering.** En sentral utfordring er at helsefellesskapene skal løse oppgaver på tvers, samtidig som partnerne styres og finansieres etter ulike logikker. Kommuner og sykehus opererer med forskjellige økonomiske rammer, styringskrav og prioriteringer. Gevinster av tiltak kan tilfalle ett nivå, mens investeringene må tas på et annet. Dette gjør konsensus og felles prioriteringer krevende, selv når det er enighet om problembildet.

- **Manglende felles virkelighetsforståelse og løsningsforståelse.** Når partnerne ikke har en felles forståelse av utfordringer og mulige løsninger, blir det krevende å gjøre nødvendige tilpasninger og vurdere konsekvenser på tvers før beslutninger fattes. Selv med gode møtestrukturer kan samarbeidet stoppe opp ved uenighet om hva som ligger til grunn for utfordringene – enten det gjelder kapasitet, kvalitet, finansiering, risiko eller ansvar – og hvilke løsninger som faktisk er gjennomførbare.

- **Digital samhandling og styringsdata: fra rapportering til styring.** Styringsdata er tilgjengelige og kan gi et godt felles beslutningsgrunnlag. Likevel er ikke styringssløyfen – fra

tydelige mål via analyse og prioritering til tiltak og oppfølging – etablert som en felles praksis. Den begrensede bruken av data kan blant annet skyldes manglende kompetanse og kapasitet, en svak kultur for datadrevet styring, samt at data i liten grad er integrert i beslutningsprosessene. Når datagrunnlaget ikke kobles til forpliktende prioriteringer, blir det vanskelig å dokumentere effekt og oppnå samhandling som faktisk påvirker beslutninger.

- **"Prosjektifisering": tilskudd stimulerer aktivitet, men implementering i drift er krevende**. Tilskudd kan bidra til økt fremdrift, men også til at samarbeidet blir prosjektbasert og fragmentert – særlig dersom det mangler en felles modell for implementering og spredning.

- **«Nasjonal oppfølging og styring er ikke sterk nok til å drive standardisering og læring på tvers av helsefellesskapene.»** Begrenset evaluering og samlet læring bidrar til varig variasjon i modenhet. Erfaringer blir i liten grad systematisert, sammenlignet og brukt til forbedring på tvers. Uten en felles evalueringsramme og mekanismer for spredning av erfaringer og gode løsninger, er det krevende å løfte de svakeste helsefellesskapene og sikre samlet effekt av samhandlingsarbeidet. Videre er det krevende å sikre likeverdige tjenester uten nasjonal oppfølging og styring.

Helsedirektoratet vurderer at disse utfordringene i stor grad er strukturelle og ikke kan løses gjennom forbedringer i samarbeidsform alene. Uten tydelige rammer og virkemidler vil helsefellesskapene i stor grad forbli dialog- og prosjektarenaer med begrenset effekt på varig tjenesteutvikling.

2.4 Hva er mulig konsekvenser for tjenestene og kommunene/ sykehusene

Helsedirektoratet vil trekke frem følgende forhold;

- **Uønsket variasjon i tjenestene**. Når modenhet og utvikling varierer mellom helsefellesskapene, øker risikoen for at innbyggerne opplever større variasjon i pasientforløpene og opplevd kvalitet i tjenestetilbudet.

- **Mindre hensiktsmessig arbeidsdeling og svakere ressursutnyttelse**. Dersom samhandling ikke omsettes i god kapasitetsplanlegging og bedre utnyttelse av de samlede ressursene, øker risikoen for dobbeltarbeid, unødvendige overganger og økt press på både kommuner og sykehus.

- **Redusert robusthet i møte med fremtidige utfordringer.** Dersom hovedutfordringene vedvarer, vil helsefellesskapene få for liten betydning som virkemiddel for å håndtere økt behov, knappere personellressurser og krav om mer bærekraftige tjenester frem mot 2040.

- **Økt belastning på kommunene uten tilstrekkelig avklarte rammer.** Når samhandling i begrenset grad omsettes i tydelige beslutninger om arbeidsdeling, forløp og kapasitet, må kommunene håndtere flere oppgaver uten at ansvar, kompetanse og ressursbehov er tilstrekkelig avklart.

- **Vedvarende press i pasientforløpene**. Manglende utvikling og gjennomføring av felles forløp og langsiktig planlegging gjør det vanskeligere å redusere press knyttet til utskrivning, oppfølging og pasienter som kunne vært håndtert på et annet nivå med bedre samordnet kapasitet og tydeligere nasjonale rammer.

- **Økt ressursbruk på koordinering uten tilsvarende gevinst.** Når porteføljen blir for bred, beslutningslinjene uklare eller tiltakene i stor grad er prosjektbaserte uten tydelig linjeansvar, bindes tid og kapasitet opp i koordinering, møter og avklaringer uten tilsvarende effekt i tjenestene. Dette kan føre til mer friksjon, lavere tillit og svakere gjennomføringsevne.

3. Analyse over hvor viktige helsefellesskapene er/kan være for samhandlingen mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelse-tjenesten i fremtiden

Samhandlingen kan være knyttet til prosessene rundt;

- Felles planlegging og utvikling av tjenester (på tvers av nivå)
- Utvikle tjenestemodeller/pasientforløp
- Oppgavedeling og bedre pasientflyt (LEON - riktig nivå, færre unødige brudd i pasientforløpet, færre unødvendige innleggelser/liggedøgn) – gjennomføring av endringer
- Oppfølging og måling, læring og spredning av "hva som virker" (effekt og skalering)
- Felles situasjonsforståelse og prioritering (data/variasjon/forløp).
- Følge opp innføring av nasjonale samhandlingstjenester og bidra til deling av beste praksis

3.1 Analyse og vurderinger av viktighet – drøfting

Frem mot 2040 kan helsefellesskapenes rolle bli mer sentral, fordi tett samhandling mellom nivåene i helsetjenesten er en forutsetning for å møte de felles utfordringene sektoren står overfor. Disse utfordringene kan ikke løses av enkeltaktører alene, men krever koordinert innsats på tvers av hele tjenesten. Samlet sett tilsier dette at de samme faktorene som utfordrer helse- og omsorgstjenesten, også bidrar til å øke relevansen av helsefellesskapene. Ordningen fremstår dermed som tilpasset fremtidens behov for mer koordinert styring og tjenesteutvikling.

Helsefellesskapene fremstår som en viktig mekanisme for samhandling fram mot 2040, men betydningen deres vil avhenge av om de utvikles fra å være samarbeidsarenaer til å bli reelle omstillingsarenaer. Det vil igjen avhenge av tydeligere nasjonale rammer, prioriteringer og virkemidler som understøtter gjennomføring i praksis.

Formålet med ordningen er å skape mer sammenhengende og bærekraftige tjenester for pasienter som trenger tilbud fra både kommunen og spesialisthelsetjenesten. Partnerne i helsefellesskapene vil kunne ha nytte av en nasjonal aktør som kan bidra med nasjonale rammer for felles utvikling, avklaringer og etablering av felles virkemidler – med mål om å sikre kunnskapsbaserte pasientforløp med høy kvalitet. Utprøvingene i Prosjekt X viser behov for en nasjonal aktør som både kan bidra med avklaringer og sørge for at barrierer løftes slik at virkemiddelapparatet utvikles (se vedlegg for rapport om utprøvingene i Prosjekt X). Helsedirektoratet vil kunne ivareta en slik rolle.

3.1.1 Demografiske endringer – sammenhengende og bærekraftige tjenester

Et sentralt utviklingstrekk er en aldrende befolkning. SSBs framskrivinger viser at Norges befolkning ventes å øke til rundt 6 millioner i 2040, samtidig som befolkningen blir eldre. Det betyr flere innbyggere med kroniske sykdommer, skrøpelighet, demens og sammensatte behov – altså pasientgrupper som ofte beveger seg mellom sykehus og kommunale helse- og omsorgstjenester, inkludert fastlegetjenesten. Svak samhandling gir dårligere kvalitet på tjenestene og mindre effektiv ressursutnyttelse for pasientforløp som går på tvers av nivåene.

Den kanskje viktigste framtidige funksjonen er derfor at helsefellesskapene kan bidra til å motvirke oppdelte og lite sammenhengende tjenester. Når kommuner og helseforetak planlegger hver for seg, oppstår ofte glipper i overgangene: uklare ansvarsforhold, ulik kapasitetsplanlegging, parallelle tiltak og pasientforløp som ikke henger sammen.

Helsefellesskapenes betydning øker også fordi de er rettet mot pasientgrupper der samhandlingsbehovet er størst. Regjeringen har videreført de fire prioriterte gruppene fra tidligere Nasjonal helse- og sykehusplan: barn og unge; personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer; skrøpelige eldre; og personer med flere kroniske sykdommer. For disse pasientene er god samhandling ikke et tilleggsgode, men en forutsetning for kvalitet, pasientsikkerhet og effektiv ressursbruk.

Helsefellesskapene kan også være en lokal samhandlingsarena for å utvikle en mer bærekraftig tjeneste, der nasjonale grep omsettes til praktisk samhandling og felles utvikling. Det gir en mulighet til å gjøre samhandling til en del av bærekraftsløsningen, ikke bare et tillegg til ordinære drift. Samtidig er det barrierer som kan gjøre denne samhandlingen utfordrende, blant annet rammene som helsefellesskapene opererer innenfor.

3.1.2 Strammere økonomiske rammer og personellmangel kan åpne for mer oppgavedeling og felles prioritering

Helsepersonellkommisjonen vurderte behovene for personell og kompetanse fram mot 2040, på bakgrunn av tydelige utviklingstrekk som demografisk utvikling, knapphet på helsepersonell og begrenset handlingsrom i offentlige finanser. Kommisjonen konkluderte med at tjenestene må organiseres og brukes på en mer bærekraftig måte enn i dag. I lys av dette kan helsefellesskapene få en viktig rolle i å legge til rette for en mer hensiktsmessig oppgavedeling, bedre utnyttelse av samlet kompetanse og redusert overlapp i tjenestene mellom nivåene.

Når strammere økonomiske rammer og knapphet på personell i økende grad preger helse- og omsorgstjenesten, vil det ikke være bærekraftig å møte framtidens behov gjennom parallell oppbygging av kapasitet på begge nivåer uten sterkere koordinering. Manglende avklaringer i oppgavedeling, overlappende innsats og svake overganger mellom nivåene vil i en slik situasjon medføre økte kostnader og dårligere ressursutnyttelse.

Behovet for felles løsninger på tvers av kommune og spesialisthelsetjeneste vil øke. Helsefellesskapene kan da få større betydning som sted for å avklare hvem som bør gjøre hva, og hvordan kompetanse kan deles og brukes mer målrettet. Nettopp dette er en av kjerneideene bak helsefellesskapene. Samtidig er det knyttet stor usikkerhet til om det er mulig for helsefellesskapene og bli enige om hvem som bør gjøre hva, eller om det må følges ad med tydeligere nasjonal styring og avklaring. Det siste kan også bidra til mer likeverdige tjenester nasjonalt.

Når kommuner og helseforetak i økende grad opplever mangel på personell og en mer presset økonomi, kan det bli vanskelig å prioritere deltakelse i samarbeidsarenaer og utviklings-

prosesser. Knapphet på kompetanse og strammere økonomi kan begrense kapasiteten til å investere tid og ressurser i felles planlegging, innovasjon og samhandling gjennom helsefellesskapene.

3.1.3 Politisk dreining mot "vår felles helsetjeneste" styrker samhandlingsrommet

Et viktig politisk utviklingstrekk er at samhandling og bærekraft er løftet frem som et satsningsområde fra regjeringer og helse- og omsorgsministre over tid, senest i Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027. Meldingen peker på tre hovedutfordringer for tjenesten: tilgang på nok personell; for dårlig sammenheng mellom tjenestene; og likeverdig tilgang til helse- og omsorgstjenester. Dette skaper en mulighet for helsefellesskapene, fordi ordningen treffer direkte på alle tre utfordringene. Samtidig vil ulik utvikling og løsninger i de forskjellige helsefellesskapene kunne utfordre likeverdig tilgang til helse- og omsorgstjenester.

Helsefellesskapene er en arena som kan gjøre en forskjell fordi de allerede er etablert og man har tatt "investeringskostnadene". Når nasjonal politikk i større grad vektlegger samhandling, kan helsefellesskapene få sterkere legitimitet, mer oppmerksomhet og større forventninger om å levere konkrete løsninger lokalt og regionalt.

Samtidig er samarbeidet avhengig av at både kommunene og helseforetakene prioriterer samhandling og utviklingsarbeid. Dersom nasjonale prioriteringer i større grad retter oppmerksomheten mot andre reformer eller styringsmål, kan helsefellesskapenes rolle i praksis bli svekket.

3.1.4 Videreutvikling av avtaler, lovpålagte samarbeidsavtaler og partnerskap kan gjøre helsefellesskapene mer forpliktende

Det er også en mulighet i at staten og KS har videreført og ønsker videreutvikling av ordningen. Avtalen mellom regjeringen og KS om helsefellesskapene for perioden 2024–2027, legger opp til videre utvikling, identifisering av virkemidler og evaluering av om helsefellesskapene bidrar til bedre tjenester og bedre samarbeid. Dette viser at helsefellesskapene ikke bare er en etablert struktur, men en ordning som fortsatt kan modnes og styrkes. Utviklingstrekket her er altså økt institusjonalisering: samhandlingen blir mindre prosjektpreget og mer integrert i styringen av tjenestene. Frem mot 2040, når både lederskifter, press på drift og ulik kommunekapasitet kan svekke kontinuiteten, er dette en klar styrke.

Samtidig er helse- og omsorgstjenesten regulert av et regelverk knyttet til blant annet ansvar, pasientsikkerhet og personvern. Selv om dette regelverket er viktig for å sikre kvalitet og rettssikkerhet, kan det også gjøre det mer krevende å utvikle forpliktende samarbeidsformer og dele informasjon på tvers av organisasjonene.

3.1.5 Digitalisering skaper nye muligheter for samhandling i praksis

PESTEL- analysen (se vedlegg) viser til at digitalisering blir stadig viktigere mot 2040, og Nasjonal e-helsestrategi beskriver økt koordinering og samarbeid om digitalisering som et sentralt mål. Helsedirektoratet vil peke på at det allerede finnes et solid grunnlag for digital samhandling, samtidig som det fortsatt gjenstår arbeid for å sikre effektiv informasjonsflyt mellom nivåer og virksomheter. Helsefellesskapene kan utvikles fra møteplasser til implementerings- og breddingsarenaer for nye samhandlingsløsninger. Dersom slike satsinger lykkes, kan helsefellesskapene få en tydeligere rolle i å omsette digitalisering til faktisk samhandling i pasientforløpene.

Nasjonal helse- og samhandlingsplan viser til utviklingen av nasjonale samhandlingstjenester som skal understøtte helhetlige pasientforløp og tjenestemodeller. De nasjonale

samhandlingstjenestene representerer viktig informasjon som bør følge pasienten gjennom hele pasientforløpet. De ulike tjenestene i satsing en er valgt ut gjennom rådsmodellen for digitalisering i helse- og omsorgssektorene og representerer den viktigste informasjonen det er behov for å samhandle om på tvers av forvaltningsnivåer. Alle samhandlingstjenestene er i utprøving og i ferd med å innføres i ulike deler av landet. Samhandlingstjenestene er:

- Pasientens legemiddelliste (PLL); felles, oppdatert oversikt over pasientens legemiddelbruk
- Pasientens journaldokumenter; tilgang til relevante journalopplysninger på tvers av helseinstitusjoner
- Pasientens prøvesvar; deling av relevante laboratoriesvar og radiologiske beskrivelser mellom helseinstitusjoner
- Pasientens kritiske informasjon; viktig informasjon for trygg behandling i akutte situasjoner
- Pasientens måledata; deling av pasientgenerert helsedata for oppfølging
- Digital helsekort for gravide; digital samling av helseopplysninger gjennom svangerskapet

Helsedirektoratet vurdere det som naturlig at helsefelleskapene tar en større rolle i å sikre en god og samordnet innføring av de nasjonale samhandlingstjenestene i helsefelleskapets nedslagsfelt. Innføring av samhandlingstjenester krever en gjennomgang av ansvarsdeling og samhandlingsprosesser mellom fastlege, kommunale tjenester og sykehus. Hvis helsefellesskapene tar en tydeligere rolle i innføringen, vil de forstå potensiale i samhandlingstjenestene og hvordan disse kan unyttes i den praktiske hverdagen og kobles til andre samhandlingsprosjekter i helsefellesskapene. Videre kan det legge til rette for endringer i oppgavedeling og arbeidsprosesser knyttet til oppfølging av prioriterte målgrupper. Et tydeligere ansvar for innføring av samhandlingstjenestene vil integrere digitale løsninger bedre i tjenesteutviklingen og styrke evnen til å realisere gevinster.

Helsefelleskapene kan også ta en rolle der det er behov for andre digitaliseringstiltak for å understøtte samhandlingen lokalt og bidra til å lykkes med disse. Et viktig virkemiddel for å understøtte lokale digitaliseringstiltak er Helseteknologiordningen. Det vil være en styrke at tiltakene det søkes om midler til er prioritert og forankret i helsefellesskapene og er en integrert del av samhandlingsprosjektene i helsefelleskapene. Det styrker muligheten for å lykkes med endringsprosjekter.

I Helseteknologiordningen kan man både søke på støtte til nye digitaliseringstiltak og støtte til innføringsprosjekter knyttet til de nasjonale samhandlingstjenestene.

3.1.6 Lokalt tilpassede løsninger blir mer verdifulle når behovene varierer

Helsefellesskapene skal finne løsninger som passer til lokale behov og forutsetninger. Dette skaper en mulighet fordi framtidens utfordringer ikke vil slå likt ut over hele landet. Befolkningssammensetning, geografi, kommunestørrelse, kompetansetilgang og sykdomsprofil varierer. Når nasjonale utfordringer blir mer komplekse, øker verdien av regionale og lokale samarbeidsarenaer som kan tilpasse samhandling og tjenestemodeller til konkrete behov. Helsefellesskapene er godt egnet til nettopp dette.

3.1.7 Mer vekt på bruker- og fastlegeperspektivet kan styrke kvaliteten i samhandlingen

Helsefellesskapene er bygd opp rundt deltakelse fra brukere, helseforetak, fastleger og øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester, og dette gir mulighet for mer vekt på bruker- og

fastlegeperspektivet. Når helsepolitikken i større grad vektlegger pasientforløp, medvirkning og mestring, kan helsefellesskapene være en viktig arena hvor samhandlingen utvikles i tråd med faktiske brukerbehov og kliniske erfaringer. Helsedirektoratet vil også løftet fram nettverk og erfaringsdeling som viktige deler av utviklingen. Dette kan gjøre samhandlingen mer praksisnær og mindre preget av bare administrative grenser.

Helsefellesskapene kan bli viktige, men er ikke i seg selv nok til å løse samhandlingsutfordringene. Regjeringen og KS (avtale 26. april 2024) angir at "kommuner og helseforetak skal møtes som likeverdige partnere i helsefellesskapene", men i praksis er kommuner og helseforetak ulike i størrelse, styringslogikk og kapasitet.

Helsedirektoratets vurdering er at helsefellesskapenes reelle betydning fram mot 2040 vil avhenge av tre forhold:

1. **Konkret prioritering og tjenesteutvikling.** Helsefellesskapene må brukes som arenaer for faktiske prioriteringer og utvikling av tjenester – ikke primært som dialogarenaer. Samarbeidet på systemnivå må omsettes til konkrete forbedringer i pasientforløp og drift.
2. **Styrket kvalitet i styringen.** Mål, prioriteringer, ledelsesforankring og oppfølging må heves betydelig for å gi nødvendig styringskraft. Samtidig er dette krevende all den tid flertallet av helsefellesskapene består av veldig mange kommuner/aktører.
3. **Kobling til nasjonale virkemidler og nasjonal støtte.** Helsefellesskapene må knyttes tettere til digitalisering og kompetansepolitikk, slik Nasjonal helse- og samhandlingsplan legger opp til. Økonomiske insentiver for samarbeid må styrkes og helsefellesskapene må gis nasjonal støtte i form av tydeligere rammer, prioriteringer, avklaringer og veiledning.

Samlet vurdert kan helsefellesskapene få betydning for samhandlingen fram mot 2040. De svarer direkte på de de mest krevende strukturelle utfordringene i sektoren: en aldrende befolkning, flere med sammensatte behov, knapphet på personell og behov for mer helhetlig bruk av teknologi og kompetanse.

Deres viktigste potensial ligger i evnen til å gjøre samhandling mer systematisk, mindre tilfeldig og bedre integrert i felles planlegging og omstilling. Samtidig vil helsefellesskapenes faktiske betydning avhenge av felles prioritering og ledelsesforankring, samt nasjonale virkemidler og støtte. Det er ikke nødvendigvis slik at alle utfordringer kan løses gjennom en samarbeidsstruktur, slik at alternativet er etablering av nye strukturer som endrer ansvarsfordelingen eller endret organisering, roller og ansvar – som Helsereformutvalget utreder.

4. Vurderinger av gjennomføringen av andre samhandlingstiltak, som ligger i eller som kunne ha ligget i helsefellesskapene

Kommuner og helseforetak/regionale helseforetak er etter helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e forpliktet til å inngå samarbeidsavtaler. På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har Helsedirektoratet utarbeidet en veileder (2023) som tydeliggjør kravene til disse avtalene, og som bygger på mål og føringer fra:

- *Nasjonal helse- og sykehusplan (NHSP) 2020–2023*
- *Avtalen mellom regjeringen og KS (2019) om etablering av helsefellesskap*

Samarbeidsavtalene skal som et minimum omfatte 13 områder (spesifisert i Helse- og omsorgstjenestelovens § 6-2). Oppfølgingen av disse avtalene utgjør en sentral oppgave for helsefellesskapene. Avtalenes innhold viser samtidig at helsefellesskapene har betydelig handlingsrom til å utvikle samhandlingen innenfor et bredt spekter av områder.

4.1 Identifisering og vurdering av premisser for bedre samhandling innenfor helsefellesskapene

Helsedirektoratet har gjort en analyse for å komme frem til hvilke områder som i dag kan sies å ligge innenfor helsefelleskapene handlingsrom, men der det er behov for større oppmerksomhet og tiltak. Disse er omtalt i en ikke prioritert rekkefølge.

4.1.1 Felles utvikling av pasientforløp – utenfor de fire prioriterte gruppene

I Nasjonale helse- og samhandlingsplan ble det definert fire pasientgrupper som helsefelleskapene skulle prioritere når de utviklet tjenestemodeller på tvers av tjenestenivåene. Det er pekt på at helsefellesskapene også bør utvikle helhetlige pasientforløp som favner bredere enn dagens innsatsområder og som også inkluderer tidlig identifisering og forebygging. Til tross for tydelige anbefalinger, realiseres dette i begrenset grad i praksis.

4.1.2 Felles kapasitets- og kompetanseplanlegging mellom kommuner og sykehus

Regjeringen og KS har tydeliggjort at helsefellesskapene skal bidra til styrket samhandling gjennom felles planlegging og koordinering av kapasitet og kompetanse. Til tross for dette er området fremdeles svakt utviklet og med begrenset systematisk implementering i praksis.

Dette beskrives hovedsakelig som et uttrykt behov, snarere enn en etablert og operasjonalisert del av dagens avtaleverk.

Eksempler på tiltak som er mangelfullt ivaretatt er:

- **Felles bemanningsanalyser**
  Det foreligger få eller ingen dokumenterte, felles bemanningsanalyser som tar utgangspunkt i helsefellesskapenes samlede behov eller kapasitet og som sier beskriver det fremtidige personellbehovet på tvers av nivåene. Samtidig kan det her være behov for nasjonale modeller og felles metoder.
- **Lokal kompetansedeling og rotasjonsordninger**
  Helsedirektoratet er ikke kjent med at det finnes dokumenterte, formelle avtaler som legger til rette for delt ansettelse eller rotasjonsordninger mellom kommuner og helseforetak. Eksisterende avtaler omtaler i all hovedsak kompetansedeling og hospitering, men få har etablert felles ansettelsesforhold. Samtidig reiser felles ansettelsesforhold en del prinsipielle spørsmål som kan kreve nasjonal avklaring.

4.1.3 Styrke brukermedvirkningen

Brukermedvirkning er tydelig forankret i helselovgivningen. Til tross for krav om brukerinvolvering i helsefellesskapene, varierer den praktiske gjennomføringen. Det mangler i stor grad etablerte, avtalefestede strukturer som sikrer systematisk deltakelse. Helsedirektoratets veileder viser til at dette kravet i dag praktiseres ujevnt og derfor må videreutvikles i helsefellesskapene. Helsefellesskapene understreker at brukermedvirkning er avgjørende for utvikling av gode og bærekraftige tjenester, men peker samtidig på behovet for en mer helhetlig og strukturert tilnærming. En styrket brukermedvirkning vil også være sentral for å øke helsekompetansen i befolkningen.

4.1.4 Systematisk involvering av fastleger i helsefellesskapene

Fastleger er tillagt en sentral rådgivende rolle i helsefellesskapene, men denne rollen er i dag svakt implementert og i liten grad forankret i formelle avtaler eller strukturer.
Det mangler i stor grad organisatoriske rammer som sikrer fastlegenes deltakelse i planlegging, prioritering og videreutvikling av pasientforløp. Fastlegene har en svært viktig rolle for samhandlingen med helseforetakene. Det er derfor viktig at dette potensialet blir bedreutnyttet. Selv om fastleger i enkelte helsefellesskap er «fast oppnevnt», varierer praksis . Stortinget har påpekt behovet for at fastleger får en tydeligere og mer formalisert funksjon i helsefellesskapenes utviklingsarbeid.

4.1.5 Felles metodeverktøy

Det finnes en rekke kartleggingsverktøy og systematiske arbeidsmetoder utviklet for å vurdere pasienters helsetilstand og forbedre pasientforløp. Slike metoder er ofte utviklet for enten spesialisthelsetjenesten eller den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og brukes i begrenset grad på tvers av begge tjenestenivåene. Helsefellesskapene har derfor et betydelig potensial til å fremme standardisering og utvikle et felles språk for pasientgrupper og pasientforløp gjennom økt bruk av felles metoder. Dette kan styrke samhandling, skape større likhet i praksis og forenkle samarbeidet mellom tjenestene.

Eksempler på slike relevante metoder og verktøy er:

- *Gjør kloke valg*
- *Klinisk skrøpelighetsskala (Clinical Frailty Scale – CFS)*
- *Samvalg i praksis*

Partnerne i helsefellesskapene kunne ha nytte av en nasjonal aktør som kunne påse at det ble satt nasjonale rammer knyttet til felles modeller og metoder. Helsedirektoratet kunne ivareta en slik rolle.

4.1.6 Behov for felles styringsdata

Styringsdata omfatter informasjon, statistikk og nøkkeltall som benyttes for å styre, monitorere og forbedre helsetjenestens resultater og måloppnåelse.

Helsefellesskapene rapporterer at de mangler tilgang til felles styringsdata. Dette kan skyldes både at det er manglende datatilfang, at styringsdata ikke oppdateres hyppig nok, men også at dataene som finnes ikke er tilstrekkelig sammenstilt og tilgjengeliggjort. Videre er det også manglende oversikt over de styringsdataene som alt er tilgjengelig, blant annet på Helsedirektoratets nettsider.

Det pågår et samarbeid mellom Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet om å utvide datagrunnlaget i spesielt i KPR. Dette vil være viktig for å få bedre kunnskapsgrunnlag om den kommunale helse- og omsorgstjenesten og samhandling mellom nivåene. I tillegg arbeider Helsedirektorat med å understøtte kommunene med styringsdata, både gjennom utvikling av analyser og tilrettelegging av data. Eksempler på dette er det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet, Folkehelseprofiler ogEldrebarometeret som samler nøkkeltall fra flere ulike kilder. Samhandlingsbarometeret levert av Helse Førde, som er kunnskapsbank for samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, tilrettelegger statistikk på kommunenivå for de fire prioriterte pasientgruppene som helsefellesskapene samarbeider om. Denne statistikken har som formål å støtte helsefelleskapene med styringsdata og ble utviklet av Helsedirektoratet i 2020-2022.

4.1.7 Felles anskaffelser og innkjøpssamarbeid

Flere helsefellesskap gjennomfører nå felles anskaffelser der begge forvaltningsnivåer deltar, blant annet innen digitale løsninger og annen velferdsteknologi.

Dette representerer en formålstjenlig og effektiv samhandlingsmodell som både reduserer fragmentering og legger til rette for økt grad av standardisering. Innenfor dette området finnes det fortsatt et betydelig potensial for å styrke samarbeidet og forbedre kvaliteten i oppfølgingen av pasienter.

Partnerne i helsefellesskapene kunne ha nytte av en nasjonal aktør som kunne påse at det ble et nasjonalt rammeverk for felles anskaffelser og innkjøpssamarbeid. Helsedirektoratet vil kunne ivareta en slik rolle.

4.1.8 Felles planlegging og samlokalisering av tjenester

For å styrke samhandlingen mellom kommuner og helseforetak kan det være hensiktsmessig med en tettere og mer systematisk involvering av hverandre i planleggingen av nye tjenester, bygg og andre større utviklingsprosesser. Der det ligger til rette for samlokalisering, bør dette potensialet utnyttes for å fremme mer helhetlige og bærekraftige tjenesteløsninger. Dette gjelder både i distriktene og i mer sentrale områder. Partnerne i helsefellesskapene kan i større grad velge å bruk denne arenaen til dette formålet.

4.1.9 Strukturer for veiledning på systemnivå

Helse – og omsorgstjenesteloven kapittel 6 pålegger kommuner og regionale helseforetak å inngå samarbeidsavtaler for å sikre helhetlige tjenester. Både helseforetak og kommuner har derav en gjensidig veiledningsplikt overfor hverandre. I praksis har denne veiledningen i stor grad vært rettet mot individuelle pasientforløp, ofte som støtte i konkrete og akutte problemstillinger. Plikten omfatter å gi partnerne i helsefellesskapene gjensidig informasjon, faglige råd og veiledning til å gi nødvendige og forsvarlige tjenester i sine virksomheter. Helsedirektoratet erfarer at det i mindre grad finnes systematiske og strukturerte ordninger som omfatter situasjoner eller pasientgrupper der veiledning kunne styrke kompetanse og kapasitet på en mer helhetlig måte.

En mer formalisert og forutsigbar veiledningsstruktur – rettet mot både fagområder, pasientgrupper og typiske kliniske scenarioer – vil kunne bidra til å sikre trygg oppfølging, ikke minst i overganger mellom tjenesteområdene som er identifisert som spesielt sårbare. Dette ville samtidig kunne forebygge unødvendige innleggelser, bedre flyten mellom nivåene og styrke kvaliteten på tjenestene gjennom økt kompetansedeling og felles forståelse av ansvar og oppgaver.

Partnerne i helsefellesskapene kunne ha nytte av en nasjonal aktør som kunne påse at det ble en satt nasjonale rammer for en slik veiledningsstruktur på systemnivå. Helsedirektoratet vil kunne ivareta en slik rolle.

4.2 Identifisering og vurdering av samhandlingsmuligheter mellom helsefellesskap og virksomheter som i dag ligger utenfor helsefellesskapet

Samlet viser gjennomgangen at samarbeid med aktører utenfor helsefellesskapene kan være relevant og verdifullt for enkelte målgrupper og problemstillinger. Samtidig peker erfaringer på at et svært omfattende aktørbilde kan øke kompleksiteten i samhandling, gjøre prioriteringer mer krevende og svekke gjennomføringsevnen.

Det fremstår derfor ikke som et mål i seg selv å utvide helsefellesskapene med flere aktører som faste medlemmer. Samarbeid med aktører utenfor helsefellesskapene kan i stedet være hensiktsmessig å organisere avgrenset, for eksempel knyttet til konkrete saker, pasientgrupper eller tidsavgrensede prosjekter, innenfor rammene av eksisterende ansvar og strukturer.

4.2.1 Samarbeid mellom helsefelleskap og Nav

Et tettere samarbeid mellom helsefellesskapene og Nav kan bidra til raskere avklaringer om arbeidsevne, raskere og tryggere retur til jobb etter sykdom, samt bedre bruk av arbeidsrettet behandling, mestringskurs og rehabilitering. Dette gir både samfunnsøkonomiske og personlige gevinster. Et formalisert samarbeid gjør at tjenestene kan henge bedre sammen og at brukeren slipper å gjenta historien sin flere ganger. Når Nav og helsetjenestene deler informasjon og arbeider sammen på et tidlig stadium, kan man bryte negative utviklingsløp. God helsehjelp og god arbeidsrettet oppfølging må ofte gå hånd i hånd.

Helsedirektoratet er ikke kjent med at det finnes nasjonale krav om faste samarbeidsstrukturer mellom Nav-kontorene og helsefellesskapene, felles planlegging, felles pasientløp innen arbeid og helse eller integrerte tiltak for uføre-, arbeidsavklarings- eller sykepengeoppfølging. Dette til tross for at pasienter med sammensatte behov ofte trenger koordinert innsats fra helse og arbeid. Felles innsats kan gi bedre koordinerte forløp, tydelig rolle- og ansvarsdeling og bedre kontinuitet over tid. Det er imidlertid iverksatt samarbeidsprosjekter som kan få stor betydning for å forbedre samarbeidet mellom Nav og helsetjenesten, eksempelvis fastleger, der også Helsedirektoratet er involvert. Eksempler på slike prosjekter er blant annet Samspillsprosjektet (pilotering av samhandlingsmodeller mellom helsetjenesten og Nav) og Interregional Kompetansenettverk (ledes av Helse Nord RHF).

4.2.2 Samarbeid mellom helsefellesskap og politi og kriminalomsorg

Mer helhetlige og trygge overganger til det sivile samfunn etter soning eller varetekt er viktig for å redusere risiko for tilbakefall i kriminalitet eller akutte helsekriser. Det er også behov for raskere etablering av fastlege, avklaring av medisinering, bolig, økonomi og annet støttebehov, for å sikre en trygg overgang.

Helsedirektoratet er ikke kjent med at det foreligger formelle avtaler om samhandling om personer med alvorlige psykiske lidelser som møter politi, felles innsats for varetektsinnsatte med akutte helsebehov eller anbefalinger om systematiske forløp for løslatte fra fengsel med psykose, ruslidelser eller somatisk sykdom. Mange personer som kommer i kontakt med politiet eller kriminalomsorgen har helseutfordringer som kan ivaretas bedre, særlig innenfor psykiske lidelser og rusavhengighet.

4.2.3 Samarbeid mellom helsefellesskap og skole- og utdanningssektoren

Barn og unge med store og sammensatte behov er en prioritert målgruppe for helsefellesskapenes arbeid. Samhandling mellom helse- og omsorgstjenesten, skole og øvrige oppvekstsektorer er i stor grad regulert gjennom eksisterende lovverk, nasjonale føringer og etablerte kommunale strukturer.

Helsefellesskapene kan i noen tilfeller være en arena for å løfte erfaringer og utfordringer knyttet til samhandling om barn og unge, særlig i overgangene mellom kommunale tjenester og psykisk helsevern for barn og unge. Eventuell videre utvikling av slike samarbeidsformer må skje innenfor gjeldende ansvar, regelverk og nasjonale rammer.

4.2.4 Samarbeid mellom helsefellesskap og barneverntjenester

Noen helsefellesskap har allerede inkludert barnevernstjenesten som samarbeidspartner i arbeidet med sårbare barn og unge. Dette er i tråd med *Nasjonalt forløp for barnevern*, som krever systematisk samhandling mellom barnevern, kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester for å sikre nødvendig kartlegging og helsehjelp.

Kliniske samarbeidsutvalg for barn og unge er en naturlig arena for dette, og helsefellesskapene kan fungere som en samlet plattform for å videreutvikle samarbeidet på systemnivå. En slik struktur kan gi kommunene bedre koordinering, mer helhetlige tjenester og mer forutsigbart samarbeid på tvers.

4.2.5 Samarbeid mellom helsefellesskap og frivillige organisasjoner

Frivilligheten er et viktig supplement til de offentlige tjenestene, og kan bidra til økt kapasitet og trygghet for pasienter og pårørende. Det kan inngås avtaler med frivillige organisasjoner som konkretiserer innholdet i og omfanget av samarbeidet. Samtidig må slike avtaler tydelig presisere at det er kommunene og helseforetakene som har det formelle ansvaret for tjenestene, men at frivilligheten er en viktig aktør i samhandling om ulike oppgaver.

4.2.6 Samarbeid mellom helsefellesskap og utdanningsinstitusjoner

Helsefellesskapene kan være en aktiv og strategisk samarbeidspartner for utdanningsinstitusjoner som videregående skoler, høgskoler og universiteter. Gjennom et strukturert samarbeid kan helsefellesskapene bidra til å beskrive tjenestenes samlede behov for kompetanse, innhold i utdanningene og framtidige helsepersonellbehov i den lokale og regionale helsetjenesten. En aktiv holdning fra helsefellesskapene der de tilkjennegir behov i regionen overfor videregående skoler/høgskoler/universitet og utdanningsetater kan bidra til mer målrettede utdanningsforløp.

Når helsetjenesten opptrer samlet i regi av helsefellesskapet, fremstår den som en koordinert og tydelig aktør. Dette styrker påvirkningskraften opp mot utdanningssektoren, og særlig kommunene kan forventes å dra betydelig nytte av en slik felles tilnærming.

Samarbeidet bør også omfatte utvikling og tilrettelegging av praksisstudier, samt faglig og klinikknær forskning. Dette vil bidra til bedre kvalitet i utdanningene, mer relevante læringsarenaer og en sterkere kobling mellom utdanning, tjenesteutvikling og forskning.

4.2.7 Statsforvalterens rolle

Statsforvalteren har i dag ikke en formell rolle i helsefellesskapene. Helsedirektoratet erfarer at det er stor variasjon i deltagelse fra Statsforvalter i helsefelleskapene. I praksis deltar Statsforvalteren ofte i partnerskapsmøter og andre strategiske arenaer, med en funksjon som observatør. Statsforvalteren bidrar til å formidle nasjonale føringer og støtter opp under samhandling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten.

Samtidig er det variasjoner i hvordan rollen utøves mellom embetene. I noen tilfeller er Statsforvalteren en aktiv deltaker med tydelig bidrag inn i samarbeidet, mens rollen i andre sammenhenger fremstår mer perifer. Dette reflekterer en gjennomgående utfordring knyttet til uklar rolle og manglende tydeliggjøring av Statsforvalters mandat.

Gjennom tilsynsrollen og den løpende dialogen med kommunene besitter Statsforvalteren også et omfattende kunnskapsgrunnlag om kommunale tjenester, inkludert fastlegeordningen, legevakt og beredskap. Denne innsikten gir et godt utgangspunkt for å bidra til en helhetlig situasjonsforståelse i helsefellesskapene.

Tilsynsrollen innebærer å føre kontroll med at tjenestene er forsvarlige og i tråd med gjeldende regelverk, og gir Statsforvalteren en uavhengig kontrollfunksjon i helse- og omsorgstjenesten. Denne rollen kan samtidig skape en iboende spenning i møte med helsefellesskapene, hvor Statsforvalteren også forventes å bidra som en mer aktiv deltaker og pådriver i samarbeidet. Behovet for å ivareta uavhengighet og tillit i tilsynsrollen kan dermed utfordre muligheten for å opptre som en integrert og likeverdig part i utviklings- og samarbeidsarenaene.

På den andre side er det en utfordring at Statsforvalterens rolle i helsefellesskapene ikke er formalisert. Dette fører til ulik praksis og behov for forventningsavklaringer mellom aktørene. Samtidig kan de eksisterende styringslinjene, der både departementet, etater, kommuner og helseforetak har ulike roller og kanaler, bidra til fragmentering og uklarhet om ansvar og retning.

Helsedirektoratet mener at Statsforvalterens rolle som bindeledd mellom nasjonale myndigheter, kommunene og spesialisthelsetjenesten må styrkes. En mer systematisk bruk av Statsforvalterens kunnskapsgrunnlag kan også bidra til bedre prioriteringer og mer målrettet utvikling av tjenestene i helsefellesskapene.

Samlet sett har Statsforvalteren, gjerne sammen med Helsedirektoratet, et betydelig potensial som pådriver, samordner og kunnskapsbærer i helsefellesskapene. En tydeligere rolle og mer systematisk utnyttelse av denne funksjonen kan bidra til bedre samhandling, mer helhetlige tjenester og en sterkere forankring av nasjonale mål i den regionale utviklingen av helse- og omsorgstjenestene. Helsedirektoratet mener på denne bakgrunn at det bør vurderes om Statsforvalter skal gis en tydeligere rolle og inkluderes mer formelt i helsefellesskapene.

5. Vurdering av hvilket utviklingspotensial helsefellesskapene kan ha fremover

5.1 Innspill fra arbeidsmøte med helsefellesskapene – erfaringsbaserte vurderinger

Som del av arbeidet med denne rapporten gjennomførte Helsedirektoratet et digitalt arbeidsmøte med representanter fra helsefellesskapene den 24. mars 2026. Ni helsefellesskap, representert ved deltakere fra partnerskap og strategiske samarbeidsutvalg, deltok. Formålet med arbeidsmøtet var å få helsefellesskapenes egne vurderinger av utviklingspotensialet frem mot 2040, herunder hvilke behov, muligheter og begrensninger de selv ser i videreutviklingen av ordningen.

Innspillene nedenfor gjengir helsefellesskapenes erfaringsbaserte vurderinger og perspektiver, slik disse kom til uttrykk i arbeidsmøtet. Vurderingene representerer ikke Helsedirektoratets konklusjoner, men gir et viktig grunnlag for rapportens samlede analyse.

5.1.1 Helsefellesskapenes opplevde verdi og rolle

Deltakerne ga uttrykk for at helsefellesskapene samlet sett har bidratt til bedre dialog, økt forståelse for hverandres utfordringer og mer strukturert samhandling enn tidligere. Mange understreket at selve etableringen av faste arenaer for samhandling har hatt stor verdi, særlig ved at samarbeidet i mindre grad er blitt personavhengig og i større grad institusjonalisert.

Flere helsefellesskap opplever at ordningen har bidratt til en tydeligere felles forståelse av utfordringsbildet, særlig knyttet til pasientgrupper med sammensatte behov. Samtidig ble det

pekt på at verdien i stor grad har ligget i dialog og relasjonsbygging, mens gjennomføring av konkrete endringer i drift og ressursbruk fortsatt er krevende.

5.1.2 Behov for sterkere virkemidler og bedre gjennomføringskraft

Helsefellesskapene pekte samstemt på at det er et gap mellom ambisjonene for samarbeidet og de virkemidlene som i dag er tilgjengelige. Flere beskrev at helsefellesskapene fungerer godt som møteplasser og forankringsarenaer, men at de i liten grad har forutsetninger for å drive gjennom større omstillinger.

Det ble særlig trukket frem at:

- Tiltak må forankres og besluttes i hver enkelt kommune og i helseforetakene
- Finansiering i hovedsak ligger utenfor helsefellesskapenes kontroll
- Gevinstene av tiltak ofte tilfaller ett nivå, mens kostnadene bæres av et annet.

Dette gjør det krevende å prioritere fellestiltak, særlig i en situasjon der både kommuner og helseforetak opplever pressede økonomiske og personellmessige rammer.

5.1.3 Digitalisering, data og kompetansedeling

Flere helsefellesskap trakk frem digital samhandling som en sentral forutsetning for bedre samarbeid i praksis. Deltakerne pekte på behovet for løsninger som faktisk understøtter felles arbeidsprosesser på tvers av nivåene, herunder tilgang til relevante pasientopplysninger, felles planverktøy og bedre arbeidsflyt.

Det ble også pekt på manglende tilgang til styringsdata som et hinder for felles analyse, prioritering og læring. Flere uttrykte at tilgjengelige data i dag i begrenset grad brukes systematisk i helsefellesskapene, enten fordi tilgangen er vanskelig eller fordi det mangler kapasitet og kompetanse til å analysere og bruke data i felles beslutningsprosesser.

5.1.4 Likeverdighet og aktørkompleksitet

Helsefellesskapene trakk frem likeverdighet mellom partene som et viktig, men krevende prinsipp. Flere beskrev utfordringer knyttet til ulik kapasitet mellom kommuner og helseforetak, både når det gjelder analysekompetanse, juridisk støtte og administrativ kapasitet. Dette kan påvirke opplevelsen av reell likeverdighet i samarbeidet.

Samtidig pekte deltakerne på at antallet aktører i enkelte helsefellesskap er stort, noe som gjør prioritering, beslutningstaking og oppfølging tidkrevende. Flere uttrykte bekymring for at ytterligere utvidelse av helsefellesskapenes mandat og aktørkrets kan gjøre samarbeidet mer omfattende, uten nødvendigvis å øke gjennomføringsevnen.

5.1.5 Helsefellesskapenes vurderinger for fremtiden

I arbeidsmøtet ble helsefellesskapene også bedt om å beskrive hvordan de ideelt sett ser for seg helsefellesskapenes rolle frem mot 2040. Følgende sammenstilte og bearbeidede utsagn oppsummerer sentrale elementer i disse visjonene:

«Vi har digitale løsninger som snakker med hverandre, felles styringsinformasjon og team som jobber på tvers av nivå. Det er tydelige nasjonale føringer for samhandling, og insentiver som bidrar til å fjerne barrierer. Helsefellesskapene og nasjonale myndigheter arbeider sammen for tydelig prioritering og avklaring av forventninger.»

5.2 Helsedirektoratets vurdering av utviklingspotensialet

Arbeidsmøtet med helsefellesskapene tydeliggjør både hvilke forventninger og ambisjoner som knyttes til ordningen, og hvilke praktiske begrensninger helsefellesskapene selv opplever. Innspillene gir et verdifullt bilde av situasjonen sette fra tjenestenes ståsted.

På bakgrunn av disse innspillene, samt Helsedirektoratets analyser og erfaringer med blant annet utprøvingene i Prosjekt X, finner direktoratet grunnlag for å gjøre egne overordnede vurderinger av helsefellesskapenes rolle og utviklingspotensial fremover. Disse vurderingene fremgår i det følgende.

5.2.1 Overordnet vurdering – helsefellesskapene er nødvendige, men ikke tilstrekkelige

Helsedirektoratet vurderer at helsefellesskapene er et viktig og prinsipielt riktig virkemiddel for å styrke samhandlingen mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Ordningen bidrar til felles problemforståelse, dialog og utvikling av tiltak for pasientgrupper med sammensatte behov og dekker et reelt behov for koordinering på tvers av nivåene.

Samtidig viser både analysene i denne rapporten og Helsedirektoratets erfaringer fra nasjonale utviklings- og utprøvingsprosjekter, herunder utrpøvingene i Prosjekt X, at helsefellesskapene alene ikke er tilstrekkelige for å håndtere de mest krevende samhandlingsutfordringene i helse- og omsorgstjenesten. Mange av barrierene helsefellesskapene møter, knytter seg til forhold som ligger utenfor deres handlingsrom, og som det i praksis er vanskelig å løse gjennom lokale samhandlingsarenaer alene.

Helsedirektoratet vurderer derfor at helsefellesskapenes framtidige betydning i stor grad vil avhenge av:

- Tydeligere nasjonale prioriteringer og rammer
- Nasjonale virkemidler og insentivordninger
- Økt støtte til gjennomføring og implementering av felles løsninger

Dette gjelder særlig der samarbeidet forutsetter samordning av ansvar, finansiering, digitalisering og regelverk på tvers av nivåene.

5.2.2 Erfaringer som belyser utviklingspotensialet – læring fra praksis

Erfaringer fra utprøvingene i Prosjekt X gir et empirisk bakteppe som i stor grad bekrefter funnene i denne rapporten. Prosjektet viser at selv der både kommuner og helseforetak har vilje til samarbeid, oppstår det gjentakende barrierer knyttet til:

- Mangelfull digital samhandling og fravær av felles verktøy
- Begrenset tilgang til og/eller bruk av styringsdata på tvers av nivåer
- Ulike finansieringslogikker og svake insentiver til felles prioritering
- Uklare rolle- og ansvarsavklaringer, herunder arbeidsgiveransvar

Erfaringene viser også at disse barrierene ofte ikke kan løses lokalt, men krever nasjonale avklaringer, felles premisser eller utvikling av virkemidler som understøtter samhandling i praksis. Dette samsvarer med vurderingene fra helsefellesskapene selv, som gjennomgående peker på at gjennomføringskraften begrenses når tiltak må forankres og besluttes parallelt i mange selvstendige organisasjoner.

Helsedirektoratet vurderer at helsefellesskapene har et klart potensial som arenaer for å identifisere og konkretisere slike utfordringer, men at det i mange tilfeller vil være behov for at en nasjonal aktør bidrar til å avklare rammer, løse barrierer og sikre fremdrift.

5.2.3 Helsefellesskapene som omstillingsarena – forutsetninger og begrensninger

Helsedirektoratet vurderer at helsefellesskapene kan fungere som omstillingsarena for prioriterte pasientgrupper, men kun dersom visse forutsetninger er til stede. Dette forutsetter at partene er villige til å ta reelle beslutninger innenfor eksisterende myndighet, og at samarbeidet i større grad omsettes til konkrete prioriteringer, endringer i drift og felles tjenesteutvikling.

Samtidig viser både rapportens analyser og erfaringer fra praksis at det i mange tilfeller er krevende for kommuner og helseforetak å bli enige om:

- Oppgavedeling
- Ressursbruk
- Finansiering
- Digitaliseringstiltak
- Risiko og ansvar

Dette gjelder særlig i situasjoner der begge nivåer opplever knappet på personell og økonomiske rammer. Helsedirektoratet vurderer at helsefellesskapene ikke uten videre kan kompensere for disse strukturelle spenningene, og at det derfor er viktig å være realistisk i forventningene til hva helsefellesskapene kan løse innenfor dagens system.

5.2.4 Helsedirektoratets rolle i videreutviklingen av helsefellesskapene

Helsedirektoratet vurderer at direktoratet har en viktig rolle i å støtte videreutviklingen av helsefellesskapene, uten å overta ansvar eller beslutningsmyndighet fra kommuner og helseforetak.

Denne rollen kan særlig omfatte:

- Å være en nasjonal premissgiver gjennom tydelig forventninger, veiledning, prioriteringer og standarder
- Å utvikle og tilgjengeliggjøre felles metodeverk, modeller, styringsdata og kunnskapsgrunnlag
- Å bidra til bedre samordning og implementering av nasjonale digitale samhandlingstiltak, der helsefellesskapene kan fungere som egnede implementerings- og breddingsarenaer
- Å identifisere og løfte frem barrierer som krever nasjonale avklaringer eller politiske beslutninger.

Erfaringer fra utprøvingene i Prosjekt X viser at det i mange tilfeller er behov for en nasjonal aktør som kan bidra til tolkning av regelverk, utvikling av felles løsninger eller ved å tydeliggjøre hvilke handlingsrom som faktisk finnes innenfor gjeldende rammer.

Rekrutterings- og samhandlingstilskuddet bør videreføres og videreutvikles og det er relevant å se dette i sammenheng med andre tilskuddsordninger – som Helsetekonologiordningen. Enkelte tilskudd må kunne utløses gjennom nasjonale avklaringer, og relevante "sovende" ordninger bør reaktiveres. Helsedirektoratet vil kan ta en sentral rolle i tilskuddsforvaltningen og sørge for nasjonale prioriteringer og erfaringsoverføring.

Helsedirektoratet understreker samtidig at effektiv samhandling forutsetter fortsatt eierskap og ansvar hos kommuner og helseforetak, og at direktoratet ikke kan eller skal overta myndighet som ligger til partene.

5.3 Samlet vurdering av utviklingspotensialet

Samlet vurderer Helsedirektoratet at helsefellesskapene kan ha et utviklingspotensial frem mot 2040, særlig som arena for:

- Prioritering og utvikling av pasientforløp for grupper med sammensatte behov
- Felles planlegging og bedre utnyttelse av samlet kompetanse og kapasitet
- Implementering og skalering av nasjonale samhandlingstiltak
- Identifisering av barrierer for samarbeid som må løftes nasjonalt.

Samtidig vil direktoratet påpekte at helsefellesskapenes utviklingspotensiale avhenger av aktørenes vilje og evne til å bruke denne samhandlingsarenaen på en aktiv måte.

Helsefelleskapene i sin nåværende funksjon kan derfor ikke være det eneste virkemiddelet for å løse fremtidens samhandlingsutfordringer. For enkelte problemstillinger og pasientgrupper vil det være behov for bredere grep, herunder tydeligere nasjonale virkemidler og eventuelle strukturelle reformer som ligger utenfor helsefellesskapenes mandat.

Denne rapporten gir derfor, etter Helsedirektoratets vurdering, et grunnlag for videre diskusjon om hvordan helsefellesskapene best kan inngå som en del av et helhetlig virkemiddelbilde for en mer sammenhengende og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste.