


Leif E. Moland, Åge A. Tiltnes og Anne Merete Bjørnerud

Helsefellesskapenes rekrutterings- og samhandlingstilskudd

Fordelings- og styringsutfordringer i samarbeidet mellom kommuner og helseforetak





Helsefellesskapenes rekrutterings- og samhandlingstilskudd

Denne rapporten beskriver de 19 helsefellesskapenes forvaltning av rekrutterings- og samhandlingstilskuddet. Ved hjelp av intervjuer med 87 representanter for kommuner og helseforetak, en spørreundersøkelse og dokumentanalyser svarer vi på følgende spørsmål:

1. Hvordan er rekrutterings- og samhandlingsmidlene blitt fordelt?
2. Hvilke styrings- og beslutningsprosesser ligger til grunn for tildeling av midlene?
3. Hvordan har arbeidet med fordeling av midler påvirket samhandlingen mellom sykehus og kommuner?
4. Hvordan bør styrings- og beslutningsprosesser se ut for å forsterke samarbeidet om tjenesteutvikling og gode pasientforløp?

Innhold

Forord	2
Sammendrag	3
Summary	5
1 Introduksjon	7
1.1 Utfordringene	7
1.2 Helsefelleskapene	8
1.3 Rekrutterings- og samhandlingstilskuddet	9
1.4 Evalueringens formål	10
2 Metode og gjennomføring	11
2.1 Dokumentanalyse	11
2.2 Kvalitative intervjuer	12
2.3 Spørreundersøkelse	13
2.4 Metodevurderinger og kvalitetssikring	15
3 Introduksjon til helsefelleskapene	17
3.1 Organisering av helsefelleskapene	18
4 Kommuners initiativ og prosjektdeltakelse	27
4.1 Kjennskap til RS-tilskuddet	27
4.2 Prosjektsøknader	30
4.3 Deltakelse i RS-prosjekter	38
4.4 De som ikke deltar	42
4.5 Ressurskrevende RS-deltakelse	43
5 Prosjektinnhold	47
5.1 Tematisk innretning	47
5.2 Målgrupper	54
5.3 Finansiering	60
5.4 Relevans og nyttebetraktninger	69
6 Tildelingsprosesser	77
6.1 Helse Nord	77
6.2 Helse Midt-Norge	82
6.3 Helse Vest	85
6.4 Helse Sør-Øst	89
6.5 Oppsummering	97
7 Andre forhold ved tilskuddsordningen	101
7.1 Tillit	101
7.2 Likeverdighet	103
8 Oppsummering	115
Kort oppsummering av hovedfunn	115
Litteratur	122
Tabellvedlegg	124

Forord

Rekrutterings- og samhandlingstilskuddet er en finansieringsordning som ble innført i 2024 gjennom Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027. Tilskuddet skal gjøre det enklere for kommuner og sykehus å samarbeide om gode og sammenhengende pasientforløp med utgangspunkt i lokale behov og vurderinger.

Denne rapporten evaluerer hvordan de 19 helsefellesskapene fordeler rekrutterings- og samhandlingsmidlene. Evalueringen kartlegger og vurderer beslutningsprosesser, samarbeid og fordeling av midler mellom helseforetak og kommuner. Et underliggende spørsmål er om beslutningsprosessene er likeverdige, det vil si om kommunene opplever reell innflytelse på tildelingen av rekrutterings- og samhandlingstilskuddet.

Prosjektet er gjennomført i samarbeid mellom Fafo og KS konsulent. Leif E. Moland (Fafo), Åge A. Tiltnes (Fafo) og Anne Merete Bjørnerud (KS-konsulent) har gjennomført intervjuer, en spørreundersøkelse og analysert skriftlige kilder.

Prosjektet er initiert og finansiert av KS. Takk til Madli Indseth og Elin Wetås Jara fra KS for godt samarbeid underveis.

Vi retter en stor takk til alle ledere og ansatte i kommuner og helseforetak som har stilt opp i intervjuer om helsefellesskapenes virksomhet, og til kommuner som har gitt fyl-dige svar i spørreundersøkelsen.

Takk også til Roy A. Nielsen for faglig kvalitetssikring og til Sofie Steensnæs Engedal og Hanna Hatløy Øvereng for språkvask og formatering av teksten.

Oslo, april 2026

Leif E. Moland (prosjektleder)

Åge A. Tiltnes

Anne Merete Bjørnerud

Sammendrag

Denne rapporten viser hvordan rekrutterings- og samhandlingstilskuddet (RS-tilskuddet) forvaltes i helsefellesskapene, og hvilken betydning ordningen har for samhandling, styring og likeverdighet mellom kommuner og helseforetak. Rapporten bygger på data fra kvalitative intervjuer med 87 informanter fra kommuner og helseforetak, en spørreundersøkelse til landets kommuner og dokumentanalyser.

Fordeling av RS-tilskuddet

- **Mange RS-prosjekter** har fått tildelt midler, langt flere enn de 166 som er omtalt i rapporten. Prosjektene inneholder i hovedsak i tråd med nasjonale kriterier og retter seg mot prioriterte pasientgrupper. Knappt ti prosent av prosjektene har som hovedmål å gjennomføre rekrutteringsfremmende tiltak.
- Det er stor variasjon i størrelsen på RS-prosjektene. I nord er prosjektene gjennomgående størst, mens de i Sogn og Fjordane, Telemark og Agder ofte er minst. Det er en tendens til at flere helsefellesskap ønsker **færre, men større prosjekter**. Blant kommunene er det særlig de litt større som tar til orde for en slik utvikling.

Tilskuddets bidrag til samhandlingen

- RS-tilskuddet har bidratt til å utvikle helsefellesskapene som samhandlingsarenaer, til å **styrke den lokale samhandlingen** mellom kommuner og helseforetak, og til å utvikle en sterkere **samhandlingskultur**.
- RS-prosjekter skal gi gevinster til begge parter og helst til **mer enn én kommune**. Helseforetak og store kommuner har størst ressurser og kan utvikle løsninger som kommer et flertall av kommunene til gode. Mindre kommuner er ofte bekymret med at større kommuner tar føringen.
- Prosjekter fører ofte til at flere tjenester utføres i kommunene. Dette kan i utgangspunktet være positivt både for kommunene og pasientene. Mange kommuner uttrykker likevel at samarbeidsrelasjonen med helseforetakene **ikke er likeverdig**, fordi helseforetakene får for stort gjennomslag i utformingen av prosjektene.
- Kommunene kritiserer også enkelte prosjekter for ikke å innebære reell samhandling. Dette gjelder særlig prosjekter som resulterer i såkalt **oppgaveforskyvning**, der kommunene overtar ansvar for tjenester som helseforetakene avvikler.

Styrings- og beslutningsprosesser

- Helsefellesskapene opererer med **to hovedmodeller** for utvikling av RS-prosjekter. De fleste har en åpen, søknadsbasert ordning der helseforetak og kommuner formulerer prosjektinnholdet. Andre har en ordning der prosjektbeskrivelsene er formulert av et internt utvalg i helsefellesskapet, hvorpå lokale aktører inviteres til å delta. I begge modellene vil strategisk samarbeidsutvalg som oftest fatte tildelingsvedtak. Det finnes også andre varianter der andre administrative eller politiske utvalg fatter tildelingsvedtakene. Nord RHF har en særegen ordning der en del av RS-midlene til prosjekter i hele regionen styres fra Sentralt tildelingsutvalg. Dette er begrunnet i regionale strategier som har liten støtte blant lokale aktører.

- På tvers av modellene ser det ut til at helseforetak og større kommuner har mer innflytelse på bruken av RS-midlene enn små kommuner. Samtidig som mange kommuner er kritiske til deler av måten RS-tilskuddet forvaltes på, oppgir de fleste å ha **stor tillit til RS-ordningen** slik den praktiseres i eget helsefelleskap. De oppgir også at samhandlingsprosjektene er nyttige.

Videreføring

Rekrutterings- og samhandlingstilskuddet har på kort tid blitt et sentralt styrings- og utviklingsverktøy i helsefelleskapene. Midlene har bidratt til både strukturendringer, konkret utviklingsarbeid og styrking av samhandlingskulturen. Forvaltningen av RS-tilskuddet er i kontinuerlig utvikling og enkelte forhold som er beskrevet i rapporten er allerede i ferd med å endres. Momenter å ta med seg i videreutviklingen kan være å

- styrke helsefelleskapene som institusjon og redusere de store aktørenes dominans
- styrke mindre kommuners kapasitet til å delta i prosjektutforming
- videreutvikle et felles kunnskapsgrunnlag
- sikre felles gevinster og langsiktig bærekraft i kommunene, og minimere tilfeller av oppgaveforskyvning fra helseforetak til kommunene uten at det følger (økte) ressurser med
- bygge på det beste fra de to hovedmodellene ved at helsefelleskapene kan dele RS-tilskuddet i to pottes – én til åpne søknadsbaserte prosjekter og én til prosjekter utviklet av utvalg i helsefelleskapet. I begge tilfeller bør tildelingene fattes helsefelleskapenes organer.

Summary

This report examines how the Recruitment and Collaboration Grant (Norwegian: *rekrutterings- og samhandlingstilskudd*; RS grant) is administered within the health communities (Norwegian: *helsefellesskap*; a formal collaboration structure between municipalities and health trusts) and the significance of the scheme for inter-organisational collaboration, governance, and equity between municipalities and health trusts. This report draws on qualitative interviews with 87 informants from municipalities and health trusts, a nationwide survey of municipalities, and document analysis.

Allocation of the RS grant

- A large number of RS projects have been awarded funding, far more than those analysed in this report. Project content generally aligns with national criteria and prioritised patient groups, but fewer than 10 per cent of projects primarily target recruitment.
- There is a substantial variation in the size of RS projects. For example, projects are generally large in the North, whereas they are often small in Sogn og Fjordane, Telemark, and Agder. There is a widespread preference for fewer, larger projects, particularly among larger municipalities.

The grant's contribution to collaborative working

- The RS grant has strengthened health communities as arenas for collaboration and improved joint working between municipalities and health trusts.
- RS projects are intended to generate benefits for both parties, health trusts and municipalities—and ideally for more than one municipality. Health trusts and larger municipalities have the greatest resources and can develop solutions that benefit most of them. Smaller municipalities are often comfortable with larger municipalities leading.
- Projects often result in more services being implemented within municipalities. In principle, this can be positive for both municipalities and patients. Nevertheless, many municipalities state that their relationship with health trusts is not equitable because health trusts have too much influence over project design.
- Municipalities also criticise some projects for not constituting genuine collaboration. This applies particularly to projects that result in so-called task shifting, whereby municipalities assume responsibility for services that health trusts discontinue.

Governance and decision-making processes

- Health communities operate using two main models for developing RS projects. Most have an open, application-based scheme, while others develop projects within the health community's governance structure without an open call. In most cases, allocation decisions are made by the Strategic Collaborative Board. In some health communities, this is performed by other administrative or political bodies.

- Across both models, health trusts and larger municipalities tend to have greater influence on the use of RS funds than smaller municipalities. Despite criticism, most municipalities report high trust in the scheme and view collaborative projects as useful.

The way forward

In a short period, the RS grant has become a key governance and development instrument within health communities. It has contributed to structural change, concrete development work, and strengthening the culture of collaborative work. This development can be extended in the following ways:

- Strengthen the health communities as institutions and reduce the dominance of larger actors
- Strengthen smaller municipalities' capacity to participate in project design
- Further develop a shared knowledge base
- Ensure shared benefits and long-term sustainability in municipalities, and minimise instances of task shifting from health trusts to municipalities without corresponding (increased) resources. Building on the strongest elements of the two main models, health communities can split the RS grant into two funding streams: one for open, application-based projects and one for projects developed within the health community's governance structure. In both cases, the allocation decision should be made by the Strategic Collaborative Board.

1 Introduksjon

Oppbygging av rapporten

Første del av rapporten består av tre kapitler, som introduserer evalueringens bakgrunn og hensikt, gjennomføringen av evalueringen og evalueringens objekt, helsefelles-skapene og rekrutterings- og samhandlingstilskuddet.

I kapittel 1 introduseres kommunenes og helseforetakenes tjenesteutfordringer, helsefelleskapenes rolle og rekrutterings- og samhandlingstilskuddet som et bidrag til å styrke partenes samarbeid om å levere felles tjenester.

I kapittel 2 presenteres datamaterialet som er benyttet for å svare ut evalueringens problemstillinger. Dette består av en systematisk dokumentgjennomgang, 51 kvalitative intervjuer med til sammen 87 informanter og en spørreundersøkelse som ble besvart av 135 kommuner.

Kapittel 3 presenterer de 19 helsefelleskapene og gir en kortfattet beskrivelse av hvordan de er organisert.

Andre del av rapporten består av fire kapitler som gjennomgår de empiriske funnene. Kapittel 4 starter med en beskrivelse av kommunenes kjennskap til RS-tilskuddet. Deretter følger en gjennomgang av partenes varierende deltakelse i utformingen av RS-prosjektene.

Kapittel 5 gir en ganske omfattende gjennomgang av prosjektene som har mottatt rekrutterings- og samhandlingstilskudd. Det starter med prosjektenes tematiske innretning og prioritering av brukergrupper. Deretter følger en beskrivelse av hvordan tilskuddene fordeles, og hvordan prosjektene finansieres. Her framkommer også synspunkter på prosjektstørrelsen og usikkerhet om finansieringen. Kapitlet avsluttes med synspunkter på prosjektenes relevans og nytte.

Kapittel 6 beskriver sterke og svake sider ved involverings- og beslutningsprosessene som leder til fordelingen av RS-tilskuddet.

Kapittel 7 avslutter presentasjonen av empirien. Her spør vi om aktørenes tillit til hvordan RS-tilskuddet forvaltes, kommunenes opplevelser av å være en likeverdighetspartner, og hvordan en god balanse kan skapes.

Tredje del av rapporten består av et oppsummerende kapittel

Kapittel 8 oppsummerer og drøfter hovedfunnene i lys av problemstillingene og det informantene har framhevet som viktig. Kapitlet avsluttes med noen innspill til veien videre.

1.1 Utfordringene

Rekrutterings- og samhandlingstilskuddet (RS-tilskuddet) kommer i en tid med knapphet på helsepersonell. Økt samhandling skal både styrke kvaliteten i helsetjenestene og gi bedre ressursutnyttelse. Det er også et mål at rekrutteringsutfordringene kan møtes

dels gjennom et dempet rekrutteringsbehov og dels ved at det skapes attraktive arbeidsplasser. Dette skal i sum gjøre det mulig å videreføre utviklingen av et forsterket lokalt tjenestetilbud.

Befolknings- og sysselsettingsframskrivninger har lenge varslet en kommende etterspørselsbølge etter helse- og omsorgstjenester som følge av en aldrende befolkning, økt sykdomsforekomst også blant yngre, og medisinske fremskritt (Meld. St. 31 (2023–2024)). Samtidig hemmer mangel på helsepersonell og uhensiktsmessige bemanningsplaner en bærekraftig drift. Omtrent 20 prosent av lønnsmidlene går til vikarer, ekstra-hjelper og overtid. Sammen med små stillinger bidrar dette til ustabile arbeidsmiljøer og svekket tjenestekvalitet (Moland mfl., 2023; Ingstad, 2024, Moland mfl. 2025).

For å dekke behovet for helsepersonell, gitt dagens tjenesteorganisering, er det behov for mellom 14 000 og 123 000 nye helse- og sosialarbeidsstillinger innen 2040 (Hjemås mfl., 2019; Holmøy mfl., 2023; NOU 2023: 4). I tillegg kommer stillinger som skal fylles etter personell som slutter.

Myndighetene har fulgt opp utviklingen ved å øke utdanningskapasiteten, og det ansettes derfor stadig flere i helse- og omsorgssektoren (Helsedirektoratet, 2025; Nielsen & Moland, 2025). Samtidig konkurrerer sektoren om studenter og arbeidskraft med andre sektorer. Det er derfor usikkert om merbehovet for helsepersonell kan dekkes gjennom fortsatt vekst i utdanningskapasiteten alene. En av konklusjonene fra Helsepersonellkommisjonen er at færre tjenesteytere må jobbe mer effektivt og i større stillinger, og at de må levere tjenester til flere tjenestemottakere (NOU 2023: 4).

Skal man lykkes, forutsetter det en mer effektiv bruk av personalressursene, blant annet ved ta i bruk mer realistiske og robuste bemanningsplaner, faste ansatte i store stillinger og ny fordeling av oppgaver mellom yrkesgrupper og tjenestesteder/tjenestenivåer. Dette fordrer personalplanlegging som overskrider etablerte yrkes- og avdelingsgrenser, noe som igjen må tuftes på tettere samarbeid mellom avdelingsledere internt i den enkelte kommune eller helseforetak, og i økende grad også mellom enheter i hele tjenestekjeden.

1.2 Helsefelleskapene

I perioden 2020–2023 ble det etablert 19 helsefelleskap¹ med mål om at kommuner og sykehus skal samhandle som likeverdige partnere for å utvikle bedre og mer sammenhengende tjenester til sårbare pasientgrupper med store og sammensatte behov (Meld. St. 7 (2019–2020)). Blant disse skal barn og unge, personer med flere kroniske tilstander, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer samt eldre med skrøpeligheit prioriteres. I den siste helse- og samhandlingsplanen blir kvinner gjennom svangerskap, fødsel og barseltid trukket fram som en femte gruppe som er avhengig av godt samarbeid om kompetanse og personell på tvers av kommuner og sykehus (Meld. St. 9 (2023–2024)).

¹ Det er fire helsefelleskap i Helse Nord, tre i Helse Midt-Norge, fire i Helse Vest og åtte i Helse Sør-Øst. Disse presenteres nærmere i kapittel 3.

I 2024 inngikk regjeringen og KS en avtale om å videreutvikle arbeidet for bedre samhandling (Helse- og omsorgsdepartementet & KS, 2024). I avtalen beskrives tilgang på personell med rett kompetanse som den største utfordringen i møte med et økende tjenestebehov. Kommunene og helseforetakene ble oppfordret til å samarbeide tettere om bruken av den samlede kompetansen.

I utlysningsteksten fra KS og i NOU 2023: 8 stilles det spørsmål ved om kommunene deltar som likeverdige partnere i helsefellesskapene og i forvaltningen av den nye tilskuddsordningen for rekruttering og samhandling. Helsedirektoratet (2023) peker på at kommuner og helseforetak ofte har ulike roller, forutsetninger og utfordringer, noe som kan hindre likeverdig samarbeid i helsefellesskapene. I 2021 søkte 14 av 19 helsefellesskap om tilskudd til en sekretariatsfunksjon for kommunene. I mange tilfeller var sekretariatet delvis egenfinansiert. Erfaringer viste at sekretariatene hadde styrket saksbehandling og samarbeid og bidratt til økt likeverdighet og felles forståelse. Kommunene og helseforetakene har fortsatt behov for bedre innsikt i hverandres tjenester og utfordringer. Flere framhever sekretariatsfunksjonen som et viktig virkemiddel for å styrke kommunenes rolle og påvirkning i helsefellesskapene. Sykehusutvalget NOU 2023: 8 foreslår at samhandlingsbudsjetter bør erstatte dagens frivillige tilskuddsordninger. Slike budsjetter skal være forpliktende og sikre varig finansiering av tiltak som gir gode pasientforløp. Midlene skal kun utløses når kommuner og helseforetak i fellesskap identifiserer og prioriterer samarbeidsområder. Helsefellesskapene pekes ut som den naturlige arenaen for dette arbeidet.

1.3 Rekrutterings- og samhandlingstilskuddet

Rekrutterings- og samhandlingsmidlene er en finansieringsordning som ble innført i 2024 i forbindelse med Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027. Bakgrunnen var en erkjennelse av at «for mange pasienter og brukere opplever at de ulike delene av helse- og omsorgstjenestene ikke henger godt nok sammen, [og at] det må bli enklere for kommuner og sykehus å samarbeide om gode, sammenhengende pasientforløp med utgangspunkt i lokale behov og vurderinger». Planen pekte også på at finansieringen av helse- og omsorgstjenestene har vært en barriere for å videreutvikle samarbeidet mellom kommunene og helseforetakene: «Ofte fordeler kostnadene seg på et nivå i tjenesten, mens gevinsten viser seg på et annet nivå i tjenesten.»

Hovedformålet med midlene er å understøtte et mer forpliktende samarbeid mellom kommuner og helseforetak i helsefellesskapene gjennom å:

- forsterke samarbeidet om tjenesteutvikling og pasientforløp
- bidra til et desentralisert helsetilbud med god kvalitet og riktig arbeidsdeling
- fremme likeverdig partnerskap mellom kommuner og helseforetak.

Bruken av rekrutterings- og samhandlingstilskudd er beskrevet i [Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027](#) og ytterligere presisert i vedlegg til [Oppdragsdokument 2024 – Tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 104 S \(2023–2024\)](#).

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) bevilget 280 millioner kroner i 2024 og 286 millioner kroner i 2025. Da RS-ordningen ble opprettet, hadde ikke kommunene og helseforetakene en organisering som raskt kunne ta midlene i bruk. De hadde heller ikke

utviklet kriterier for fordeling av midlene. I startfasen var det derfor en viss avholdenhet med å sette i gang prosjekter. Helseregioner og helsefellesskap har valgt ulike løsninger for å tildele RS-tilskudd, og disse er fortsatt under utvikling. Her er utdrag fra et svar helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre ga til Stortinget 31. mars 2025 på skriftlig spørsmål nr. 1687 om i hvilken grad RS-midlene er tatt i bruk:

Før midlene har kunnet tas i bruk har kommuner og helseforetak først måttet etablere søknadsbaserte ordninger, kriterier og fordelingsmodeller for å bli enige om hva midlene skal brukes til. Mange helsefellesskap har brukt høsten 2024 på dette. Noen prosjekter krever rekruttering av personell, som kan være tidkrevende. Flere helsefellesskap har valgt å satse på større prosjekter fremfor mange små tiltak, noe som har krevd mer tid til planlegging. Flere helsefellesskap har nå ferdige modeller for tildeling, slik at bruken av midlene kan komme raskere i gang i 2025.

1.4 Evalueringens formål

Rapporten evaluerer hvordan de 19 helsefellesskapene fordeler rekrutterings- og samhandlingsmidlene. Evalueringen kartlegger og vurderer beslutningsprosesser, samarbeid og fordeling av midler mellom helseforetak og kommuner.

KS har formulert en rekke spørsmål som evalueringen skal svare ut. Disse er delt inn i følgende fire hovedgrupper:

1. Hvordan er rekrutterings- og samhandlingsmidlene blitt fordelt?
2. Hvilke styrings- og beslutningsprosesser ligger til grunn for tildeling av midlene?
3. Hvordan har arbeidet med fordeling av midler påvirket samhandlingen mellom sykehus og kommuner?
4. Hvordan bør styrings- og beslutningsprosesser se ut for å forsterke samarbeidet om tjenesteutvikling og gode pasientforløp?

Et underliggende spørsmål er om beslutningsprosessene er likeverdige, det vil si om kommunene opplever reell innflytelse på tildelingen av rekrutterings- og samhandlings-tilskuddet. Begrepet likeverd gir konnotasjoner til likhet, likestilling, jevnbyrdighet, like muligheter til deltakelse og fravær av diskriminering. I avtalen fra 2024 mellom regjeringen og KS om videreutvikling av helsefellesskapene heter det at helseforetakene og kommunene skal ha «likeverdig ansvar for prioritering og styring av helsefellesskapets innsatsområder» og «den praktiske organiseringen av arbeidet». I hvilken grad helseforetakene og kommunene er eller oppfatter seg å være likestilte eller jevnbyrdige med hensyn til tildeling av rekrutterings- og samhandlingsmidlene, er spørsmål som behandles i rapporten.

Mandatet for oppdraget er ikke å beskrive helsefellesskapene generelt eller deres organisering. Vi omtaler først og fremst den delen av organiseringen som påvirker forvaltningen av rekrutterings- og samhandlingstilskuddet. Vi omtaler også hvordan forvaltningen påvirker aktørenes oppfatninger omkring likeverd. Rapporten skal bidra med et kunnskapsgrunnlag for videreutvikling av tilskuddsordningen og identifisere modeller som fremmer likeverdig samarbeid mellom kommuner og helseforetak.

2 Metode og gjennomføring

For å besvare problemstillingene er det benyttet tre datakilder. For det første har vi gjennomgått dokumenter fra helsefellesskapenes nettsider som inkluderer strategier og handlingsplaner, dokumentasjon på helsefellesskapets organisering, samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner og ulike dokumenter som beskriver håndtering av rekrutterings- og samhandlingstilskuddet, inkludert referater knyttet til behandling av prosjektsøknader og beslutningsvedtak. For det andre har vi intervjuet samarbeidsutvalgenes ledere og/eller sekretariatrepresentanter i alle helsefellesskap. De kjenner arbeidet med rekrutterings- og samhandlingstilskuddet svært godt. I tillegg har vi gjennomført samtaler med representanter for enkelte kommuner som sitter mindre sentralt plassert i dette arbeidet. For det tredje henvendte vi oss til alle landets kommuner med en spørreundersøkelse. Nedenfor beskriver vi hver av disse datakildene nærmere.

2.1 Dokumentanalyse

Rapporten bygger på en systematisk dokumentgjennomgang. Formålet med dokumentanalysen er å gi kontekst til de lokale prosessene og å sikre en presis beskrivelse av hvordan rekrutterings- og samhandlingsmidlene forvaltes i de ulike helsefellesskapene.

Dokumentmaterialet består av styrings- og prosessdokumenter fra helsefellesskapene og helseforetakene. Dette omfatter blant annet referater og saksgrunnlag fra strategiske samarbeidsutvalg (SSU), mandater og beskrivelser av samarbeidsstrukturene, lokale kriterier og utlysninger knyttet til tilskuddsordningen samt interne oppsummeringer og notater fra helsefellesskapene. I tillegg har vi gjennomgått enkelte nasjonale styringsdokumenter og føringer for helsefellesskapene og tilskuddsordningen for å forstå den institusjonelle rammen helsefellesskapene opererer innenfor.

Dokumentene er analysert som en form for kvalitativ innholdsanalyse. I første omgang ble materialet brukt til å kartlegge organiseringen av helsefellesskapene og hvilke organer som inngår i beslutnings- og samhandlingsstrukturen (for eksempel SSU, faglige samarbeidsutvalg, arbeidsutvalg og sekretariat). Deretter ble dokumentene gjennomgått for å identifisere hvordan prosessen rundt bruk av rekrutterings- og samhandlingsmidlene er beskrevet: hvem som kan ta initiativ til tiltak, hvordan forslag vurderes, hvilke organer som gir innstilling, og hvor de formelle beslutningene tas. Dokumentanalysen ble dermed brukt både til å beskrive de formelle prosessene og til å sammenholde disse med informantenes beskrivelser i intervjuene.

Analysen har vært iterativ. Foreløpige beskrivelser av prosesser og modeller ble utviklet på bakgrunn av intervjumaterialet og deretter kontrollert og supplert gjennom dokumentene. På denne måten har dokumentanalysen bidratt til triangulering, ved at opplysninger fra intervjuer, dokumenter og spørreundersøkelsen kunne sammenholdes og nyanseres. Dette gir en mer robust framstilling av likheter og forskjeller i hvordan tilskuddsordningen praktiseres i de ulike helsefellesskapene.

I tillegg har vi benyttet skriftlige kilder til å beskrive RS-prosjektene innhold, størrelse og finansiering (se kapittel 4). Dette bygger på de regionale helseforetakenes

innrapporteringer til HOD og informasjon publisert på helsefellesskapenes nettsider. Vi har brukt opplysninger om i alt 166 rekrutterings- og samhandlingsprosjekter. Av disse var 130 prosjekter oppført i halvårsrapporteringen til H-dir/HOD per 15. mars 2025, mens 36 prosjekter ble lagt til etter gjennomgang av dokumenter i helsefellesskapene. Vi fant noe inkonsistens i rapporteringene, og det kan også ha forekommet tildelinger vi ikke fanget opp, særlig der dokumentasjonen på helsefellesskapenes nettsider var mangelfull. Etter at vi satte strek, har flere helsefellesskap foretatt nye tildelinger senhøsten 2025 og vinteren 2026.

Prosjektinformasjonen er i noen tilfeller også blitt mer tilgjengelig og oppdatert. Helsefellesskapet i bergensområdet publiserer for eksempel relativt omfattende informasjon om hvert prosjekt, som tittel, prosjektbeskrivelse, deltakere og kontakt-person. «Løype-meldinger», det vil si statusoppdateringer for prosjektene, per oktober 2025, er også tilgjengelige.

2.2 Kvalitative intervjuer

Intervjuene ble gjennomført fra oktober 2025 til februar 2026. De utgjør en sentral del av datagrunnlaget og har hatt som formål å få fram hvordan RS-midlene forvaltes og praktiseres i helsefellesskapene. Det er gjennomført kvalitative, semistrukturerte intervjuer med representanter for både kommuner og helseforetak samt personer med samhandlingsansvar eller sentrale roller i styringsstrukturen i helsefellesskapene.

Intervjuene ble gjennomført digitalt. Det ble benyttet en intervjuguide med åpne spørsmål om organiseringen av helsefellesskapet, prosessene knyttet til prioritering og bruk av rekrutterings- og samhandlingsmidlene samt erfaringer med samarbeid mellom kommuner og helseforetak. Intervjuguiden fungerte som et strukturverktøy, men intervjuene hadde samtidig en fleksibel form der informantene kunne utdype erfaringer og beskrive lokale prosesser mer inngående. Intervjuene ble dokumentert gjennom notater og digitale opptak. Intervjumaterialet er oppbevart i anonymisert form og vil bli slettet senest 15. april 2027.

Antall informanter og intervjuer

Totalt har vi gjennomført 51 intervjuer med til sammen 87 informanter (tabell 1). Informantene fordeler seg med 53 og 34 fra henholdsvis kommune- og sykehussiden. Vi har intervjuet 24 kommunale samhandlingskoordinatorer og 17 samhandlingsledere fra sykehusene.² Disse 41 representerer sekretariatene i de 19 helsefellesskapene.³ Tilsvarende er 23 ledere og nestledere for de 19 strategiske samarbeidsutvalgene intervjuet. Av dem er 13 fra kommunene og 10 fra sykehus. I tillegg er det intervjuet 16 ledere og rådgivere fra kommuner som ikke er representert i samarbeidsutvalgene, og sju ledere og rådgivere i andre posisjoner i helseforetakene. Flere av informantene som på

² De fleste helsefellesskapene har en person som koordinerer og samordner kommunenes samhandlingsvirksomhet. Vedkommende har både en administrativ, tilretteleggende og utviklingsfremmende rolle. Stillingen har noe forskjellige benevnelser i de ulike helsefellesskapene. For enkelthets skyld bruker vi «samhandlingskoordinator» om alle. I helseforetakene har tilsvarende rolle også flere titler. I rapporten benytter vi «samhandlingsledere».

³ Enkelte helsefellesskap har mer enn én samhandlingskoordinator. I noen av disse har vi intervjuet flere. Derfor blir summen av sekretariatinformanter høyere enn 38.

intervjutidspunktet representerte helseforetakene, hadde lang arbeidserfaring fra kommunesektoren og vice versa.

Tabell 1 Antall intervjuer og informanter fordelt på helseregioner

Informantens rolle	Nord	Midt	Vest	Sør-Øst	Sum
Kommune, samhandlingskoordinator	4	5	4	11	24
Kommune, leder/nestleder i SSU	4	2	2	5	13
Kommune, andre	2	2	6	6	16
HFT, samhandlingsleder	4	3	4	6	17
HFT, leder/nestleder i SSU	4	-	1	5	10
HFT, andre	2	-	1	4	7
Sum, antall informanter	20	12	18	37	87
Antall intervjuer	12	8	11	20	51

2.3 Spørreundersøkelse

Det ble gjennomført en digital spørreundersøkelse i januar–februar 2026. Undersøkelsen ble sendt etatssjef for helse og omsorg via postmottak i samtlige 357 kommuner. Oslos bydeler ble også invitert med. Det resulterer i totalt 371 mulige respondenter. Heretter omtales alle som kommuner.

Svarprofil

Vi har mottatt svar fra 145 kommuner og bydeler: 135 fullførte undersøkelsen og 10 takket nei til å delta. 58 åpnet undersøkelsen uten å svare og 168 åpnet ikke undersøkelsen (tabell 2). Det tok i gjennomsnitt i underkant av sju minutter å besvare spørreundersøkelsen. Ettersom noen av kommunene som takket nei til deltakelse, likevel besvarte noen spørsmål, vil enkelte spørsmål ha flere enn 135 svar.

Tabell 2 Oversikt over kommunenes respons på undersøkelsen

	Antall	Prosent
Åpnet ikke undersøkelsen	168	45,3
Åpnet undersøkelsen uten å svare	58	15,6
Åpnet undersøkelsen, takket nei, men svarte på noen spørsmål	10	2,7
Fullførte undersøkelsen	135	36,4
Kommuner totalt	371	100,0

Representativitet etter kommunestørrelse

I tabell 3 er alle norske kommuner fordelt etter størrelse basert på Statistisk sentralbyrås seksdelte gruppeinndeling.⁴ Antall og andel (prosent) er stilt opp i kolonne 2 og 3 fra venstre. Kolonne 4 og 5 viser tilsvarende fordeling blant de 135 kommunene som har besvart undersøkelsen. Oslos 15 bydeler inngår som enheter i gruppen med 50 000 innbyggere eller mer. En sammenlikning av tallene i kolonne 3 og 5 viser at de små kommunene, og særlig de aller minste, er underrepresentert. De tre kommunegruppene med færrest innbyggere utgjør 66 prosent av landets kommuner. I undersøkelsen utgjør de 59 prosent. Tilsvarende er de største kommunene noe overrepresentert. Dette framkommer også av kolonnen helt til høyre i tabellen, som viser at svarprosenten er lavest blant de aller minste kommunene (21,8 prosent) og høyest blant de aller største kommunene (55,9 prosent).

Tabell 3 Antall svar og svarprosent i undersøkelsen fordelt på kommuner gruppert etter innbyggertall i 2023

Antall innbyggere	Antall kommuner i Norge	Andel kommuner i Norge	Antall kommuner i survey	Andel kommuner i survey	Svarprosent for hver innbygger-gruppe
Under 2 000	78	21,1	17	12,6	21,8
2 000–4 999	96	25,9	32	23,7	33,3
5 000–9 999	71	19,2	28	20,7	39,4
10 000–19 999	46	12,4	23	17,0	50,0
20 000–49 999	45	12,2	16	11,9	35,6
50 000 eller flere	34	9,2	19	14,1	55,9
Total	370 ⁵	100,0	135	100,0	

Representativitet i de regionale helseforetakene

Tabell 4 viser antall og andel norske kommuner fordelt på regionalt helseforetak (RHF) og den samme fordelingen i surveyen. Den viser først og fremst at fordelingen av kommuner i hvert RHF gjenspeiles av sammensetningen i undersøkelsen. Svarprosenten er marginalt lavere i Helse Nord enn i de øvrige RHF-ene. Vedleggstabell 19 viser svarfordelingen fra hvert av helsefelleskapene.

⁴ I presentasjonen av funn har vi valgt å slå sammen de seks gruppene til tre grupper: små (< 5000 innbyggere), mellomstore (5000-19 999 innbyggere) og store kommuner (≥ 20 000 innbyggere).

⁵ I 2023 var Haram kommune en del av Ålesund kommune. Derfor opererer vi noen ganger med 356 kommuner og noen ganger med 357 kommuner. Siden Oslos bydeler teller som egne kommuner, blir antall kommuner enten 370 eller 371.

Tabell 4 Svarprosent blant helsefelleskapene per helseregion

RHF	Antall kommuner i Norge	Andel kommuner i Norge	Antall kommuner i survey	Andel kommuner i survey	Svarprosent for hvert RHF
Helse Sør-Øst	160	43,1	58	43,0	36,3
Helse Vest	66	17,8	26	19,3	39,4
Helse Midt-Norge	65	17,5	24	17,8	36,9
Helse Nord	80	21,6	27	20,0	33,8
Alle	371	100,0	135	100,0	36,4

2.4 Metodevurderinger og kvalitetssikring

Da vi startet evalueringsarbeidet, hadde flere av helsefelleskapene mangelfulle inter-nettsider. I noen tilfeller var oversikten over organiseringen av helsefelleskapet ufullstendig. I andre tilfeller manglet det informasjon om RS-tilskuddet (f.eks. tildelings-kriterier) og referater fra helsefelleskapets ulike organer, inkludert dokumentasjon av deres behandling av RS-tilskuddet. Blant forklaringer gitt i intervjuene var dels fravær av ressurser, dels at man utsatte slik informasjonsdeling i påvente av omorganiseringer, nye strategier og handlingsplaner eller nye tildelingskriterier. Som følge av pågående endringer i utformingene av helsefelleskapene er det vanskelig å gi en oversiktlig og konsistent beskrivelse. Kritikken rettet mot forhold i 2024 og deler av 2025 er kanskje ikke like dekkende våren 2026.

Intervjuene var usedvanlig informative og innholdsrike. De sentrale samhandlings-aktørene var engasjerte og delte betraktninger om både helsefelleskapets organisering og arbeidet med RS-tilskuddet. De fleste informantene var tett på problemstillingene og kunne være farget av konkrete samhandlingsutfordringer der og da eller av problemer det hadde vært krevende å komme forbi. Som så ofte skulle vi gjerne hatt en samtale nummer to med flere av informantene, og rapporten kunne tjent på samtaler med noen flere enkeltkommuner, men alt i alt er vi svært fornøyde med de kvalitative dataene.

Spørreundersøkelsen i kommunene dekker mange av de mest sentrale områdene i evalueringen, men materialet er lite. Dermed er muligheten til statistiske analyser begrenset. Undersøkelsen inneholder mange stier. Det vil si at enkelte spørsmål kun rettes til respondenter som for eksempel har svart ja på et tidligere spørsmål. Så stilles det andre spørsmål til de som har svart nei på det aktuelle referansespørsmålet. Dermed blir det som i utgangspunktet var et lite utvalg (135 kommuner), betydelig mindre på enkeltspørsmål. Bruken av bakgrunnsvariabler som kommunestørrelse og helsefelleskap gir ytterligere mindre utvalg. Dette begrenser mulighetene til å generalisere. Spørreundersøkelsen ble kun sendt til kommunene. Analysemulighetene begrenses noe av at helseforetakene ikke var inkludert.

Arbeidet med undersøkelsene og sluttrapporten har vært gjennom omfattende kvalitets- sikring. Rapportutkast er lest og kommentert av en faglig kvalitetssikrer fra Fafo. Innhol- det er videre kommentert av ansatte i KS og informanter fra helsefelleskapene.

3 Introduksjon til helsefellesskapene

Dette kapittelet gir først en overordnet beskrivelse av helsefellesskapenes tre-nivå-organisering med vekt på felles karaktertrekk. Deretter følger en gjennomgang av de 19 helsefellesskapene region for region, som vil vise noen nyanseforskjeller.

Det finnes i alt 19 helsefellesskap. Disse består i utgangspunktet av et helseforetak og kommunene som benytter tjenester fra de sykehusene som ligger under helseforetaket (tabell 5). I hvert av helseforetakenes nedslagsområde er det både store og små offentlige og private sykehus som ikke er nevnt i tabellen. Enkelte kommuner er med i to helsefellesskap og er dermed talt to ganger. Derfor blir summen av kommuner større enn 357. Fram til 1. januar 2026 deltok for eksempel fire kommuner i den såkalte Værnesregionen både i Nordre og Søndre Trøndelag helsefellesskap, fordi de hadde samarbeidsavtaler med både Helse Nord-Trøndelag og St. Olavs hospital. I andre tilfeller er en kommune med i et helsefellesskap utenfor den regionen kommunen rent geografisk tilhører. For eksempel ligger Bindal i Nordland, men tilhører Nordre Trøndelag helsefellesskap, og Akershus-kommunen Vestby tilhører Østfold helsefellesskap. Det fører til at noen helsefellesskap har færre kommuner enn den regionale inndelingen skulle tilsi.

Tabell 5 Oversikt over helsefellesskapene

RHF	Helseforetak	Kommuner	Helsefellesskap
Helse Nord	Helgelandssykehuset HFT	17	Helgeland
	Nordlandssykehuset HFT	20	Lofoten, Vesterålen og Salten
	Finnmarkssykehuset HFT	18	Finnmark
	Universitetssykehuset Nord-Norge HFT	24	Troms og Ofoten
Helse Midt-Norge	St. Olavs hospital HFT	22	Søndre Trøndelag
	Helse Nord-Trøndelag HFT	20	Nordre Trøndelag
	Helse Møre og Romsdal HFT	27	Møre og Romsdal
Helse Vest	Helse Bergen HFT	18	Bergens-området
	Helse Fonna HFT	16	Helse Fonna
	Helse Stavanger HFT	15	Sør-Rogaland
	Helse Førde HFT	17	Sogn og Fjordane
Helse Sør-Øst	Oslo universitetssykehus HFT	15	Oslo og bydelene
	Akershus universitetssykehus HFT	22	Ahus og kommunene
	Sørlandet sykehus HFT	25	Agder
	Sykehuset Telemark HFT	17	Telemark
	Vestre Viken HFT	22	Vest-Viken
	Sykehuset i Vestfold HFT	6	Vestfold
	Sykehuset Østfold HFT	12	Østfold
Sykehuset Innlandet HFT	42	Innlandet	

3.1 Organisering av helsefelleskapene

Helsefelleskapene er en samhandlingsarena organisert med samtlige helseforetak og kommuner som deltakere. Foruten kommuner og helseforetak er det et ønske at fastleger/kommuneoverleger også er representert, men det er ikke et krav i avtalen mellom regjeringen og KS. Brukere skal være representert på alle nivåer. Organisasjonsstrukturen varierer litt mellom helsefelleskapene, men de har noen felles hovedtrekk. Blant annet består strukturen av tre nivåer, der de fleste helsefelleskap har organer med følgende benevnelser:

1. Partnerskapsmøte
2. Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
3. Faglige samarbeidsutvalg (FSU) og andre utvalg

Detaljer for hvert helsefelleskap følger nedenfor.

Nivå 1 kjennetegnes ved at ledelsen i samtlige kommuner er representert. I de fleste helsefelleskap er politisk og administrativ ledelse samlet samtidig. Det vil si at det vi benevner som nivå 1a og 1b nedenfor, er felles. I andre helsefelleskap er disse adskilt.

Nivå 1a: Dialogmøtet er det mest overordnede organet. Det består av kommunenes politiske ledelse og helseforetakenes styreledere. Administrativ ledelse har møterett, men ikke stemmerett. Her diskuteres overordnede mål og prioriteringer. Uformelle føringer for helsefelleskapet legges.

Nivå 1b: Partnerskapsmøtet er også et overordnet organ. Her møter administrativ ledelse i kommunene og helseforetakene. Organet gir strategiske føringer for samarbeid og tjenesteutvikling i overgangene mellom kommuner og sykehus. Partnerskapsmøtet er oppdragsgiver til strategisk samarbeidsutvalg.

De fleste helsefelleskapene har altså slått sammen de to øverste nivåene til ett, og de kaller dette gjerne for partnerskapsmøtet.

Nivå 2: Strategisk samarbeidsutvalg (SSU) består av administrative og faglige ledere fra et utvalg kommuner⁶ i hvert helsefelleskap og tilsvarende fra helseforetakene. Leder og nestleder for utvalget veksler hvert annet år mellom de to partene. SSU kan også ha andre medlemmer. Blant annet har legene og brukerrepresentanter ofte en plass, men det varierer om de er fullverdige medlemmer eller kun har observatørstatus. SSU utgjør den operative ledelsen av helsefelleskapene. Beslutninger om fordeling av rekrutterings- og samhandlingsmidlene foretas ofte her.

Nivå 3: I helsefelleskapene finner vi også ett eller flere faglige samarbeidsutvalg (FSU-er) der mange av de samme aktørene som har plass i SSU er representert. Kommuner og helseforetak har gjerne like mange representanter i disse. FSU er tettere på tjenestene og behandler operasjonelle og faglige saker. Medlemmer kan være kommunalsjefer og kliniksjefer, men er oftere fagpersoner, avdelingsledere, representanter for fastleger og leger i helseforetak (HFT) og ledere av brukerutvalg. Noen fellesskap har lokale

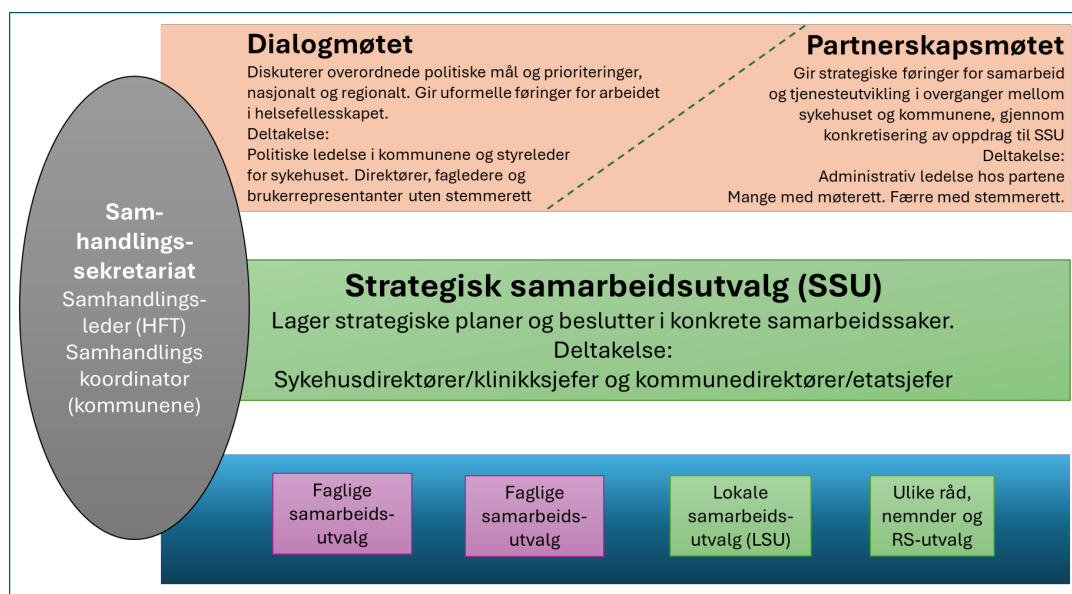
⁶ I noen helsefelleskap deltar samtlige kommuner i SSU. Det er også eksempel på at KS har sentrale roller i SSU.

samarbeidsutvalg (LSU) og faglige utvalg. Enkelte har også et eget utvalg for behandling av prosjektbeskrivelser som er aktuelle for RS-midler.

Sentrum: Samhandlingssekretariatet, eller bare sekretariatet, utgjør helsefelleskapenes sentrum eller nav i arbeidet for bedre samhandling mellom kommuner og helseforetak. Sekretariatet ledes av en kommunal samhandlingskoordinator og helseforetakets samhandlingsleder. Som regel utgjøres det utelukkende av disse to. Sekretariatet har en sentral rolle i saksbehandlingen av prosjekter som er aktuelle for tildeling av rekrutterings- og samhandlingsmidler (RS-midler). Sekretariatet samarbeider med en rekke personer ansatt i helseforetak og kommuner og ulike utvalg. Disse kan være partsbaserte eller partsspesifikke slik som for eksempel helseledernetverk.

Organiseringen er illustrert i figur 1. Vi kommer tilbake til flere detaljer om organiseringen, inkludert ulike varianter, når vi nedenfor kort beskriver alle helsefelleskapene.

Figur 1 Helsefelleskapenes organisering



Helse Nord

I Nord-Norge er det etablert fire helsefelleskap med utgangspunkt i fire helseforetak med klinikker fordelt på ulike sykehus og 80 kommuner. Det er ett helsefelleskap i Finnmark med 18 kommuner, ett i Troms og Ofoten med 24 kommuner, ett i Lofoten, Vesterålen og Salten med 20 kommuner og ett på Helgeland med 17 kommuner. Helsefelleskapene er organisert etter hovedmodellen beskrevet over, men der helsefelleskapene i de øvrige regionale helseforetakene selv fordeler RS-midlene, har Helse Nord RHF i tillegg valgt en mer sentral forvaltning av RS-tilskuddet.

I den første og søknadsbaserte ordningen utvikler kommuner og helseforetak lokale prosjektforslag. Disse sendes inn som søknader til strategisk samarbeidsutvalg (SSU) i det helsefelleskapet de tilhører. Samhandlingssekretariatet går gjennom alle

søknadene på RS-tilskudd, enten alene eller med bistand fra et arbeidsutvalg⁷, og lager en innstilling som vurderes av SSU. Endelig vedtak fattes av SSU.⁸

I den andre ordningen utlyses midler fra et sentralt tildelingsutvalg (STU) i Helse Nord RHF. Etter en lokal prosess i helsefellesskapene der SSU rangerer prosjektene, sendes deres innstilling til STU, som foretar en samlet vurdering og endelig beslutning om hvilke prosjekter som skal gis tilskudd. I enkelte tilfeller avviker disse fra SSU-enes innstilling. Noen ganger omfatter prosjektene to eller flere helsefellesskap. Det sentrale tildelingsutvalget består av to representanter fra Helse Nord RHF, to fra de lokale helseforetakene og fire fra de 80 kommunene. Ledelsen av tildelingsutvalget går på omgang. For tiden ledes det av en sykehusdirektør. I utvalget deltar også en brukerrepresentant som observatør og en sekretær som er ansatt i Helse Nord RHF.

Helse Midt-Norge

Helse Midt-Norge har tre helsefellesskap: Nordre Trøndelag (20 kommuner), Søndre Trøndelag (22 kommuner) og Møre og Romsdal (27 kommuner). Organiseringen av helsefellesskapene følger hovedmodellen med tre nivåer, men det brukes litt ulike navn på organene, og det er nyansedifferensieringer i organiseringen.

Nordre Trøndelag har valgt å beholde navnene på samarbeidsorganer som eksisterte før helsefellesskapene ble opprettet. Deres øverste organ heter derfor politisk samarbeidsutvalg (PSU). Til forskjell fra partnerskapsmøter, som vanligvis avholdes én gang i året, møtes medlemmene i PSU (ordførere og styremedlemmene i Helse Nord-Trøndelag) fire ganger årlig. I stedet for SSU på nivå 2 benyttes betegnelsen administrativt samarbeidsutvalg (ASU). På nivå 3 har man fem fagråd,⁹ som tilsvarer faglige samarbeidsutvalg (FSU) i de fleste andre helsefellesskapene, og det finnes også tre fagnettverk. Helsefellesskapet er inndelt i seks kommunegrupper (Ytre Namdal, Indre Namdal, Midtre Namdal, Inn-Trøndelag, Innherred og Værnesregionen¹⁰), som fungerer som politiske og administrative forankringspunkter og velger representanter til både PSU og ASU. ASU består av en valgt representant fra hver av de seks kommunegruppene pluss seks valgte representanter fra helseforetaket. I tillegg er statsforvalter, ansatte og brukere representert.

Organisasjonskartet for **Søndre Trøndelag** helsefellesskap samsvarer med «standarden». I likhet med Nordre Trøndelag er Søndre Trøndelag delt inn i geografiske regioner

⁷ I Helgeland helsefellesskap utgjør helseledernettverket og helseforetaket et slikt utvalg. Det er også her prosjektene i helsefellesskapet forankres. Også i de andre helsefellesskapene i Nord-Norge er helseledernettverkene aktive for å konsolidere seg før de møter representantene fra helseforetakene. Fagpersoner er også ofte aktive i disse utvalgene.

⁸ Sekretariatet hverken utvikler prosjektideer eller skriver søknader, men tilrettelegger prosessene som utvikler prosjektsøknadene og sikrer at forankringsarenaene fungerer.

⁹ De fem fagrådene: pasientsamarbeid; digital samhandling; helsefremming, forebygging, læring og mestring; akuttmedisinsk kjede og beredskap; og legesamarbeid. Fagrådene har ett medlem fra hver av de seks kommunegruppene og seks medlemmer fra helseforetaket.

¹⁰ Værnesregionen består i helsefellesskapssammenheng av Stjørdal, Meråker, Selbu og Tydal. Disse fire kommunene har hatt samarbeidsavtale både med Helse Nord-Trøndelag og St. Olavs hospital og har derfor deltatt i begge helsefellesskapene. Fra 1. januar 2026 har Selbu og Tydal kun samarbeidsavtale med St. Olavs hospital og har gått ut av helsefellesskapet i Nordre Trøndelag.

eller kommunegrupper (Værnesregionen, Trøndelag sørvest, Trondheimsområdet, Fjellregionen og Fosenregionen), som utgjør viktige arenaer for lokal samhandling og forankring mellom kommunene og HFT. Fra kommunesiden er de fem kommunegruppene og Trondheim kommune representert i ASU. Helseforetaket har fem representanter. I tillegg er kommunal samhandlingskoordinator og helseforetakets samhandlingsleder samt to fastleger og to brukerrepresentanter faste ASU-medlemmer.

Møre og Romsdal helsefelleskap avviker noe fra den alminneligste tre-nivå-organiseringen ved at det finnes tre lokale samarbeidsutvalg (LSU) (Nordmøre og Romsdal, Ålesund og Volda), som er knyttet til opptaksområdet til hvert sitt sykehus. LSU-ene, som i det offisielle organisasjonskartet framstår som sideordnet SSU, behandler kun saker som gjelder egne opptaksområder, og som ikke har konsekvenser for samarbeid i andre deler av fylket. De rapporterer til SSU, og det er SSU som har den overordnede administrative og faglige ledelsen for helsefelleskapet. Leder og nestleder i de tre LSU-ene, den ene fra kommunene, den andre fra helseforetaket, møter i SSU. I tillegg består SSU av en fastlegerepresentant og en brukerrepresentant fra både helseforetak og kommune. På nivå 3 ligger de faglige samarbeidsutvalgene – relatert til prioriterte pasientgrupper og utviklingsområder – som fungerer som rådgivende organer og skal styrke samarbeid og kunnskapsdeling med vekt på forbedringsarbeid og gode pasientforløp.

Mens de to førstnevnte helsefelleskapene har valgt å tildele RS-tilskudd uten utlysning for å begrense antallet prosjekter, har Møre og Romsdal valgt å bruke utlysning. En annen viktig forskjell mellom de tre helsefelleskapene er at i Nordre Trøndelag er det politisk samarbeidsutvalg (PSU), og ikke SSU, som vedtar tildeling av RS-tilskudd. Dette er ett av tre helsefelleskap der den formelle tildelingen av RS-tilskudd er løftet opp på nivå 1.

Mens sekretariatet står sentralt i arbeidet med innstilling til RS-tildeling i Nordre Trøndelag, noe som er svært vanlig, er denne jobben i Søndre Trøndelag overlatt til et arbeidsutvalg (AU), som i tillegg til sekretariatet også består av leder og nestleder i SSU. I Møre og Romsdal undersøker sekretariatet om søknader tilfredsstillende visse formalkrav, mens en egen vurderingsnemnd foretar faglige vurderinger og utarbeider innstillingen til SSU.

Helse Vest

Helse Vest består av helsefelleskapene Sogn og Fjordane (17 kommuner), Fonna (16 kommuner), bergensområdet (18 kommuner) og Sør-Rogaland (15 kommuner). Helsefelleskapene følger i all hovedsak standard organisasjonsmodell med tre nivåer, men med noe variasjon.

Sogn og Fjordane helsefelleskap har fra 1. januar 2026 en organisasjonsmodell i tråd med «standard» organisering, med partnerskapsmøte og strategisk samarbeidsutvalg (SSU) på henholdsvis nivå 1 og nivå 2 og med faglige samarbeidsutvalg knyttet til de prioriterte pasientgruppene og innsatsområdene i helsefelleskapets strategi på nivå 3. Ut 2025 hadde helsefelleskapet kun ett faglig samarbeidsutvalg (FSU), tidligere kalt fagråd, som var et administrativt utvalg. Det jobbet ikke direkte med utvikling av faglige retningslinjer og prosedyrer, men hadde – ifølge en informant – en «semistategisk» rolle ikke ulik den rollen strategiske samarbeidsutvalg har andre steder. Med

omorganiseringen i 2025 er mange av de oppgavene FSU hadde, nå overtatt av SSU. SSU består av seks representanter fra kommunene, seks fra Helse Førde HFT og to brukerrepresentanter. KS i helsefelleskapsområdet sørger for oppnevning av de kommunale representantene ved å skjele til eksisterende samarbeidsfora og geografisk spredning.

Helse Fonna er organisert i tråd med den alminnelige tre-nivå-modellen. Helsefelleskapet hadde en forsknings- og utviklingsenhet (FOUSAM), som la til rette for samhandling på tvers av helseforetak og kommuner, støttet prosjektutvikling, brukermedvirkning og implementering, koordinerte FSU-ene og drev kompetanseutvikling (kurs, veiledning og praksisutvikling). Disse oppgavene er overtatt av fellesekretariatet.

Helse Fonna har også et såkalt fellesmøte, som er et kontakt- og dialogforum for helsefaglig ledelse i kommunene, klinikkdirektører i foretaket og medlemmer i SSU. Endelig finnes det et helseledernetverk, som er en felles møtearena for helse- og omsorgsledere i de 16 kommunene. Det bidrar til god forankring av saker som skal opp i SSU.

I Helse Fonna består SSU av fem representanter fra kommunene og like mange fra helseforetaket, to brukerrepresentanter, og samhandlingslederne fra helseforetaket og kommunene, som også sitter i fellesekretariatet.

Organiseringen av helsefelleskapet i **bergensområdet** er helt «standard» med partnerskapsmøtet som øverste organ, etterfulgt av SSU på nivå 2 og FSU-er, tematisk orientert mot prioriterte pasientgrupper, på nivå 3. I tillegg har bergensområdet fire områdeutvalg (Voss sykehusområde, Bergen, Bergensregionen og Nordhordland), som blant annet følger opp og gir innspill til arbeidet i SSU, sikrer lokal forankring og fungerer som faglige og praktiske møteplasser mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. I den offisielle organisasjonsmodellen er områdeutvalgene tegnet inn under SSU og virker å ha noe av den samme funksjonen som LSU-ene i Møre og Romsdal. Småkommunene i bergensområdet trakk fram områdeutvalgene som den mest operative, nyttige og relevante flaten i helsefelleskapet. I SSU har helseforetaket og kommunene fem representanter hver. For kommunene møter Bergen kommune samt en representant fra hver av de fire områdeutvalgene. SSU har også brukerrepresentanter fra helseforetaket og kommunene. Samarbeidssekretariatet, KS, én representant for fastlegene og én for kommunelegene med flere har møte- og talerett.

Sør-Rogaland helsefelleskap er organisert med partnerskapsmøtet, SSU og faglig samarbeidsutvalg (FSU) på de tre nivåene i samsvar med «standard», men FSU har større myndighet enn i de fleste andre helsefelleskapene. Mens SSU har overordnet ansvar for samhandling i helsefelleskapet og arbeider strategisk, arbeider FSU mer faglig og operativt og er mer opptatt av detaljer enn SSU. FSU har vide fullmakter til å starte og følge opp prosjekter i henhold til helsefelleskapets strategi og handlingsplan og er gitt beslutningsmyndighet i faglige samhandlingsspørsmål. Kommunedirektørene møtes i SSU, mens kommunalsjefene for helse-, omsorgs- og velferdstjenestene sitter i FSU. FSU støttes blant annet opp av tjenestemodellgrupper (som reflekterer de prioriterte pasientgruppene) og fagråd (faglige drøftings- og utviklingsfora). I Sør-Rogalands SSU er kommunene og helseforetaket representert med henholdsvis seks og fem personer. For kommunene møter Stavanger og Sandnes pluss en representant for de tre

kommuneklyngene Ryfylke, Jæren og Dalane. I tillegg er KS' fylkesstyre representert ved styreleder, noe som er svært uvanlig, og på intervjutidspunktet var vedkommende leder i SSU, en rolle som alternerer mellom KS fylkesstyreleder og helseforetakets direktør. I Sør-Rogaland tiltrer også en representant fra KS administrasjon SSU. I tillegg har SSU én fastlege- og én brukerrepresentant. FSU har en sammensetning lik SSU, men uten KS-representasjon, og det finnes to lege- og to brukerrepresentanter.

Mens det er SSU på nivå 2 som tildeler RS-midler i Sogn og Fjordane, Helse Fonna og bergensområdet, er tildelingsbeslutningen lagt til FSU på nivå 3 i Sør-Rogaland, noe som er uvanlig. Spesielt er også KS' deltakelse i Sør-Rogaland.

Helse Sør-Øst

Helse Sør-Øst består av de åtte helsefelleskapene Agder, Telemark, Vestfold, Vestre Viken, Ahus og kommunene, Oslo, Østfold og Innlandet. Organiseringen følger i hovedsak den nasjonale modellen med tre nivåer: partnerskapsmøte på nivå 1, strategisk samarbeidsutvalg (SSU) på nivå 2 og faglige samarbeidsutvalg (FSU) eller tilsvarende konstruksjon på nivå 3. Samtidig finnes det tydelige variasjoner i hvordan kommunene er organisert, hvor bred representasjon kommunene har i SSU, og hvilken rolle lokale samarbeidsutvalg (LSU) har i strukturen. Alle helsefelleskap har også valgt hver sin modell for fordelingen av RS-midlene, noe vi beskriver i kapittel 6.

Vest-Viken helsefelleskap består av Vestre Viken helseforetak og [Kommunehelsesamarbeidet](#) (KHS) med 21 kommuner i Vestre Viken opptaksfelt. Helsefelleskapet har fem lokale samarbeidsutvalg (LSU) som spiller en mer sentral rolle enn i mange andre helsefelleskap. Dette henger sammen med at Vestre Viken HFT dekker et stort område med fire sykehus (Bærum, Drammen, Kongsberg og Ringerike) og Hallingdal sjukestugu. LSU-ene er knyttet til lokalsykehusfunksjonene og skal både operasjonalisere overordnet strategi og ivareta lokale behov og kontaktflater. Tre kommuner fra samarbeidsstyret i kommunehelsesamarbeidet (fra hvert sitt LSU) i tillegg til Hallingdal er representert i SSU. SSU får dermed en mer overordnet og samordnende rolle, mens mye av det løpende samhandlingsarbeidet og den lokale forankringen skjer gjennom LSU-ene. Vest-Viken er derfor et av de tydeligste eksemplene i Helse Sør-Øst på et helsefelleskap der LSU-nivået er en bærende del av strukturen. Ellers følger helsefelleskapet tre-nivå-inndelingen, de har tre FSU-er (barn og unge, psykisk helse og rus, og digital hjemmeoppfølging), og det jobbes med å lage et felles strategidokument.

Ahus og kommunene omfatter Akershus universitetssykehus og kommunene i opptaksområdet. Kommunene er organisert i fire regioner: Nedre Romerike, Gardermoregionen, Follo og Kongsvingerregionen. Partnerskapsmøtet er øverste samarbeidsarena, mens strategisk samarbeidsutvalg (SSU) fungerer som det sentrale administrative organet. I SSU sitter det én kommunedirektør og én kommunalsjef fra hver region (totalt åtte), én kommuneoverlege/samfunnsmedisiner, fire samhandlings-koordinatorer, én representant fra KS (observatør) og tilsvarende åtte representanter fra sykehuset og fem andre deltakere med møte- og talerett, pluss én brukerrepresentant. På nivå 3 er det etablert tolv faglige samarbeidsutvalg, blant annet i form av fagråd og ledersamarbeidsforum (LSF). Ahus og kommunene er dermed et helsefelleskap med sterk regional og faglig differensiering, men ikke med samme tydelige LSU-struktur som andre. Kommunenes

representasjon i helsefellesskapet går i stor grad gjennom regioner og helseledernettverk. [Samhandlingsstrategi for 2023–2026](#) og [Handlingsplan 2024–2025](#) skal ligge til grunn for arbeidet og prioritering av tiltak i helsefellesskapet.

Helsefellesskap **Oslo** skiller seg fra de andre helsefellesskapene ved å bestå av én stor kommune og fire lokalsykehus med tilhørende bydeler i LSU (antall i parentes): Oslo universitetssykehus (5,5), Akershus universitetssykehus (3), Diakonhjemmet sykehus (3) og Lovisenberg diakonale sykehus (3,5). Under hvert LSU er det samarbeidsmøter/forum, og over er det SSU og partnerskapsmøte. Partnerskapsmøtet består av politisk og administrativ ledelse fra Oslo kommune og toppledelsen i de fire sykehusene. SSU har representanter fra kommunen (seks bydeler, fire etater, byråd og ombud) og sykehusene (to fra Oslo universitetssykehus (OUS), én fra de andre), i tillegg til forbund og fastlegerepresentant. SSU fungerer som det sentrale administrative samarbeidsorganet. I tillegg har de Møteplass Oslo, som er en mer faglig arena. Helsefellesskap Oslo har en [overordnede porteføljeplan](#) og OUS har egne [samhandlingsprioriteringer](#). Sekretariatet er felles.

Telemark helsefellesskap er mer direkte organisert med alle 17 kommunene representert i SSU og partnerskapsmøtet, selv om sekretariatet har regionbaserte samhandlingskoordinatorer. Organiseringen følger i stor grad den nasjonale tre-nivå-modellen uten et tydelig regionalt mellomnivå på kommunesiden. Partnerskapsmøtet samler politisk og administrativ toppledelse fra kommunene og sykehuset. Under dette ligger strategisk samarbeidsutvalg (SSU), som fungerer som det operative samarbeidsorganet. KS, pasient- og brukerombud, tillitsvalgt, fastlege og brukerrepresentant er med i partnerskapsmøtet, og i tillegg til disse er Universitetet i Sørøst-Norge, fylkeskommunen og utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjeneste med i SSU (observatører med talerett). På nivå 3 finnes flere faglige samarbeidsutvalg (FSU) knyttet til prioriterte pasientgrupper og områder: barn og unge, alvorlig psykisk sykdom og rus, skrøpelige eldre, flere kroniske lidelser, tjenesteutvikling og kvalitet, og akuttmedisinsk kjede. Disse utvalgene arbeider med utvikling av pasientforløp, tjenestesamarbeid og faglige tiltak, og de kan også ha egne arbeidsgrupper. I Telemark har to av tre samhandlingskoordinatorer delte stillinger mellom kommunene og sykehuset.

Vestfold helsefellesskap er det minste helsefellesskapet med bare seks kommuner: Færder, Holmestrand, Horten, Larvik, Sandefjord og Tønsberg. Sykehuset i Vestfold har virksomhet flere steder i fylket (Tønsberg, Larvik og Sandefjord), men det er *ikke* etablert egne lokale samarbeidsutvalg (LSU). Vestfold har partnerskapsmøte, SSU og FSU som de andre, men organiseringen er mer kompakt og direkte. Alle kommunene er med i SSU. Kommunene er få, og derfor deltar de mer direkte i helsefellesskapets styringsstruktur enn i de større og mer regioninndelte helsefellesskapene. SSU tar beslutninger med utgangspunkt i helsefellesskapets [handlingsplan](#). Sekretariats-funksjonen er felles, med representanter både fra kommunesiden og sykehuset.

Agder helsefellesskap har en tydelig regional organisering rundt Sørlandet sykehus HFT og de 25 kommunene i Agder. Kommunene er organisert i Kommunens overordnede strategisk organ (KOSS), som koordinerer kommunenes arbeid og forbereder saker til SSU. Partnerskapsmøtet er øverste nivå og består av toppledelsen i Sørlandet sykehus

og politisk og administrativ ledelse fra kommunene. På nivå 2 ligger strategisk samarbeidsutvalg (SSU), der både kommuner og sykehuset er representert. Alle kommunene er imidlertid ikke direkte representert: representasjonen skjer i stor grad via regionene og KOSS. Rotasjon på representasjon er derfor avgjørende for å få kjennskap til helsefellesskapet. De regionale samarbeidsutvalgene (RS) – Lister, Setesdal, Kristiansand og Østre Agder – med hver sin samhandlingskoordinator er bindeleddet mellom SSU og de lokale helsetjenestene. På nivå 3 finnes flere faglige samarbeidsutvalg (FSU) knyttet til prioriterte pasientgrupper og andre områder. Disse fungerer både som faglige utviklingsarenaer og som bakland i behandlingen av saker i SSU. De kan også utgjøre referansegrupper i forbindelse med utviklingsprosjekter og strategiarbeid. Dette gir samlet Agder en mer lagdelt kommunestruktur enn flere av de andre helsefellesskapene i Helse Sør-Øst. Helsefellesskapet har et felles budsjett på 500 000 kroner. Helsefellesskapet har en [strategi](#) og handlingsplan.

Helsefellesskapet **Innlandet** omfatter Sykehuset Innlandet HFT og 42 kommuner. Organiseringen følger den nasjonale tre-nivå-modellen med partnerskapsmøte, strategisk samarbeidsutvalg (SSU) og fagutvalg (tilsvarende FSU i andre helsefellesskap). Kommunene er organisert i sju helseregioner: Gjøvik og Hadeland, Valdres, Sør-Gudbrandsdal, Nord-Gudbrandsdal, Nord-Østerdal, Sør-Østerdal og Hamar. Disse fungerer som viktige arenaer for koordinering og forankring på kommunesiden før saker løftes inn i helsefellesskapets organer. Fagutvalgene har en sentral rolle i planlegging, koordinering og faglig utvikling av samhandlingstiltak. De arbeider blant annet med utvikling av pasientforløp, rutiner og tjenestemodeller og fungerer som rådgivende organ for SSU i faglige spørsmål. Fra intervjuene vi har gjennomført framkommer det også at fagutvalgene brukes i saksforberedelser og faglige vurderinger knyttet til prioriteringer og utviklingsprosjekter. Sekretariatet består av samhandlingssjefen i Sykehuset Innlandet og en samhandlingsleder fra kommunesiden og fungerer som administrativt bindeledd mellom nivåene i helsefellesskapet. Innlandets SSU har i alt tolv representanter fra kommunene: leder/nestleder pluss én fra hver av de sju helse-regionene, en fastlege- og en brukerrepresentant og to tillitsvalgte. Helseforetaket har sju representanter, blant dem leder/nestleder, en tillitsvalgt og en fra Brukerrådet i sykehuset Innlandet. I tillegg er også sekretariatet medlem av SSU.

Helsefellesskapet **Østfold** omfatter Sykehuset Østfold HFT og kommunene i fylket samt Vestby kommune. Organiseringen følger i hovedsak tre-nivå-modellen med partnerskapsmøte, SSU, faglig samarbeidsutvalg (FSU) og sju underutvalg for ulike fagområder og satsinger. Kommunene er regionsvis representert i de fleste arenaene, og samarbeider også gjennom regionale samarbeidsarenaer – samsvarende med legevaktsdistriktene – som brukes til å samordne og forankre kommunale innspill før saker behandles i helsefellesskapets organer. Underutvalg og faglige nettverk fungerer som arenaer for mer operativ samhandling mellom kommuner og sykehus.

Sekretariatet består av en interkommunal samhandlingskoordinator og samhandlingsleder¹¹ i helseforetaket og fungerer som et administrativt nav for koordinering av

¹¹ Dette er titler vi benytter i denne rapporten. Lokalt benyttes også leder og sjef om samhandlingskoordinatoren.

samhandlingsarbeidet mellom kommunene og sykehuset. SSU er partssammensatt og består av fem kommunaldirektører og sykehusets fem kliniksjefer samt de to samhandlingslederne fra kommunene og sykehuset. Mens representanter for fast-legene, ansatte og brukere er ordinære SSU-medlemmer i noen helsefellesskap, er én fra hver av disse tre gruppene kun observatører med tale- og forslagsrett i Østfold. Den nåværende organisasjonsmodellen for helsefellesskapet ble vedtatt våren 2025.

Samlet viser Helse Sør-Øst stor variasjon innenfor en felles nasjonal modell. Telemark og Vestfold framstår som relativt direkte organiserte helsefellesskap, med færre ledd mellom den enkelte kommune og SSU. Agder, Ahus, Oslo, Østfold og Innlandet har derimot tydeligere regionale mellomnivåer på kommunesiden. Vi ser altså at helsefellesskapene har tilpasset modellen til størrelse, geografi, antall kommuner og sykehusstruktur.

4 Kommuners initiativ og prosjektdeltakelse

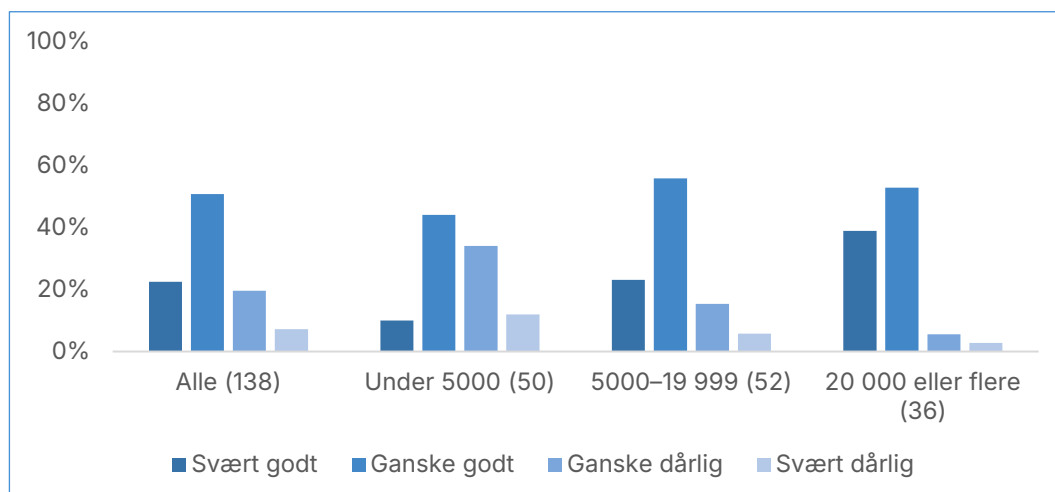
I dette kapitlet undersøker vi først hvor godt kjent RS-tilskuddet er. Deretter ser vi på kommunenes og helseforetakenes deltakelse i utformingen av prosjektbeskrivelser og søknader. Til slutt betrakter vi ulike aspekter ved kommunenes deltakelse i prosjekter finansiert med RS-tilskudd.

4.1 Kjennskap til RS-tilskuddet

Samtlige kommuner er representert i det overordnede partnerskapsmøtet.¹² Ganske mange kommuner sitter i strategisk samarbeidsutvalg (SSU). Kommuner som ikke selv sitter i utvalget, er med indirekte ved at de representeres av andre kommuner. I de mindre helsefelleskapene forekommer det til og med at samtlige kommuner er representert. Videre vil en god del kommuner kjenne til helsefelleskapet og RS-midlene gjennom deltakelse i samhandlingsprosjekter. I flere helsefelleskap er de kommunale helseledernetverkene¹³ tatt i bruk for å drøfte, planlegge og forankre RS-prosjekter. I helsefelleskap med regionale organer er samhandling og samhandlingsmidler også gjenstand for dialog der. RS-tilskuddet inngår med andre ord i ganske mange sammenhenger.

I spørreundersøkelsen ble kommunene spurt om hvor god kjennskap de har til regjeringens rekrutterings- og samhandlingstilskudd. Ca. 20 prosent svarte svært godt, 50 prosent svarte ganske godt, mens de øvrige svarte ganske eller svært dårlig (figur 2). Figuren presenterer også svarene slik de fordeler seg blant henholdsvis små, mellomstore og store kommuner¹⁴, og viser at kjennskapen til RS-tilskuddet er lavere i de minste kommunene. Eksakte tall er gjengitt i vedleggstabell 1.

Figur 2 Kommunenes kjennskap til rekrutterings- og samhandlingstilskudd etter kommunestørrelse. Prosent. Antall i parentes



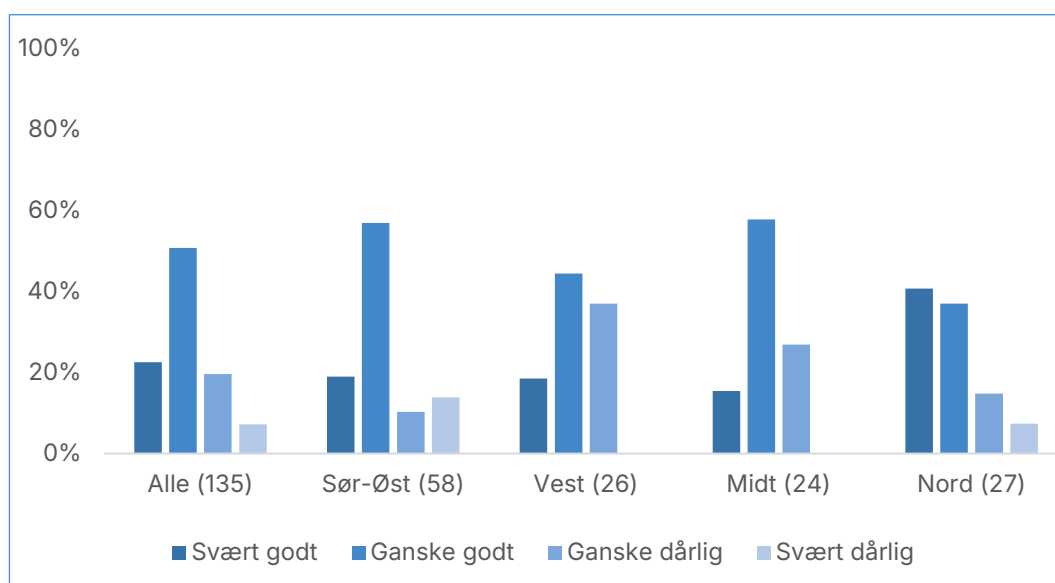
¹² Og i dialogmøtet, dersom helsefelleskapet har dette.

¹³ Vi bruker benevnelsen «helseledernetverk» i teksten, også der helsefelleskapet selv bruker «helsesjefsnettverk».

¹⁴ Små kommuner har 5000 eller færre innbyggere. Store kommuner har 20 000 eller flere innbyggere.

Figur 3 presenterer kommunenes kjennskap til RS-tilskuddet fordelt på helseregioner. Helse Nord har den største andelen kommuner som oppgir at de kjenner RS-ordningen svært godt, mens Helse Sør-Øst har den største andelen av kommuner som kjenner ordningen svært dårlig. Helse Vest har på sin side flest kommuner som oppgir at de alt i alt kjenner RS-ordningen dårlig. Eksakte tall er gjengitt i vedleggstabell 1. Svarene for hvert helsefelleskap er gjengitt i vedleggstabell 3.

Figur 3 Kommunenes kjennskap til rekrutterings- og samhandlingstilskudd i de regionale helseforetakene. Prosent. N = 135 Tallene i parentes viser antall kommuner per helseforetak



Kunnskap og oppfatninger om RS-tilskuddet henger sammen med kjennskap til og deltakelse i helsefelleskapets organer. Det har tatt tid for mange av de mindre kommunene å forstå hvordan helsefelleskapene fungerer. Dette gjelder også blant folkevalgte. En ordfører forteller hvordan han selv visste lite eller ingenting om helsefelleskapet før han kom inn som leder av SSU:

[Jeg] hadde liten kjennskap til hva det handler om [...] Helsefelleskapet tror jeg det er mange folkevalgte som ikke vet [...], som ikke aner hva er. [De] har ikke noe forhold til det. Og det er veldig diffust [for dem].

Den samme informanten mener det må drives systematisk informasjonsarbeid inn mot det politiske nivået i kommunene – blant annet ordførere og formannskap – for å utbedre denne situasjonen. Kommunalsjefen i en liten kommune i samme helsefelleskap bekrefter det mangelfulle kjennskapet til helsefelleskapene ute i kommunene:

Jeg tror det er vanskelig å komme fra kommunene å forstå helsefelleskapet og forstå alle rollene. SSU og FSU og de forskjellige klyngesamarbeidene og alle disse ordene. Sånn som jeg oppfatter det, så er hele helsefelleskapet bygd opp sånn at det passer til sykehusets strukturer, sykehusets språk, sykehusets fagfolk. Jeg synes det har vært veldig vanskelig [...] Det går greit nå, men da jeg begynte, synes jeg det var veldig vanskelig å forstå. Hva er disse forskjellige nivåene? Hva er disse samarbeidene? Hva er alle disse forkortelsene de snakker om? Hvor mange grupper er det egentlig? Hvor mange

fora er det meningen du skal ha oversikt over? Lese referater fra for å forstå hva som skjer? Så jeg syns det var veldig kaotisk.

Manglende kunnskap om og stor avstand til helsefellesskapets ulike fora kan selvsagt også påvirke kommuners kjennskap til RS-tilskuddet. En informant fra en mellomstor vestlandskommune mener at flere kommuner ikke kjenner helsefellesskapene (organene, strukturene og funksjonene til de enkelte) godt nok, og at dette medførte at enkelte av dem mislyktes med sine søknader om RS-tilskudd. To av kommunene «visste jo knapt hvem hun [den kommunale samhandlingskoordinatoren] var». Hadde de vært mer «koblet på i forkant», dvs. hatt mer kontakt med samhandlingskoordinatoren og sekretariatet, ville antakelig utfallet av søknadene vært annerledes, spekuleres det. En informant fra en annen mellomstor kommune i samme helsefellesskap snakket som om RS-midlene lå hos eller tilhørte helseforetaket da vedkommende uttrykte seg «kritisk til at helseforetaket sitter med denne ordningen», noe som i beste fall var en misforståelse.

En informant fra en mellomstor Sunnmørskommune kobler også sammen kjennskap til helsefellesskapet og RS-tilskuddet. Vedkommende mener at det så langt antakelig har vært ulik kunnskap om og forståelse for RS-midlene i kommuner og helseforetak:

Jeg er ikke sikker på om vi har helt lik forståelse av hva kriteriene for disse tilskuddene er for noe. [...] Det ligger jo kriterier der, men jeg er ikke sikker på om alle kjenner til dem.

Imidlertid mener flere av informantene at kjennskap til helsefellesskapet er blitt gradvis styrket, noe som igjen resulterer i bedre kjennskap til RS-tilskuddet, som i sin tur kan føre til økt deltakelse i søknadsskriving og prosjektdeltakelse. En liten Trøndelagskommune føler at forståelsen for RS-tilskuddet og helsefellesskapets arbeid har bedret seg det halvannet året som har gått siden RS-tilskuddet ble en realitet. Kommunen føler seg gradvis mer «på» og ser ikke bort fra at den kan komme til å bli mer aktiv i framtiden.

I flere helsefellesskap organiseres, som nevnt, kommunenes deltakelse gjennom representanter som opptre på vegne av flere kommuner, ofte basert på ulike former for regionale utvalg og interkommunalt samarbeid. Tre eksempler fra slik kommunal representasjon i SSU: Møre og Romsdal, der leder/nestleder i de tre lokale samarbeidsutvalgene møter; Innlandet, der én fra hver av de sju helseregionene er representert; og Vestre Viken, der kommunene er representert ved tre kommuner fra Samarbeidsstyret i Kommunehelsesamarbeidet.

Dette innebærer i praksis at informasjon om RS-tilskuddet ikke nødvendigvis når alle kommuner direkte. Intervjumaterialet tyder på at dette kan bidra til varierende kjennskap til ordningen, særlig i kommuner som ikke selv deltar i helsefellesskapets organer. Når informasjon og prioriteringer skal gå via flere ledd, blir kjennskap til utlysninger, kriterier og muligheter i større grad avhengig av hvor godt kommunenes representanter fungerer som bindeledd. Samtidig kan større avstand til prosessene der midlene diskuteres og prioriteres, gjøre det krevende for enkelte kommuner å koble seg på og utvikle RS-søknader. Dette bidrar til å forklare hvorfor kjennskapen til RS-midlene og deltakelsen i ordningen varierer mellom kommuner innenfor samme helsefellesskap.

En informant fra Agder poengterte at mer indirekte representasjon også fører til at saksbehandling tar lengre tid, og minnet om at det er viktig å la deltakelse i helsefelleskaps ulike organer gå på rundgang mellom kommunene for å håndtere den «skjevheten» som indirekte representasjon på kommunal side i helsefelleskapet innebærer:

Å representere alle er et spektakkel, må gå ut å forankre og inn igjen i riggen, ting går ikke fort da! Det er en flaskehals at det er representanter for representanter.

Det er viktig at det går på runde hvem som er med, altså hvem som er «representasjon for representasjon» – det er avgjørende.

4.2 Prosjektsøknader

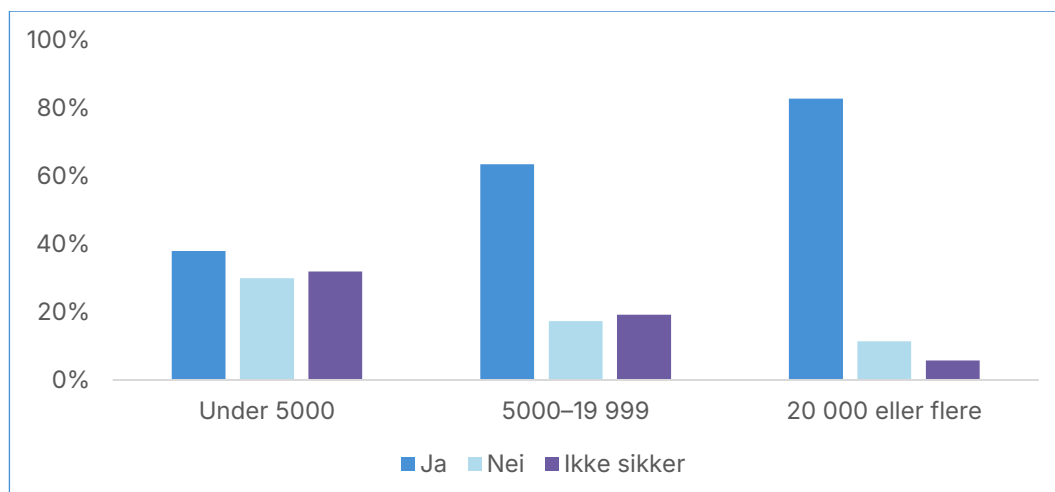
Dette delkapitlet ser på kommunenes deltakelse i idé- og søknadsproduksjon rettet mot å framskaffe RS-tilskudd, og det gis et lite innblikk i hva som kjennetegner prosjekter som blir funnet støtteverdige, og motsatt, hvordan avslag blir begrunnet. Det er jo gjerne de samme poengene med motsatt fortegn.

Initiativ og utvikling av prosjektbeskrivelser/-søknader

Vi starter med et spørsmål fra spørreundersøkelsen. Der ble alle kommunene spurt om de hadde vært med på én eller flere søknader eller på annen måte arbeidet for å motta støtte fra rekrutterings- og samhandlingstilskuddet. «På annen måte» er tatt med fordi prosjektbeskrivelser også utarbeides i helsefelleskap som ikke tildeler RS-tilskudd via utlysninger og søknadsprosess, men i stedet åpner opp for aktiv deltakelse i helsefelleskapets struktur. Til dette svarte 59 prosent «ja», og de øvrige «nei» eller «ikke sikker» (figur 4).

Figuren viser også svarfordelingen blant små, mellomstore og store kommuner. Forskjellene mellom små og store kommuners deltakelse er svært stor. For de som har vært med på å utarbeide én eller flere søknader, er andelen dobbelt så stor blant store som blant små kommuner (83 prosent versus 38 prosent). Andelen mellomstore kommuner som har vært med på søknader, befinner seg midt imellom (63 prosent).

Figur 4 Kommuner som har vært med på én eller flere søknader eller på annen måte arbeidet for å få støtte fra RS-tilskuddet, etter kommunestørrelse (innbyggertall). Prosent. N = 137



Kommuner som hadde deltatt i søknadsskriving eller annet arbeid for å skaffe seg RS-tilskudd, ble spurt om deltakelsen i søknadsarbeidet var på eget eller andres initiativ. Svarene foreligger i tabell 6. Flest kommuner (68 av 81) oppgir at prosjektbeskrivelser er utarbeidet etter initiativ tatt sammen med én eller flere kommuner og helseforetaket, mens så mange som 49 kommuner sier at initiativet ble tatt sammen med andre kommuner uten at helseforetaket var med. Det siste er flere enn de som rapporterer at initiativet kom fra helseforetaket (37). Omtrent like mange kommuner har tatt initiativ til søknader alene (31) som de som har blitt med på søknader initiert av én eller flere andre kommuner (28). Det er 46 av 81 kommuner som oppgir at de ikke har tatt eget initiativ til utforming av søknader, mens bare tolv sier de aldri har tatt initiativ til søknadsarbeid sammen med én eller flere andre kommuner.

Fra intervjuene vet vi at det ofte ikke er helt klart hvem som først hadde prosjektidéen. I mange tilfeller kan idéen ha utviklet seg og modnet over tid og nærmest bare ventet på å bli tatt inn i realiseringsmuligheten RS-tilskuddet ga. I andre tilfeller er prosjekter plagiert fra andre helsefelleskap – «lånt», «stjålet» og «rappet» er blant begrepene som ble brukt i intervjuene. I atter andre tilfeller var prosjektene allerede igangsatt – og enkelte hadde pågått i flere år, også med annen ekstern finansiering – før RS-tilskuddene begynte å komme. Nøyaktig hvordan lånte og allerede eksisterende prosjekter har påvirket svarene om initiativ, er uklart.

Tabell 6 Antall og andel kommuner som har deltatt i arbeid med én eller flere søknader etter hvem som har tatt initiativ. Kommunene kan ha deltatt i flere søknader og initiativ. N = 81

	Ja	Nei	Ikke sikker	Sum
På eget initiativ?	31 (38 %)	46	4	81
På initiativ fra andre kommuner?	28 (34 %)	45	8	81
På initiativ fra et helseforetak?	37 (46 %)	39	5	81
På initiativ sammen med en eller flere andre kommuner?	49 (61 %)	27	5	81
På initiativ sammen med helseforetak?	43 (53 %)	34	4	81
På initiativ sammen med en/flere kommuner og helseforetak?	68 (84 %)	12	1	81

Når tallene i tabell 6 brytes ned på kommunestørrelse, viser det seg at store kommuner langt oftere enn små kommuner svarer at de tar initiativ. Forskjellen er størst for «på eget initiativ» og «på initiativ sammen med helseforetak». Tallene er gjengitt i vedleggstabell 4.

Det finnes også geografiske forskjeller, som at kommuner i Midt-Norge i mindre grad er delaktig i søknadsprosesser enn kommuner i andre regioner. Men noe annet ville også vært overraskende, ettersom to av tre helsefelleskap i Midt-Norge (Nordre og Søndre Trøndelag) ikke lyser ut RS-tilskudd. Imidlertid er det viktig å ikke konkludere med at kommuner i Nordre og Søndre Trøndelag dermed ikke bidrar med innspill. Som i andre helsefelleskap kan slik deltakelse foregå i ulike organer i helsefelleskapet og på mer uformelle arenaer. Av samme grunn er det også mulig at noen kommuner i Nordre og

Søndre Trøndelag, men også andre steder, kan ha svart at de har initiert eller deltatt i søknadsarbeid, selv om de strengt tatt ikke har vært aktive i selve utarbeidelsen av søknader og prosjektbeskrivelser.

Det er et noe delt syn blant informantene i spørsmålet om initiativ. Noen opplever at kommunene ofte tar initiativ, mens andre forteller at helseforetakene dominerer. Initiativene kommer fra litt ulike hold, fra både kommuner, klinikker og helsefelleskapet. Dette er i tråd med svarene i spørreundersøkelsen. Uansett hvor initiativet kommer fra, er det vårt inntrykk at søknadsutforming og administrasjon gjerne ender hos helseforetakene. Her følger et utsagn fra en kommuneinformant fra et av de nordlige helsefelleskapene:

Helseforetaket har apparat til å skrive søknader og holde orden på rapportering. De har ofte administrativ ledelse, mens faglig ledelse kan ligge hos kommunale miljøer.

Intervjumaterialet har en rekke referanser til at helseforetakene har vært mer aktive på søknadsfronten enn kommunene, men at dette har utjevnet seg siden første tildelingsrunde. Ressurs- og kapasitetsforskjeller mellom helseforetak og kommuner blir ofte trukket fram som en forklaring, som mange av sitatene under vil vise. Sykehusene har veletablerte utviklingsmiljøer, som kommuner flest mangler. Som vi skal se, peker informantene også på at store kommuner har større muskler enn små kommuner, og at de derfor er mer aktive med hensyn til prosjektutvikling.

Når det gjelder deltakelse i søknadsprosesser i bergensområdet, tyder intervjuene på at store kommuner og spesialisthelsetjenesten tar mest plass. Store fagmiljø i Bergen kommune og Helse Bergen har dominert, og brorparten av søknadene kom fra spesialisthelsetjenesten. Det pekes på ressurs- og kapasitetsforskjeller: store aktører har flere ansatte som jobber med utvikling, og dermed større evne til å utforme søknader. Dette gir lav(ere) deltakelse fra mindre kommuner, som både mangler kapasitet og ser søknadsfrister som krevende. Men det gjøres et poeng av at kommunene gradvis har kommet mer med og deltar mer aktivt enn i starten. Midlene har gitt aktørene insentiver og motivasjon – også kommunene. En informant fra helseforetakssiden «opplever [...] at kommunene [nå] tar mye mer eierskap til [samhandlings]feltet», en observasjon man finner igjen i flere helsefelleskap.

Et annet poeng fra bergensområdet, som også finner gjenklang i andre helsefelleskap (som Søndre Trøndelag), er at selv om større kommuner oftere er med i søknader og i prosjekter, er man opptatt av at prosjektinnholdet i regi av større kommuner er relevant og «overførbart også til de mindre kommunene».

Som i bergensområdet var kommunene i Østfold mer «frampå» med hensyn til å søke RS-tilskudd for 2025 enn for 2024. Helseforetakenes høyere aktivitet blir forklart med ressursforskjeller. På spørsmål om hvor prosjektidéer og initiativ kom fra, svarte en kommuneleder:

Det var nok mye sykehus i fjor [høsten 2024], så vidt jeg husker. Da kom det jo litt fort på. Så tror jeg det har vært mer kommuner i år. [...] Men vi har heller ikke lagt vekt på at det bør være et kriterium. Det viktige er hva prosjektet potensielt kan få av

gevinster. At det er et samarbeid her, mer enn hvem som har initiert det. [...] Akkurat hvor det er initiert, har ikke vært [...] vesentlig.

En annen kommunerepresentant la til:

Særlig de mindre kommunene har jo ikke økonomiske muskler til å utvikle. De må lik-som lene seg på nabokommunen som er litt større. [...] Og sykehuset har jo helt andre muskler igjen på dette området enn det kommunene har, en helt annen tradisjon for både forskning og utvikling. Og har jo egne avdelinger for det, som ikke den enkelte kommune har. Så det er vel også grunnen til at det ofte kommer mye derfra.

Selv om det ser ut til at helseforetakene har vært mest aktive i helsefelleskapene på prosjektutviklings- og søknadsfronten, finnes det også eksempler på at kommunene har vært mest vitale, slik som en informant fra Vestlandet forteller:

For de fleste initiativene er prosjektsøker kommuner eller kommunalt ansatte. Det er litt interessant, for en har vært så redd for at dette skulle bli helseforetaksmidler.

Og erfaringen derfra er at når prosjektsøker er en kommune eller flere kommuner i samarbeid, så er det «gjort et større stykke [for]arbeid i forhold til» å få på plass reelle samarbeid mellom helseforetak og kommune(r) enn når det har kommet initiativ fra helseforetaket.

En informant fra Helse Nord trekker fram Senja som et eksempel på en mellomstor kommune som har hatt ressurser til å skrive flere søknader, og som har fått søknader både innvilget og avslått. I dette tilfellet er kommunen prosjektleder og helseforetaket deltar:

Ja, i «Hvor er samhandlingsrommet» skal kommunen stå i førersetet, og det er jo da et utelukkende kommunalt initiativ som UNN [Universitetssykehuset Nord-Norge] kobler seg til.

Unntaksvis er enkelte små kommuner også svært aktive på idéfronten og står i bresjen for utviklingen av prosjektsøknader. Ikke sjelden er det knyttet til sterkt engasjerte enkeltpersoner. Et sekretariatsmedlem i Fonna uttrykte følgende:

Og så er det òg et par eksempler hvor det er mindre kommuner som faktisk er ganske frampå, og er de som initierer prosjekter. Så det er ikke alltid at det er størrelsen som avgjør i hvor stor grad en prioriterer prosjekter. [...] Av og til er det noen ildsjeler i småkommunene som absolutt kompenserer på en god måte i forhold til de kreftene som finnes i de store kommunene.

Mange av de mindre kommunene hadde startproblemer og manglet kapasitet til å påta seg store prosjekter. Etter hvert har flere kommuner kommet med, men fortsatt er det mange som ikke deltar i søknadsarbeid. En informant fra Finnmark sa det slik: «Det kommer mye penger, men det er lite kapasitet til å ta tiden til å gjøre de her

prosjektene». Vedkommende fortalte videre at kommunene likevel tar en del initiativ til prosjekter, men at noen legges på is på grunn av mangel på «drivere». Andre initiativ følges opp, ofte etter søknadsinnsats fra helseforetaket.

Tre andre informanter fra helseforetakene i Helse Nord har omtrent samme beskrivelse: «Prosjektideer kommer fra begge parter, og prosjektene vokser ut av samarbeid mellom en kommune og en klinikk». De mener at det kan være «vanskelig å si hvem som hadde ideen». En annen informant i samme intervju føyer til «at det skjer jo at vi [helse-foretaket] har tatt noen initiativ og fått kommunene med oss».

Her følger sitater fra to Ahus- og Agderkommuner som viser at en del kommuner, særlig de mindre, i liten grad har ressurser til å utvikle og fremme prosjekter, og at de derfor i større grad blir deltakere enn initiativtakere:

Store kommuner har kapasitet til å mene noe helt konkret, vi små må bare akseptere, for vi har ikke kapasitet og ressurser.

Større kommuner er mer vant til å drifte og gjøre prosjekter, de har mer ressurser.

Når vi får søknadene, så er det [samarbeidet mellom sykehus og kommune] allerede skrevet [inn] og samarbeidet [er] på plass med [en] avtale. Vet ikke hvor initiativ kommer fra, det skriver de ikke i søknaden. Noe fra kommune, noe fra sykehus.

Samlet sett viser materialet at initiativ til prosjekter fortsatt i stor grad springer ut fra miljøer med kapasitet – ofte sykehus og større kommuner – men at dette kan være i ferd med å endre seg i flere av helsefelleskapene slik det formuleres fra Agder: «Før var sykehuset mer styrende, nå er det mer likeverd, mer topplederforankring når SSU tildeles».

Dette innebærer i så fall en endring sammenliknet med denne kritiske situasjonsbeskrivelsen av helseforetakene i Rambøll, 2024, s. 17:

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.

Vi har lite systematisk informasjon om hva som kjennetegner de aktørene eller miljøene som sender inn søknader om RS-tilskudd, bortsett fra at helseforetakene ser ut til å ha vært mest toneangivende. I tillegg vet vi om prosjektenes innhold at det er en god blanding av gamle og nye samhandlingstemaer (se neste kapittel). Men vi vet ikke om RS-tilskuddet har tiltrukket seg mange nye aktører. Informasjon fra samhandlings-koordinatoren i et av helsefelleskapene antyder at utlysning av RS-tilskuddet så langt ikke har tiltrukket seg så mange nye aktører fristet mange nye fjes:

En ser at de søknadene som kommer, kommer nok kanskje delvis fra de samme miljøene som ellers viser et stort engasjement [...] i vekslingsfeltet mellom forvaltningsnivåene.

Men det vi vet om utvikling av prosjekter finansiert med RS-tilskudd, er at helsefelleskapenes ulike organer er forholdsvis sentrale i utviklingen av mange prosjektidéer. I enkelte helsefelleskap står til og med organer som strategiske eller faglige samarbeidsutvalg som avsendere på søknadene (og da står både kommuner og helseforetak bak). Det er likevel liten tvil om at det finnes en liten underskog av idéer som oppstår og initiativer som tas utenfor de formelle strukturene. Fra et av Helse Sør-Østs helsefelleskap ble det rapportert at det «kom noen søknader som ingen hadde hørt noe om; de hadde bare gjort det selv».

Helsefelleskapenes prosedyrer for behandling av søknadene er tema for kapittel 6. I det følgende ser vi nærmere på søknader som får bevilgninger og blir avslått, og belyser gjennom det anvendte kriterier for søknadsvurderinger og -beslutninger.

Innvilgede søknader

De samme 81 kommunene som svarte at de hadde deltatt i søknadsarbeid, ble også spurt hvordan det hadde gått. Hadde de opplevd at søknader ble innvilget, eller hadde de fått avslag? De aller fleste (75 av 81) kommuner har fått (minst) én søknad innvilget (tabell 7). Men det er også mange kommuner som har vært med på søknader de ikke har fått igjennom (34 av 81). Imidlertid er det betydelig usikkerhet knyttet til kunnskap om avslag (24 av 81 kommuner svarer «ikke sikker»), noe som betyr at antallet kommuner som har opplevd avslag, kan være noe høyere. Men «ikke sikker» kan også bety at en søknad er til behandling, og at utfallet derfor ikke er kjent.

Tabell 7 Hvordan har det gått med søknad(e)? Besvart av kommuner som har oppgitt at de har søkt. Prosent i parentes

	Ja	Nei	Ikke sikker	Sum
Én eller flere søknader er blitt innvilget	75 (93 %)	4	2	81
Én eller flere søknader har fått avslag	34 (42 %)	23	24	81

For de helsefelleskapene som praktiserer utlysninger og søknadsbaserte tildelinger, er variasjoner i antallet søknader og avslag betydelig. I den ene enden finner man bergensområdet, som før første tildelingsvedtak om tilskudd for både 2024 og 2025 hadde mottatt hele 31 søknader, hvorav 13 ble tildelt midler og 18 ble avslått. I den andre enden befinner Møre og Romsdal seg, som i første runde, som gjaldt 2024-midler, kun mottok to søknader, som begge ble innvilget. I runde 2 mottok tre nye prosjekter tilskudd, mens et av prosjektene finansiert med RS-tilskudd for 2024 også ble innvilget 2025-midler for videreføring. To prosjekter fikk avslag.

Svarene fra Helse Nord utmerker seg ved at samtlige respondentkommuner har fått innvilget (minst) én søknad, og at ingen svarer «nei» eller «ikke sikker» på spørsmålene som danner grunnlag for tallene i tabell 7.

De fleste helsefelleskapene, men ikke alle, hadde utviklet klare kriterier for å vurdere søknadene da de første RS-tildelingene fant sted. Senhøsten 2025 var noen helsefelleskap i ferd med å utarbeide eller vedta slike kriterier, og enkelte hadde revisjonsarbeid underveis. Uansett eksistensen av skriftlige og vedtatte kriteriesett indikerte intervjuene at det var utviklet en relativt tydelig og omforent praksis for hvordan vurderingsarbeidet skulle gjøres, og hvilke kriterier og prioriteringer som var vesentlige.

Innvilgede søknader kjennetegnes først og fremst av at de er forankret i reelt samarbeid mellom kommuner og helseforetak, og at de svarer på felles utfordringer. Videre kjennetegnes innvilgede søknader ved tydelig kobling til nasjonale føringer for RS-tilskuddet samt henvisning til helsefelleskapets strategier, handlingsplaner og prioriterte områder. Ofte bygger prosjektene videre på eksisterende samhandlingsarbeid innen pasientforløp, kompetanse og digitale løsninger:

Strategien sier jo hva som vil bli prioritert. Kommer nedefra fra tjenestene og så sammenfaller det med strategiske føringer. [Agder]

Søknadene som når opp, er gjennomgående konkrete, avgrensede og gjennomførbare, med en tydelig sammenheng mellom problem, tiltak og forventet resultat. Det legges vekt på modenhet og realistisk gjennomføring, og prosjekter som kan vise til tidligere erfaringer eller piloter, stiller sterkere. Samtidig forventes det progresjon i videreførte prosjekter. Det poenget kom klart til uttrykk fra en informant i bergensområdet. Vedkommende sa at søkere som allerede har mottatt RS-tilskudd én gang, må:

ha forklart ganske godt hva de har levert til nå, og hva de tenker å gjøre videre. Så hvis ikke, tenker jeg det er uaktuelt at de får penger. Hvis de ikke har levert på det de skulle, så er det jo ikke en kjempesøknad for å få mer penger.

Samlet sett viser intervjumaterialet at det i helsefelleskap med søknadsbaserte tildelinger utvikles en relativt klar forståelse av hva som utgjør en «god» søknad: Den skal være forankret i samarbeid, strategisk relevant, konkret og gjennomførbar, og den må sannsynliggjøre gevinster utover prosjektperioden og potensialet for spredning.

Avslagene

En del prosjektbeskrivelser vurderes som utilstrekkelige. De kan ha en utydelig gjennomføringsplan eller en svak beskrivelse av for eksempel mål, gevinster eller budsjetter. Dermed blir det også for svak sammenheng mellom problemforståelse, tiltak og forventet effekt, slik det kommer fram i to intervjuer fra Finnmark og ett fra Vest-Viken:

De fikk beskjed om å utarbeide en grundigere prosjektbeskrivelse før de eventuelt kunne søke igjen.

Disse [avslåtte] søknadene hadde utydelige prosjektplaner [...]. De var ikke gode nok, og det er fint. Det er fair, men de var ikke gode nok.

Det er behov for mer struktur [i prosjektbeskrivelsene], særlig når det gjelder rapportering, gevinstrealisering og tydeligere sammenheng mellom mål, aktiviteter og ressursbruk.

Dette viser at en del søknader ikke avvises fordi idéene og temaene er irrelevante, men fordi de er underutviklet og umodne. Andre prosjekter oppfattes rett og slett ikke som samhandlingsprosjekter (nok) og har gjennomgående lav sannsynlighet for å nå opp. Som beskrevet i dette utsagnet fra Agder:

Ved siste utlysning kom det inn 14 søknader. Ni ble tildelt midler, mens fem ble avvist på grunn av manglende forankring eller kvalitet. [...] Lokal forankring er et sentralt vurderingspunkt.

Videre er manglende samarbeid en tydelig avslagsgrunn, slik som forklart i et av intervjuene fra Sogn og Fjordane:

Det var ett [prosjekt] som ble avslått. For der manglet det kommune. Samarbeid med kommune.

Mer generelt avslås søknader når prosjektbeskrivelsene ikke fyller nasjonale eller lokale kriterier. Sitatet under fra Helgeland viser at det av og til er enkelt å begrunne avslag:

Det var et prosjekt som overhodet ikke var i nærheten av kriteriene. Og det var ikke et samhandlingsprosjekt heller. Det var for smalt, bare lokalt, og for mye drift. Så det tok vi bare ut [...].

Nord-Norge har mange digitaliseringsprosjekter, men omfanget er nedskalert som følge av vurderinger i Helse Nord RHF. Ifølge informanter fra kommuner og helseforetak i flere helsefelleskap ønsket regionledelsen i stedet mer kliniske prosjekter. Dels fikk slike prosjekter avslag, og dels lot SSU være å formidle slike søknader fordi avslags-sannsynligheten var stor.

En annen forklaring på avslag kan være et misforhold mellom antall søknader og tilgjengelige midler. Den tilgjengelige potten kan være så lav, og antallet søknader så høyt, at avslag tvinger seg fram for å sikre i hvert fall noen prosjekter nødvendig finansiering. Men det kan også være gjort en strategisk antallsbegrensning for å unngå en portefølje med mange små prosjekter, slik følgende utsagn fra Helse Nord viser til:

I første runde kunne alle helsefelleskap sende inn alle prosjekter som oppfylte kriteriene. Det ga veldig mange søknader. Deretter innførte Helse Nord et tak på fem. Det betyr at noen prosjekter får avslag lokalt eller aldri sendes videre, ikke fordi prosjektet er «dårlig», men fordi det finnes andre som prioriteres høyere.

En variant over dette finner vi også i andre regioners helsefelleskap, der flerårige satsinger som er innvilget RS-tilskudd, binder opp såpass med midler at det er rom for færre prosjekter i neste runde. Paradokset er derfor at mens RS-tilskuddet er blitt

gradvis mer kjent og interessen for tilskuddet derfor – i hvert fall i noen helsefelleskap – ser ut til å ha økt, har størrelsen på tilgjengelige RS-midler falt.

Til slutt tar vi med et avslag som er beskrevet i et fritekstsvar fra en kommune i Nord-Norge. Prosjektet er rettet mot jordmortjenesten, som er en av de prioriterte gruppene for RS-tilskuddet. Vi kjenner ikke til begrunnelsen for avslaget. Men som vi ser, er kommunen innstilt på å søke på nytt:

Vi fikk avslag på en søknad om å styrke følgetjenesten i jordmortjenesten i en felles søknad fra tre kommuner. Denne søknaden ønsker vi å sende på ny da vi anser den viktig for å styrke jordmortjenesten og kvinnehelse i kommuner med lang vei til sykehus.

Nasjonale og politiske føringer fortrenger andre prosjekter

En mer indirekte forklaring på avslag er at lokale prosjekter fortrenges fordi den lokale potten er blitt mindre som følge av at midler har gått til andre prosjekter. Som vi beskriver nærmere i kapittel 6, vises det gjerne til «sidespor» og politiske satsinger som Prosjekt X, intermedierpost, Eldreløftet, regionale satsinger og direkte kontakt med Helse- og omsorgsdepartementet. Ifølge informantene kan disse «sidesporene» føre til at RS-prosjekter ikke når opp, selv om de er godt faglig begrunnet.

4.3 Deltakelse i RS-prosjekter

Denne delen ser nærmere på kommuners deltakelse – og fravær av deltakelse – i RS-prosjekter basert på resultater fra både spørreundersøkelsen og intervjuene. Som vi skal se, er vurderinger knyttet til egne ressurser og kapasitet av vesentlig betydning for kommuners involvering i RS-prosjekter.

Deltakelse i avsluttede prosjekter

16 prosent av kommunene som har besvart spørreundersøkelsen oppgir at de har deltatt i prosjekter som allerede er avsluttet (tabell 8). Dette kan være mindre, avgrensede prosjekter eller forprosjekter som enten ikke videreføres, eller som venter på midler til et større hovedprosjekt. Halvparten av de spurte oppgir at de ikke har deltatt i avsluttede prosjekter, mens så mye som hver tredje kommune svarer «ikke sikker». Det siste kan bety at kommunene ikke vet om de har deltatt i et RS-finansiert prosjekt. Det kan imidlertid også bety at de ikke er sikre på om prosjektet de eventuelt har deltatt i, er avsluttet.

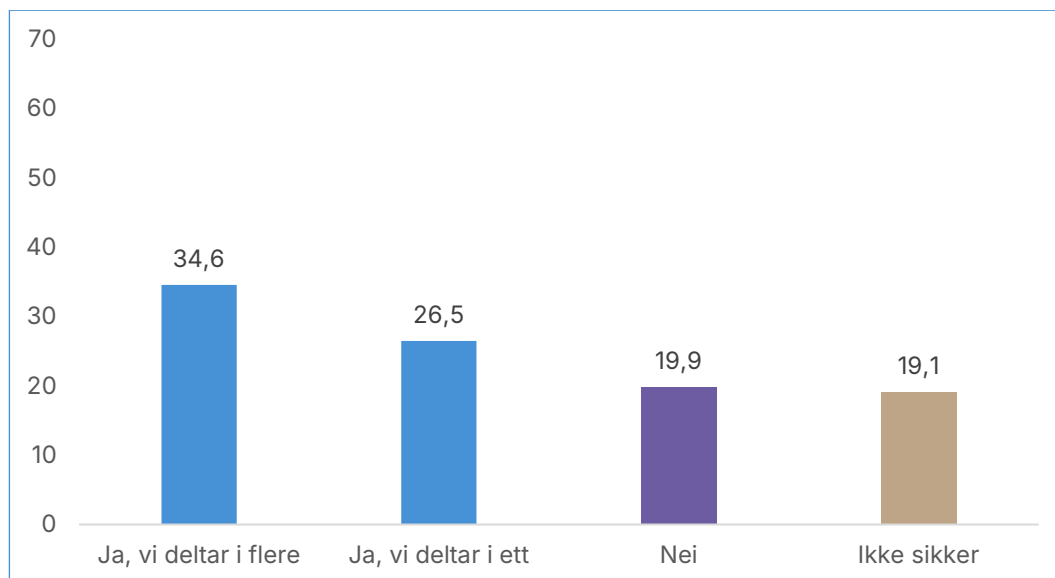
Tabell 8 Har kommunen deltatt i ett eller flere prosjekter finansiert av RS-tilskuddet som er avsluttet?

	Antall	Prosent
Ja	22	16,1
Nei	69	50,4
Ikke sikker	46	33,6
Total	137	100,0

Deltakelse i pågående prosjekter

Drøyt 60 prosent av kommunene oppgir at de deltar i ett eller flere pågående RS-prosjekter, 20 prosent deltar ikke, mens en like stor andel er usikre på egen deltakelse (figur 5).

Figur 5 Kommuners deltakelse i ett eller flere pågående prosjekter finansiert av RS-tilskuddet. Prosent. N = 136



Tabell 9 presenterer deltakelsestallene fra figur 5 fordelt på kommunestørrelse. Små kommuner svarer oftest at de ikke deltar (34 prosent). De av dem som deltar i et RS-prosjekt, er gjerne bare med i ett prosjekt (22 prosent). Mens 12 prosent av de mindre kommunene deltar i mer enn ett prosjekt, gjør 60 prosent av de store kommunene det samme – og ytterligere 26 prosent av dem deltar i ett prosjekt. Det er også de mindre kommunene som oftest svarer «ikke sikker» når de blir spurt om deltakelse (32 prosent).

Tabell 9 Kommunenes deltakelse i ett eller flere pågående prosjekter finansiert av RS-tilskuddet. Gruppert etter kommunestørrelse. Prosent. N = 136

	Deltar i ett prosjekt	Deltar i flere prosjekter	Deltar ikke i RS-prosjekt	Ikke sikker	Sum	Antall
Liten	22	12	34	32	100	50
Mellomstor	31	39	12	18	100	51
Stor	26	60	11	3	10	35
Alle	27	35	20	19	100	136

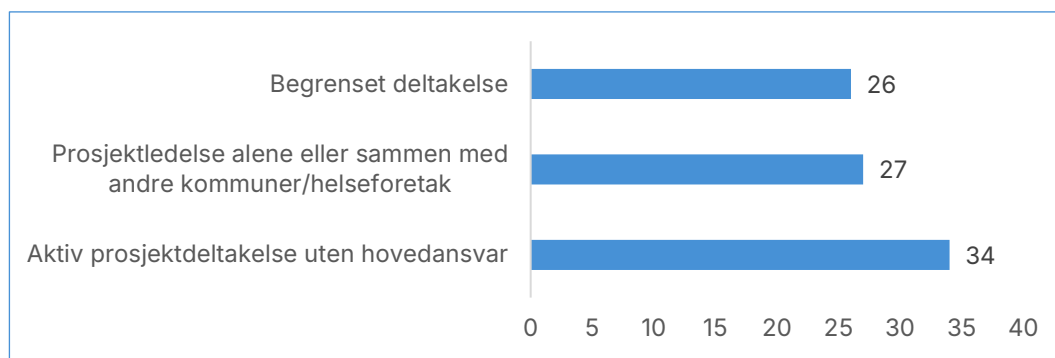
Usikkerheten kan skyldes flere forhold. Det kan hende at kommunene har vært med på en søknad, men at respondenten ikke kjenner til om kommunen på svartidspunktet har fått, eller kommer til å få, tildeling. Det kan også være kommuner som vet at de skal delta i et prosjekt, men er usikre på om det er startet opp. Dette kan for eksempel gjelde RS-tildelinger foretatt seint i 2025, og med oppstart i 2026, som ikke var igangsatt da spørreundersøkelsen ble gjennomført tidlig i 2026. Videre kan en kommune ha koblet

seg på et prosjekt som skal «bredde» til et større antall kommuner, uten at respondenter er sikker på om den praktiske involvering var i gang da undersøkelsen ble besvart. «Ikke sikker»-svar kan også skyldes at respondenten ikke har hatt full oversikt over egen kommunes deltakelse i RS-prosjekter.

Rolle i prosjektet

Her presenteres surveyresultater om kommunenes aktivitets- og ansvarsnivå, altså hvilken rolle de har hatt i prosjektene. Spørsmålet ble stilt til de kommunene som hadde deltatt i ett eller flere avsluttede eller pågående RS-prosjekter. Kommuner som hadde deltatt i to eller flere prosjekter, ble bedt om å svare med utgangspunkt i det prosjektet der de hadde vært mest aktive. En knapp tredjedel av kommunene – 27 av 87 kommuner (31 prosent) – oppgir at de er med i prosjektledelsen alene eller sammen med andre (figur 6).

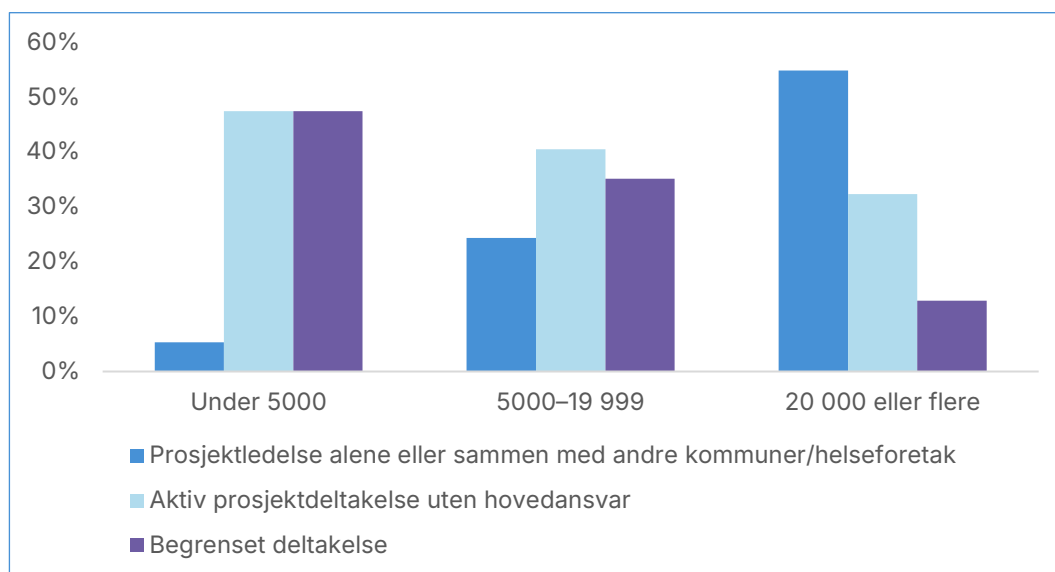
Figur 6 Hvilken rolle har din kommune hatt i prosjektaktiviteter finansiert av RS-tilskuddet? Antall. N = 87



Store kommuner og kommuner fra helsefellesskapene i Nord-Norge svarer dette oftere enn andre kommuner (figur 7 og vedleggstabell 5), mens bare fem prosent av små kommuner oppgir at de er med i prosjektledelsen.

34 kommuner oppgir at de deltar aktivt i ett eller flere RS-prosjekter, men uten hovedansvar. Kommuner fra Helse Vest og Midt-Norge svarer dette oftere enn andre. Tilsvarende svarer også små kommuner oftere at deltakelsen deres er begrenset. Dette er som ventet ettersom prosjektledelse både er et ressurs- og et kompetansespørsmål, og ressursene er ulikt fordelt mellom kommunene.

Figur 7 Hvilken rolle har din kommune hatt i prosjektaktiviteter finansiert av RS-tilskuddet? Fordelt etter kommunestørrelse. Prosent. N = 87



Der kommunene ikke har framskutte roller, ligger mer ansvar hos helseforetakene. Flere intervjuer viser at helseforetakene ofte tar ekstra ansvar, ikke bare for prosjekter de selv har initiert, men også for prosjekter der kommunene har vært pådrivere. De neste sitatene, som er fra Helse Nord, illustrerer dette:

Sykehuset har egne prosjektavdelinger, mens kommunene mangler slike strukturer. Det gjør at helseforetakene ofte tar praktisk prosjektledelse, selv når idéen er kommunal.

I praksis kan det ofte skje at helseforetaket har den administrative ledelsen, mens faglig ledelse kan ligge hos kommunale miljøer [...] eller at prosjektene har kommunale prosjektledere, men med UNN som medpart og faglig støttespiller.

Samtidig peker flere informanter på at kommunenes engasjement og deltakelse har økt som følge av kravet om reelt samarbeid i tilskuddsordningen. En kommunal samhandlingskoordinator beskrev denne føringen slik:

Vi har stort fokus på det med samarbeid, og at det skal være reelt.

En kollega på helseforetakssiden utdypet dette i intervjuet:

Og så syns jeg det er så bra at det er så strengt i forhold til at det skal være et reelt samhandlingsprosjekt. For vi har nok hatt en tendens, i helseforetakene ... Vi har av og til sittet og utvikla et eller annet og tenkt at dette er en kjempeløsning for kommunene. Og så har kanskje ikke kommunene vært involvert fra begynnelsen av, og så er det [prosjektet] kanskje ikke gjennomførbart i praksis i det hele tatt. Vi har noen sånne historier med oss fra fortida, så jeg håper vi ikke skal ha så mange av dem i framtida. [...] Man har fått et helt annet fokus og holder på å få en annen respekt for at det skal være reell samhandling.

Kommunene i Helse Nord skiller seg noe ut fra kommuner i andre helseregioner ved at de, til tross for at de ofte er små, har forholdsvis høy deltakelse og tar mye ansvar i prosjektene. Selv om det har vært misnøye med deler av prosjektporteføljen – særlig prosjekter som kommunene opplever at er bestemt over hodet på dem – er de fleste prosjektene et resultat av lokale idéer som kommunene ønsker. Kommunene har dessuten ofte en sentral rolle både i utformingen og driften av prosjektene.

Alt i alt viser materialet at kommunenes roller i prosjekter finansiert av RS-midlene varierer mellom helsefellesskapene. Rollene spenner fra mer perifere bidragsytere til tydelige eiere og drivere av prosjekter.

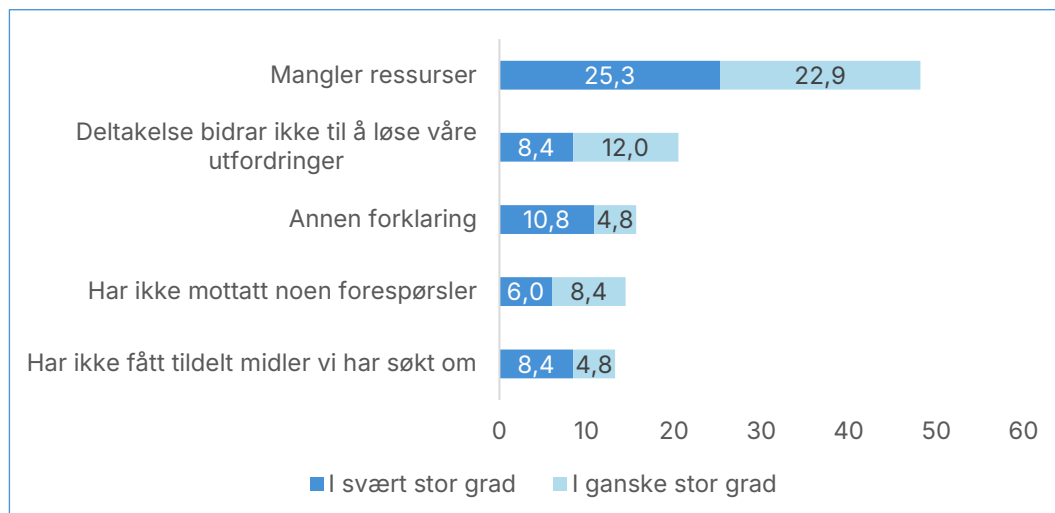
4.4 De som ikke deltar

Med funn fra spørreundersøkelsen gis det her mulige forklaringer på at kommuner ikke har deltatt i prosjekter med støtte fra rekrutterings- og samhandlingstilskuddet. I surveyen spurte vi kommunene som ikke hadde deltatt i avsluttede eller pågående RS-prosjekter, om årsaker til dette. Respondentene ble bedt om å ta stilling til i hvilken grad fire mulige forklaringer var vesentlig for deres beslutning. I tillegg kunne de velge «annen forklaring» med anledning til å utdype i et fritekstsvar. I alt 77 kommuner har besvart dette spørsmålet. Av disse har 38, dvs. ca. halvparten, krysset av på at alternativet «manglende ressurser» stemmer i svært stor eller ganske stor grad (figur 8).

Et flertall svarer «ikke sikker» eller «i liten grad» på de andre alternativene. Svarene påvirkes ikke nevneverdig av kommunestørrelse. Det er overraskende at ressursforklaringen ikke blir trukket fram oftere av de minste kommunene enn de større kommunene, fordi det etterlatte inntrykket fra intervjuene er at ressurs hensyn i høyeste grad påvirker småkommuners deltakelse i RS-prosjekter og i helsefellesskapet mer generelt. Dette skinner gjennom flere steder i rapporten og tas opp allerede i neste del. Imidlertid må det med referanse til figuren kunne konkluderes med at ressurser og kapasitet står sentralt i mange kommuners kost-nytte-vurderinger om deltakelse i prosjekter finansiert med RS-tilskudd.

Figuren viser videre at avslag om tilskuddsmidler ikke anføres som en forklaring på manglende deltakelse. Det er heller ikke så mange som oppgir at de er blitt holdt utenfor eller at manglende relevans for kommunens utfordringer gjør at de ikke er med. Eksakte tall er gjengitt i vedleggstabell 6.

Figur 8 Årsaker til fravær av deltakelse i RS-prosjekter. Prosent. N = 83



4.5 Ressurskrevende RS-deltakelse

Intervjumaterialet indikerer at ganske mange kommuner, spesielt de mindre, mangler ressurser – tid og folk – til å delta bredt i helsefellesskapets mange organer. Deltakelse veies opp mot antatt nytte. En representant for en mellomstor Rogalandskommune reflekterer sånn rundt egen og andres deltakelse i helsefellesskapet:

En tredjedel av kommunene var nesten aldri med [på møtene i helseledernetverket], og det handler nok mye om at de ikke forsto hva de var en del av. Så er det noe med at de må synes at ting er matnyttig. [...] Og en del tenkte nok – og det forstår jeg også – at vi er en såpass liten kommune med så liten påvirkningskraft at det er ikke så nøye om jeg er vekke eller ikke. [...] Og jeg hører også at det er en del frafall i møter både i FSU-ene og undergruppene, så da blir ikke det så matnyttig heller. Det går nok på at de ikke ser helt hensikten i alt. [...] Det blir mye samhandling for samhandlingen sin del.

Informanten understreker at organene i helsefellesskapet fordrer mye deltakelse, som det er vanskelig spesielt for små kommuner å prioritere. Han sier:

Jeg kan ikke bruke tre årsverk ut av kommunen heller. Det oppleves nå veldig krevende, og litt sånn: vi har det [et møte] fordi vi skal ha det, og ikke alltid fordi det er så veldig nyttig.

Kommunalsjefen i en annen mellomstor vestlandskommune deler oppfatningen til kollegaen vi nettopp siterte, og sier dette om hvordan manglende kapasitet hindrer deltakelse:

Vi har utrolig lite ressurser å ta ut til å sitte i alle mulige grupper og arbeidsgrupper og representanter. Jeg synes jeg gir og avgir og sender mine ledere og ressurspersoner inn i ulike grupper hele tiden. Nå kom det en ny liste i går om at de mangler sånn og sånn, og de må ha det og det. Vi har ikke folk å ta av. Vi må være i produksjon! [...] Vi er med på alt de ber oss om. [...] Men det er aldri nok. Det er hele tiden noe vi blir bedt

om å være med på. Vi ser veldig lite igjen av det. [...] Det er vel ingen her som [...] opplever at det kaster mye av seg.

Utfordringer knyttet til deltakelse i helsefelleskapet reflekteres i kommuners engasjement når det gjelder arbeid med å framskaffe RS-tilskudd og deltakelse i prosjekter finansiert med slike midler. Slik oppsummeres dette av en liten kystkommune: «Vi har ikke hodene til å sitte med søknadene og prosjektere og jobbe med dem». Fritekstsvaret til en vestlandskommune går rett på det som er mange kommuners hovedutfordring:

Kommunen er opptatt av utvikling- og forbedringsarbeid i samhandlingsfeltet; avgrensinga er knytt til mangel på personell.

Noen sier de er komfortable med «å bli med» om de mottar forespørsel om det, eller uttrykker at de helst blir med i fase to, når et prosjekt er prøvd ut i større kommuner og skal «bredde». Som uttrykt av en informant i en liten kommune fra Midt-Norge: «At man blir med på lasset, det tenker jeg er fint for de små kommunene». Dette reduserer risiko og oppstartbelastning ved at pilotkommunene «luker ut» tidkrevende oppstartsutfordringer, og at implementering i småkommunene derfor bli mer overkommelig. Flere mindre kommuner som avstår fra prosjektdeltakelse, setter sin lit til erfaringsdeling og læring fra større og mindre nabokommuner og gjennom helsefelleskapets organer. Men her er det mer å gå på. De ønsker bedre og mer systematisk utveksling «på tvers».

Samtidig medgir én informant fra en vestlandskommune at det vil kunne være vrient for småkommuner å delta på arenaer der det foregår erfaringsdeling pga. ressurs- og kapasitetsmangel:

Problemet er at vi har ikke noe tid! Det handler om å prioritere. Skal jeg prioritere hjemmebane og følge opp organisasjonen min? Saker som brenner her, mine politikere, min kommunedirektør? [...] Jeg er med på noen møter, men jeg prioriterer ikke det hvis det er ting i egen kommune.

Selv om ikke alle RS-prosjekter treffer utfordringer i den enkelte kommune like godt, er det utstrakt enighet om at samhandlingsprosjekter i stort har betydelig relevans, fordi utfordringsbildet i Kommune-Norge i stor grad er felles. Slik uttrykker en informant fra en mindre Trøndelagskommune det:

Vi sitter med de samme utfordringene. [...] Det vi ser når vi sitter i de ledermøtene vi har, uansett om vi er store eller små, så har vi akkurat det samme utfordringsbildet. Vi sliter med folk. Det er det det går på. Jeg bruker å si at vi er tomme for folk lenge før vi er tomme for penger. Det er det som er vår store utfordring, [...] å ha nok hender.

Nedenfor følger noen refleksjoner fra en liten Vestlandskommune om deltakelse i RS-prosjekter, og som i noen grad imøtegår oppfatningen om at alle kommuner står overfor de samme utfordringene:

Noe av utfordringen for oss, som jeg har tatt opp i forskjellige fora [er at] når vi snakker om partssamarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, så snakker vi

ofte om det som om det var to størrelser, kommunesida og sykehussida. Men det er det jo ikke! For kommunesida i [helsefelleskapet] er jo flere forskjellige størrelser, som ikke nødvendigvis ligner så veldig på hverandre.

Jeg ender nok ofte opp med å være [...] han som holder litt på bremsen. For det høres veldig kjekt ut å være med på fellesprosjekter og være med på satsinger sammen med andre kommuner. Men hvis utfordringsbildet er veldig forskjellig [i kommunene], så føles det ofte for oss som at det er en høy egeninnsats å være med i noe du av og til får litt lite igjen for.

Hvorfor skal kommunen være med på et prosjekt som handler om bedre håndtering av utskrivningsklare pasienter fra sykehus til kommunen, når den ikke har blitt bøtelagt en eneste gang for å ha blokkert utskrivning de siste fem årene, spørres det.

Vi kommer ikke til å ta initiativ til å dra i gang noen store prosjekter og på en måte være den som sitter med hovedansvaret inni det. [...] Hvis det dukker opp noe, så vurderer vi selvfølgelig seriøst om det er noe vi også ønsker å være med på. Men vi kommer ikke til å spille inn noe for å få samhandlingsmidler til et sånt prosjekt eller et sånt prosjekt. Det gjør vi ikke.

Men den lille kommunen har ikke noe imot prosjektorientert innsats og prosjektmidler som sådan, selv om det er et ressurs spørsmål hvor mye de klarer å gape over:

Vi syns det er mye arbeid å administrere tilskudd og prosjektmidler, men vi har valgt å gjøre det i ganske stort omfang. I fjor hadde vi tilskuddsmidler til å styrke kommunalt rusarbeid, styrke helsestasjon og styrke legevakt. [Men vi er] mer skeptiske til å gjøre det som store prosjekter med mange kommuner, fordi det må tilpasses utfordringsbildet i *denne* kommunen.

Kommunen gjør en kalkyle over hva det er sannsynlig at den får igjen for innsatsen. Om det koster mer enn det smaker, avstår den fra å delta. Andre tilskudd enn RS-tilskuddet kan passe (noen) småkommuner bedre, sies det:

Når ordningene er sånn som de har vært mange ganger fra Helsedirektoratet, at vi kan søke som egen kommune og beskrive hva vi ønsker å bygge opp her, så er det enklere for oss.

Det finnes også eksempler på at kommunene innehar en mer sentral rolle, som prosjektlederansvar eller nøkkelroller i prosjektgjennomføringen, ofte muliggjort gjennom frikjøp finansiert av midlene slik en informant fra Østfold sier:

Det er veldig fint at vi får de midlene. Da får vi frikjøpt prosjektleder.

Dette peker på at tilskuddet ikke bare påvirker hva slags prosjekter som gjennomføres, men også hvem som har kapasitet til å ta ledende roller i dem.

Samlet sett viser materialet at kommunenes roller spenner fra mer indirekte deltakelse til tydelig eierskap, og at graden av involvering henger sammen med både organisering, kapasitet og hvordan prosjektene initieres.

5 Prosjektinnhold

I dette kapittelet introduseres først prosjektenes tematiske innretning (5.1) og målgrupper (5.2). Deretter gis en oversikt over hvordan RS-midlene er fordelt etter innretning og målgrupper (5.3), før vi ser nærmere på enkelte sider ved finansieringen (5.4). Til slutt presenteres informantenes synspunkter på RS-prosjektenes nytte og relevans.

Samhandlingsprosjekter finansiert med RS-tilskudd styrke tjenestetilbudet til skrøpelige eldre, barn og unge, og pasienter med flere kroniske sykdommer eller psykiske lidelser. Det skal videre legges vekt på å styrke tjenestene innenfor svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg og å utvikle en mer integrert psykisk helse- og rustjeneste.

Tiltakene skal bidra til å redusere antall utskrivningsklare pasienter, få ned ventetidene i spesialisthelsetjenesten og tilrettelegge for lokale løsninger i opptaksområdet til de minste sykehusene. I tillegg skal bærekraften økes. Det innebærer ifølge oppdragsdokumentet at både primær- og spesialisthelsetjenesten skal ta i bruk ny avansert behandling og kunnskapsbasert praksis innenfor de økonomiske rammene som er gitt.

De nevnte pasientgruppene har særlig prioritet i RS-prosjekter. Det samme gjelder tiltak for å få ned ventetid, lokale løsninger og tiltak som kan bidra til økt bærekraft. Andre sentrale temaer er forventet nytteverdi, rekruttering og stabilisering av personell, kommunesamarbeid, nye samhandlings- og tjenestemodeller, pasienter med etniske særbehov, overgang til ordinær drift og tiltak som fremmer læring, mestring og økt helsekompetanse i befolkningen.¹ Likeverdighet og enighet mellom kommuner og sykehus er et krav.

Tilskuddet kan også brukes til rekrutteringsfremmende tiltak. Helse- og omsorgsdepartementet skriver at «tilskuddet (også) kan gå til tiltak som fremmer rekruttering og god bruk av personell i helseregionen på tvers av nivåene, for eksempel utprøving og etablering av kombinerte stillinger» (Helse- og omsorgsdepartementet 2024b). Vi tolker regjeringens siktemål med RS-tilskuddet slik at det først og fremst skal brukes til samhandlingstiltak som kan styrke tjenestetilbudet til prioriterte pasientgrupper og dernest til rekrutteringsfremmende tiltak.

I gjennomgangen under av 166 RS-prosjekter vil vi se at bare syv prosent av prosjektene har rekruttering som hovedmål. Svarene i spørreundersøkelsen indikerer at dette tallet kan være noe høyere.

5.1 Tematisk innretning

Tabell 10 presenterer 166 RS-prosjekter. Av disse er 130 oppført i halvårsrapporteringen til HOD per 15. mars 2025, mens 36 prosjekter er lagt til etter gjennomgang av dokumenter i helsefellesskapene. Etter dette har enkelte helsefellesskap tildelt nye prosjekter senhøsten 2025 og tidlig 2026. Disse er ikke inkludert i rapporten.

De fleste av prosjektene dekker flere temaer, men vi har kategorisert dem etter det temaet som har vært mest framtrødende. Der vi ikke har kunnet skille ut ett tema som viktigere enn andre, har vi kategorisert med tanke på å få med temaer som ellers ville falt

ut. Kategoriene er ikke gjensidig utelukkende, men gir et godt inntrykk av prosjektenes tematiske innretning.

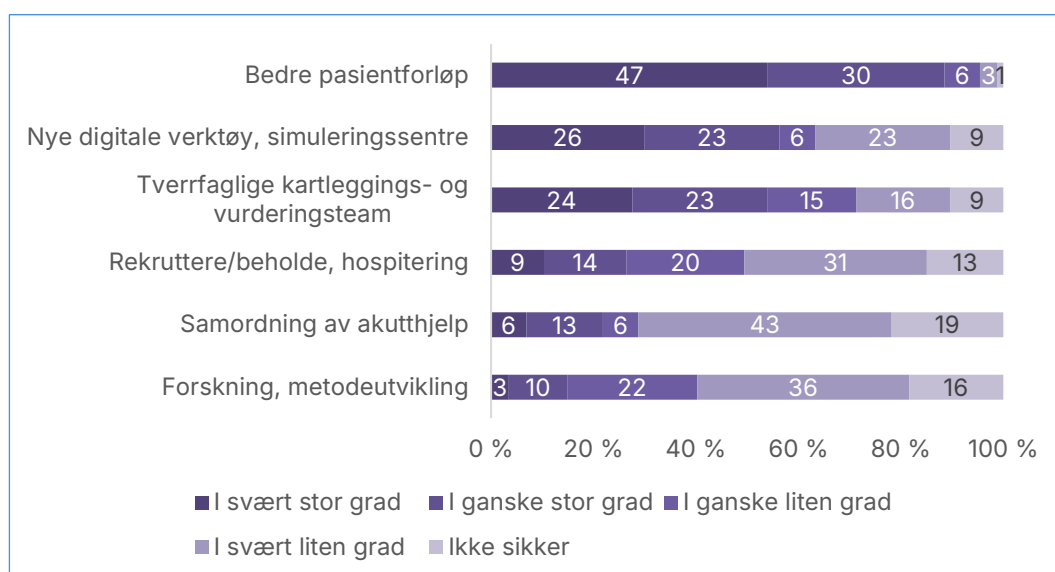
Tabellen viser at «Bedre pasientforløp» står for nesten en tredjedel av prosjektene (31 prosent), mens «Rekruttere/beholde»-prosjektene kun utgjør 7 prosent. Tall for hvert helsefelleskap finnes i vedleggstabell 8.

Tabell 10 RS-prosjektene fordelt på tematisk innretning og region. Antall. N = 166

RHF	Rekruttere- beholde- hospitere- kombistilling	Bedre pasient- forløp	Felles team, kart-leg- ging, vurdering, innsats mv.	Digitale verktøy, simulering	Sam-ord- ning av akutthjelp	Forskning, metode-ut- vikling	Kon-fe- ranse, tjeneste-ut- vikling, annet	Antall
Sør-Øst	3	22	10	15	2	0	12	64
Vest	1	18	8	6	2	1	8	44
Midt	6	3	1	5	0	3	9	26
Nord	2	9	4	10	1	2	4	32
Alle	12	52	23	36	5	6	33	166
Alle (%)	7,2	31,3	13,9	21,4	3,0	3,6	19,6	100,0

Kommunene som i spørreundersøkelsen har oppgitt at kommunen deltar i minst ett RS-prosjekt, ble bedt om å vurdere prosjektenes innretning. I undersøkelsen ble det stilt opp seks prosjektkategorier, som i all hovedsak sammenfaller med kategoriene i tabell 10. Imidlertid manglet surveyen kategorien «konferanser, tjenesteutvikling og annet». For hver kategori skulle kommunene ta stilling til i hvilken grad noen av deres prosjekter hadde dette innholdet. I alt fikk vi svar fra 87 kommuner. Svarene er gjengitt i figur 9. Blå farger i søylene viser antall kommuner som har svart «i stor grad», røde farger indikerer «i liten grad», mens «ikke sikker» er markert i grått. Tendensen i svarene samsvarer i hovedtrekk med den i tabell 10: «Bedre pasientforløp» og «digitale verktøy» er de to fremste temaene, mens «rekruttere/beholde», «samordning av akutthjelp» og «forskning» er mindre sentrale.

Figur 9 Kommuners vurdering av i hvilken grad prosjektet/prosjektene har vært innrettet mot seks ulike temaer. Antall. N = 87



Nedenfor følger noen prosjekteksempler for de ulike temaene. Som det framgår av beskrivelsene, kunne flere av prosjektene vært plassert under mer enn én overskrift.

Bedre pasientforløp

Prosjekter med tiltak som skal fremme bedre pasientforløp, forekommer som nevnt hyppigst. Et flertall av kommunene som har deltatt i et RS-prosjekt, oppgir også at «deres» prosjekt(er) har hatt dette som tematisk innretning.

«Trygg hjemme i Lister» er et samhandlingsprosjekt i Agders Lister-region (Farsund, Flekkefjord, Hægebostad, Kvinesdal, Lyngdal og Sirdal). Prosjektet skal ta i bruk IHT-modellen (Integrerte helsetjenester) for å sikre en forsterket og trygg utskrivningsprosess fra sykehus til hjemmet, etter modell fra Akershus universitetssykehus. Det skal etableres felles team på tvers av sykehus og kommune for å sikre rask og riktig oppfølging i hjemmet, og for å forebygge reinnleggelser. Digitale pasientforløp og digital korttidsavdeling skal etableres med felles digitale verktøy og sjekklister. Prosjektet startet i 2025 og skal trappes opp i 2026.

I Vest-Viken er «Samhandlingsarena Kongsberg» et stort utviklingsprosjekt etablert i 2025 i samarbeid mellom Kongsberg kommune, Kongsberg sykehus (Vestre Viken helseforetak) og Responssenteret. Prosjektet har som mål å utvikle nye modeller for samhandling for å skape bedre og mer sammenhengende helse- og omsorgstjenester for innbyggerne. Prosjektet skal redusere fragmenterte tjenester og skape bedre samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste gjennom felles team, nye arbeidsformer, teknologi og brukermedvirkning. Det inngår også en fullskala testarena der løsninger kan prøves ut i praksis. Modellen er en del av regjeringens Prosjekt X, som skal danne grunnlag for framtidens helsereform.

Nye digitale verktøy og simulering

På tvers av faglig innretning og målgrupper har svært mange av prosjektene en komponent for utprøving og implementering av digitale verktøy.

Helse Nord har flere prosjekter som kan plasseres i denne kategorien. «Inovacare» er et prosjekt om e-helseløsninger i Lofoten, Vesterålen og Salten. «Fremtidens pasientforløp: Enhet for samhandling og digital oppfølging» er et Helgelandsprosjekt, mens Troms og Ofoten har et prosjekt kalt «Felles innsats for implementering av digital støtte i pasientforløp og samhandling». I Finnmark deltar samtlige kommuner i «Digital hjemmeoppfølging» (DHO) sammen med Finnmarkssykehuset.

Ifølge Helsedirektoratet (u.å.-a) betyr digital hjemmeoppfølging «at hele eller deler av en behandling skjer digitalt, inkludert dialog og deling av data». Dette er en nasjonal satsing som har pågått i mange år, og alle helsefelleskap har eller har hatt tilsvarende prosjekter. Flere steder er pågående DHO-satsinger tatt inn i RS-ordningen. Her følger tre eksempler fra intervjuene: I Sogn og Fjordane ble et pågående DHO-prosjekt tildelt RS-tilskudd på betingelse av at flere kommuner skulle kobles på – noe som også skjedde. I Sør-Rogaland er et tidligere DHO-prosjekt blitt «sluset inn» i RS-ordningen, «fordi en ser effekt» og ønsker å «videreutvikle» og «spisse» det, og i Østfold ble et DHO-prosjekt som tidligere hadde blitt finansiert med midler fra Helseteknologiordningen,¹⁵ «overtatt» av RS-ordningen.

Simuleringscentre kan være digitale og gi gode treningsmuligheter for helsetjenestens ansatte. Et prosjekt ved et slikt senter, finansiert med RS-tilskudd, ligger ved Narvik lokalsykehus og retter seg mot pasienter i Ofoten og deler av Midt-Troms. Det er omtalt slik i et intervju:

På simuleringscenteret kan ansatte få mengdetrening på en del ting som man ikke får så ofte i det daglige. Det kan være medisinske [og sykepleiefaglige] prosedyrer. Men også [...] simulering på samhandling og kommunikasjon [...], i situasjoner som oppstår i et pasientforløp.

«SamSår-prosjektet» er en nasjonalt voksende modell for digitale sårtjenester, der kommuner, fastleger og spesialisthelsetjenesten samarbeider om sårbehandling via felles videokonsultasjoner og standardiserte arbeidsmåter. Tiltaket forekommer i alle helseforetak i Helse Sør-Øst, og målet er nasjonal implementering. For eksempel ble rekrutterings- og samhandlingsmidler brukt til å innføre dette i Drangedal og Porsgrunn i 2025. Målet er å rulle det ut til alle kommunene i Telemark i 2026. I bergensområdet er prosjektet «Telemedisinsk konsultasjon forut for akutt innleggelse» finansiert med RS-tilskudd.

«Felles helsedata i sør» er et forprosjekt (2025–2026) som skal etablere en delt datasjø mellom kommunene i Østre Agder og Sørlandet sykehus. Prosjektet inngår i et større prosjekt kalt «Eldre Agder». Målet er å gjøre helsedata tilgjengelige på tvers av

¹⁵ Helseteknologiordningen er en nasjonal tilskudds- og støtteordning, etablert i 2024 og forvaltet av Helsedirektoratet. Ordningen skal gi kommunene økonomisk drahjelp til å anskaffe og ta i bruk helseteknologi, samt utvikle og teste nye digitale løsninger. Den skal også stimulere til samordning og samarbeid, både mellom kommuner og med helseforetak, og bidra til mer stabile rammevilkår for leverandører og økte investeringer i helseteknologi i Norge. Ordningen bygger på erfaringer fra Nasjonalt velferdsteknologiprogram, men er bredere og mer langsiktig. Kommuner kan få støtte til blant annet digital hjemmeoppfølging, journalløsninger, velferdsteknologi, teknologi som styrker samhandling, og arbeid med standarder og krav. Midlene kan ikke brukes til selve kjøpet av teknologiløsningen, men kan brukes til innføring, implementering og prosessarbeid. (Helsedirektoratet, u.å.-b; Regjeringen, 2025.

forvaltningsnivåer for å muliggjøre prediksjon, tidlig identifikasjon av risikogrupper, målrettede intervensjoner og strategisk styring basert på sanntidsdata og kunstig intelligens. Dette skal gi et bedre kunnskapsgrunnlag for treffsikre tiltak, bedre ressursbruk og innovasjon. Prosjektet skal bidra til å identifisere skrøpelige eldre og potensielle storforbrukere av helse- og omsorgstjenester før de blir det. Prosjektet bygger på erfaringer fra Helseplattformen i Midt-Norge, og er også blitt en del av Prosjekt X.

Felles tverrfaglige kartleggings- og vurderingsteam

Det største RS-prosjektet i Møre og Romsdal er «Oppfølging av skrøpelige eldre med pasientsentrert helsetjeneste-team» (ofte omtalt med akronymet PSHT), som ifølge en informant er «bredda ut til hele fylket». Målet er å forbedre helsetjenesten til pasienter over 65 år med sammensatte og kroniske sykdommer ved å styrke samhandlingen og overgangen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. PSHT består av tverrfaglige team med fagpersoner både fra kommuner og sykehus og er knyttet til sykehusene i Volda, Ålesund og SNR Hjelset samt Distriktsmedisinsk senter Kristiansund. Teamene kartlegger pasientene tidlig i pasientforløpet, for eksempel gjennom samhandling med personell på sengepost og den kommunale hjemmetjenesten før utskrivning.

I Sogn og Fjordane skal prosjektet «Samhandling ved spørsmål om innlegging i sjukehus» fremme optimal pasientbehandling der pasienten bor. Prosjektet bygger på effektivt samarbeid mellom kommunene og sykehusene, blant annet ved bruk av elektroniske verktøy for kommunikasjon og felles vurderinger.

Ahus og kommunene har et RS-prosjekt om integrerte helsetjenester og pasientforløp knyttet til forsterket hjemreise. Det er ansatt en sykepleier i 100 prosent stilling som reiser ut til pasientene og bistår kommunene i oppfølgingen av nylig hjemreiste pasienter. Sykepleieren fungerer som koordinator og forsterker samarbeidet med kommunale «innsatsteam» knyttet til innleggelser og utskrivninger.

I helsefelleskapet Troms og Ofoten ble prosjektet «Med Furumoen som utstillingsvindu for fremtidens helsetjenester» (også benevnt «Narvik som utstillingsvindu») av mange trukket fram som et vellykket tiltak for bred samhandling i praksis. Prosjektet refererer til en samlokalisering av nytt helsehus/sykehus i Narvik med delte stillinger (lege og farmasøyt) og felles opplæring for ansatte i både sykehus og kommuner. Et annet prosjekt i helsefelleskapet Finnmark er «Effektiv utnyttelse av firepartssamarbeidet i Hammerfest sykehus», der målet er å gi et bedre tjenestetilbud gjennom et samarbeid mellom Hammerfest kommune, Finnmarkssykehuset, UiT Norges arktiske universitet og Sykehusapotek Nord. «Interkommunalt innsats- og vurderingsteam» er et stort RS-prosjekt i Helgeland med formål om å følge opp utskrivningsklare pasienter og forebygge reinnleggelser. Dette er et såkalt Prosjekt X-tiltak og kan også kategoriseres som et modellutviklingsprosjekt.

Rekruttere og beholde-prosjekter

I og med at vi evaluerer en ordning som heter «Rekrutterings- og samhandlingstilskudd», i en tid der både kommuner og helseforetak melder om betydelige utfordringer med å rekruttere og beholde kvalifisert personell, er det grunn til å forvente at dette gjenspeiles i prosjektporteføljen. Slik er det ikke. Bare et fåtall av prosjektene har som

uttalt mål å gjøre noe med disse personalutfordringene. Men i intervjuene kommer det fram at prosjekter med andre hovedmål også kan påvirke ressursbruken og dermed også behovet for vanskelig tilgjengelig personell.

«Helgelandssykepleieren» er et flerårig prosjekt (tildelt 10 millioner kroner over fem år) som skal utdanne, rekruttere og utvikle sykepleiere, med mål om sikre og stabilisere sykepleierdekningen i regionen. Dette er et samarbeid mellom en rekke utdanningsinstitusjoner, fagmiljøer og kommuner. Prosjektet er forankret i faglig samarbeidsutvalg (FSU) i Helgeland helsefelleskap. Prosjektet, som har fått svært positive omtaler i lokale medier, var også et av de første prosjektene som ble framhevet av informantene vi intervjuet.

I helsefelleskapet Troms og Ofoten har de prosjektet «Hospiteringsordningen» med stor pågang fra ansatte som ønsker å delta. Det er flest fra kommunene som vil hospitere på sykehusene, men det omvendte forekommer også. Lofoten, Vesterålen og Salten har et prosjekt med kombistillinger for ansatte som dels jobber i ambulansetjenesten og dels i primærhelsetjenesten.

Finmark har ingen rene rekrutteringstiltak, men prosjekter som for eksempel «Klinisk observasjonskompetanse» kan gi et kompetanseløft, skape mer attraktive fagmiljøer og bedre bruk av personalet. Det samme gjelder i Troms og Ofoten, hvor «Digital hjemmeoppfølging» er et eksempel på et prosjekt som kan gjøre arbeidet både mer attraktivt og mer effektivt.

I Vest-Viken helsefelleskap samarbeider kommunene Kongsberg, Flesberg, Rollag og Øvre Eiker med Kongsberg sykehus om et toårig traineeprogram for nyutdannede sykepleiere. Programmet gir deltakerne fast jobb kombinert med rotasjon mellom tre arbeidssteder – i kommunehelsetjenesten og på Kongsberg sykehus – i åtte måneder på hvert sted. Dette gir breddekompetanse, tett faglig oppfølging og et helhetlig innblikk i ulike behandlingsnivåer. Målet er å styrke rekrutteringen, sikre bedre samhandling mellom tjenestene og bidra til at flere nyutdannede sykepleiere blir værende i yrket.

Selv om det ikke er så mange eksempler på prosjekter som er direkte rettet inn mot personaleffekter, kan mange av samhandlingsprosjektene ha indirekte effekter. Bedre samhandling og tverrfaglige team vil kunne føre til mer effektiv bruk av begrensede personalressurser og slik bidra til å redusere rekrutteringspresset.

Samordning av akutt hjelp

Antall RS-prosjekter som handler om akutt hjelp, er høyere enn det som kommer fram i tabell 10 og figur 9 over. Det skyldes at flere av prosjektene plassert under tverrfaglige kartleggings- og vurderingsteam også handler om akuttbehandling. Prosjektet «Utredning av samhandling rundt akuttpasienter mellom kommunene i Vesterålen og Nordlandssykehuset» er derimot direkte innrettet mot akutt hjelp, legevakt og utskrivningsklare pasienter.

Et annet slikt prosjekt er «Trygg akuttpsykiatri» i helsefelleskapet Lofoten, Vesterålen og Salten, som er tildelt midler for tre år. Partnere i samarbeidet omfatter kommunehelsetjenesten, legevakt, ambulansetjenesten, akuttmedisinsk kommunikasjonsentral

(AMK, som besvarer nødnummer 113), politi og psykisk helsevern/tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) ved Nordlandssykehuset. Prosjektet skal utvikle en felles forståelse av utfordringer og muligheter i akuttpsykiatrisk samhandling, avklare ansvarsforhold og lage tydeligere kommunikasjonslinjer mellom etater, utarbeide rutiner for vurdering, behandling og transport, styrke faglig trygghet for alle som jobber med akuttpsykiatri, og bidra til redusert ventetid og risiko for pasienter i akutt psykisk krise.

«Akuttmedisinsk kjede» er et pågående samarbeidsprosjekt i Agder. Prosjektet skal styrke den samlede akuttberedskapen og forbedre pasientforløpene gjennom å utvikle og implementere tiltak som Akuttsekk, VR-trening og videoløsninger ved legevaktene. Midlene gjør det mulig å videreføre og skalere arbeidet i 2025–2026. Prosjektet gjennomføres i samarbeid mellom kommunene i helsefelleskapet og Sørlandet sykehus.

Helse Fonna har et prosjekt som skal samordne arbeid med helseberedskap i regionen». Målet er å koordinere beredskapsplaner for samhandling mellom aktører i den akuttmedisinske kjeden, og å styrke samhandlingen mellom aktørene for å sikre rask og effektiv behandling av akuttmedisinske pasienter.

Forskning og metodeutvikling

13 kommuner oppgir at de har prosjekter som i stor eller ganske stor grad kan kategoriseres som forskning eller metodeutvikling (figur 9). RS-midler skal ikke gå til forskning. Samtidig skal utprøvingen av nye tiltak være innovativ. Utvikling av nye samarbeidsprosedyrer er en form for metodeutvikling. Slik sett er det antakelig rom for å kategorisere langt flere prosjekter som en form for forskning og metodeutvikling enn det som kommer fram i figur 9.

Et av RS-prosjektene i bergensområdet heter «Telemedisinsk konsultasjon forut for akutt innleggelse», noe som kan tyde på at det kunne vært kategorisert som et digitaliseringsprosjekt. Prosjektet har også en lengre tittel, nemlig «Alternativ til akutt sykehusinnleggelse fra sykehjem. En pilotstudie mellom Fyllingsdalen behandlingssenter og Haukeland Sykehus». Studien skal undersøke om en bedre samhandling med bruk av telemedisinsk konsultasjon (lyd og bilde) mellom sykehjem og sykehus ved akutte hendelser kan forhindre unødige innleggelser av eldre personer (≥ 80 år). Sykehjemmet skal få råd og veiledning om lokal behandling. Hvis dette ikke er mulig, vil innleggelse være aktuelt. Et formål med studien er å utvikle rutiner for slik telemedisinsk konsultasjon.

Nordre Trøndelag satt av 2025-midler til praksisnær forskning på samhandling i helsefelleskapet uten å spesifisere nærmere nøyaktig hva midlene fra RS-tilskuddet skulle brukes til. Begrunnelsen var at dette kan «være et viktig tiltak for å styrke kunnskapsgrunnlaget for samhandlingen», og at det også kan «være et bidrag til kompetanseheving og styrket kvalitet og pasientsikkerhet». Det ble etablert et samarbeid mellom Helse Nord-Trøndelag ved forskningsavdelingen, Nord universitet ved faggruppe for helsetjenesteinnovasjon, samhandling og ledelse, og helsefelleskapets sekretariat. Midlene ble blant annet brukt til å gjennomføre en workshop for utvikling av forskningsidéer, også med deltakelse fra kommunene, og det ble tildelt flere forskningsstipender.

Konferanse, tjenesteutvikling og annet

Flere informanter har framhevet organisatoriske tiltak som ikke er direkte pasientorienterte samhandlingsprosjekter, men som likevel har vært viktige for å stimulere til oppstart og forankring. Tiltakene er ment å skulle styrke helsefelleskapenes samhandlingsarbeid mer overordnet nivå.

Innlandet satte av 2 millioner kroner i 2025 til kommunale koordinatorene i fem av sju helseregioner. I to regioner var funksjonen allerede finansiert gjennom spleiselag mellom kommunene. RS-midlene dekker 80 prosent av fem 50 prosent-stillinger. Helsefelleskapet legger opp til at regionene gradvis overtar finansieringen, og ønsket å stimulere til dette ved ikke å dekke hele kostnaden fra start. Begrunnelsene for ordningen var blant annet å avlaste kommunalsjefene og den interkommunale samhandlingskoordinatoren. Koordinatorene skal bistå med informasjonsarbeid og koordinering og være bindeledd ut til kommunene i sin region. Målet er å få «det mest komplekse helsefelleskapet i Norge» med 42 kommuner og «en forholdsvis komplisert sykehusstruktur» til å fungere bedre – som en forutsetning for å lykkes med samhandling.

Nordre Trøndelag har bevilget midler til å opprette to heltidsstillinger som fagutviklere, én ansatt i en kommune (Steinkjer) og én i helseforetaket, for å sikre kontinuitet og likeverdig forankring av samhandlingsarbeidet. Beslutningen begrunnes også med behovet for permanent utviklingskapasitet framfor prosjektledere som kommer og går. Dette er en stor satsing ettersom de to stillingene utgjør nesten halvparten av helsefelleskapets samlede RS-midler. Også Søndre Trøndelag har satt av midler til en prosjektkoordinatorsstilling, og Helse Fonna har finansiert en prosjektveilederstilling som skal støtte koordinering og gjennomføring av prosjekter finansiert med RS-midlene. Andre helsefelleskap diskuterer også å bruke RS-midler til generell styrking av samhandlingsarbeidet og til prosjektledelse og prosjektstøtte.

Ahus og kommunenes bruk av midlene til «annet» har for eksempel inkludert 1 million kroner til partnerskapsmøter, fagrådene, ledersamarbeidsforum, dialogkonferanser osv. og 700 000 kroner til en felles kommunikasjonsstrategi for helsefelleskapet. Helsefelleskapet Agder bevilget i 2025 litt over 1 million kroner til porteføljesekretariatet, men har besluttet at tilskuddsmidlene fra 2026 ikke skal gå til administrasjon og samdrift.

Flere steder er det brukt RS-tilskudd på konferanser og fagdager og liknende. Nordre Trøndelag tildelte for eksempel 200 000 kroner av 2025-midlene til en samhandlingskonferanse. Konferansen ble vurdert som så vellykket at helsefelleskapet er innstilt på å bruke 2026-midler på en gjentakelse.

5.2 Målgrupper

Tabell 11 viser hvordan de 166 RS-prosjektene kan fordeles etter målgrupper. Dette er gjort på tilsvarende måte som ble benyttet under kategoriseringen av prosjektenes tematiske innretning. Tabellen presenterer både totalfordelingen og fordelingen etter helseregioner. Den viser tilsynelatende at andelen prosjekter som enten treffer mange målgrupper eller andre målgrupper enn de myndighetene ønsker at skal prioriteres, er størst. Dette er ikke uttrykk for at helsefelleskapene prioriterer annerledes enn myndighetene, men at mange samhandlingsprosjekter inneholder flere prioriterte

målgrupper i samme satsing. Det kan være prosjekter som retter seg mot både unge, skrøpelige eldre og personer med psykiske problemer, eller (også) personer med helt andre utfordringer, for eksempel knyttet til ernæring, fedme, hjerteproblematikk eller traumer. Den nest største gruppen i tabellen er en sammensatt residualgruppe, som først og fremst inneholder midler til ledelse i helsefelleskapene og kommunene.

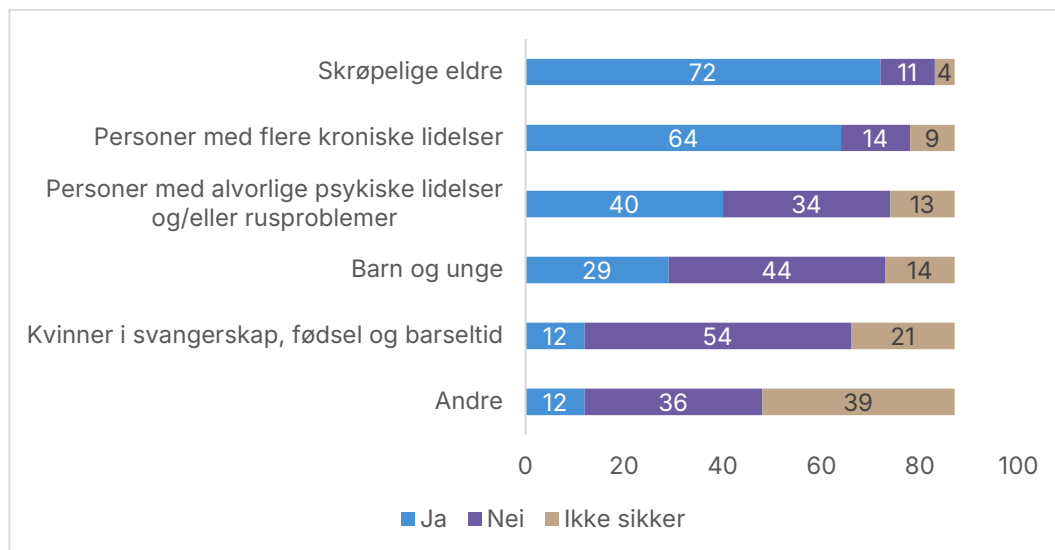
Tabell 11 RS-prosjekter i de fire helseregionene fordelt etter målgrupper. Antall og prosent

RHF	Antall	Barn og unge	Skrøpelige eldre	Personer med alvorlige psykiske lidelser / rusproblemer	Personer med flere kroniske lidelser	Kvinner i svangerskap, fødsel og barseltid	Andre eller flere grupper	Annet, adm., personalutvikling
Sør-Øst	64	7	8	6	1	4	22	16
Vest	44	2	4	6	2	2	17	11
Midt-Norge	26	3	1	2	1	1	4	14
Nord	32	0	4	1	0	0	23	4
Alle	166	12	17	15	4	7	66	46
Alle (%)	100,0	7,2	10,2	9,0	2,4	4,2	39,8	27,7

Kommuner som har deltatt i spørreundersøkelsen, og som har oppgitt at kommunen deltar i minst ett RS-prosjekt, ble bedt om å vurdere prosjektenes målgrupper. I undersøkelsen ble det stilt opp seks målgrupper, og for hver av dem skulle kommunene ta stilling til om deres prosjekt(er) var rettet mot den aktuelle pasientgruppen. De fem første kategoriene er de samme som i tabell 11, mens den sjette målgruppen i surveyen var «andre», som delvis overlapper med de to siste kategoriene i tabellen. Ett og samme prosjekt kunne ha mer enn én målgruppe, og ettersom noen kommuner er med i flere prosjekter, kunne en kommune i teorien svare ja for alle seks målgruppene. I alt fikk vi svar fra 87 kommuner. Svarene er gjengitt i figur 10. De blå søylene viser antall kommuner som har svart «ja», de røde viser «nei», mens «ikke sikker» er markert i grått.

72 av 87 kommuner oppgir at de har prosjekter som inkluderer skrøpelige eldre, 64 kommuner har prosjekter som er rettet mot personer med flere kroniske lidelser, mens personer med psykiske lidelser og/eller rusproblemer er målgruppe i 40 av 87 kommuners prosjekter.

Figur 10 Kommunes vurdering av hvilke pasientgrupper prosjektet/prosjektene er rettet mot. Antall. N = 87



Barn og unge

I 2024 var 20 578 brukere av norske helsetjenester (5,4 prosent) under 17 år (vedleggstabell 9). Tabell 11 klassifiserte tolv av 166 RS-prosjekter (7 prosent) som rettet mot barn og unge. Vi vet at noen samhandlingsprosjekter rettet mot kronikere og personer med psykiatri-/rusproblemer også kan favne unge uten at dette kommer fram i kategoriseringen som ligger til grunn for tabellen. Imidlertid ser det ut til at dette har blitt fanget opp i spørreundersøkelsen, hvor tolv av 87 kommuner (14 prosent) oppgir at de har RS-prosjekter rettet mot denne målgruppen.

RS-prosjektet «Digitalt pasientforløp for fedme og sykelig overvekt» er spesielt rettet mot

barn og unge samt voksne med fedmeproblematikk i Finnmark. Helsefelleskapet Troms og Ofoten har ikke egne prosjekter spesielt rettet mot barn, men den omtalte «Hospiteringsordningen» og «Narvik som utstillingsvindu» vil også berøre behandlings- og pasientforløp for barn og unge.

Bergensområdet har RS-prosjektet «Felles innsatsteam for barn i grunnskolealder med nevroutviklingsforstyrrelse» med mål om å etablere et felles faglig innsatsteam for å øke kompetansen og forbedre overganger mellom første- og andrelinjetjenester. Prosjektet er et samarbeid mellom fagpersoner i Helse Bergen ved Klinikk psykisk helsevern for barn og unge og Bergen kommune ved Etat for barn og familie. Innsatsteamet skal bistå med konsultasjoner, behandlingsplaner, observasjon, opplæring og oppfølging av enkeltbarn. Prosjektet skal også bidra til å etablere et faglig nettverk for behandlere i helseforetaket og kommunen.

Helse Fonna har RS-prosjektet «Trinnvise intervensjonsprogram på tvers av kommune og spesialisthelseteneste for dei vanlegaste psykiske helseplagene blant barn og unge». Her samarbeider Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikk ved Helse Fonna med fem kommuner (Tysvær, Sauda, Bømlo, Kvinnherad og Stord) med mål om å gi enklere tilgang til helsetilbud på lavest mulige nivå.

«Agdermodellen» er en felles samhandlingsmodell i Agder som skal sikre at barn og unge med psykiske helseplager får rett hjelp til rett tid gjennom tydelige og helhetlige forløp på tvers av kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. Målet er å gjøre tjenestene mer oversiktlige, redusere fragmentering og sikre bedre koordinering mellom aktørene. Modellen utvikler standardiserte forløp som beskriver hvem som gjør hva, når og hvordan i oppfølgingen. Den er inspirert av Helse Fonna-modellen, som er anbefalt av Helsedirektoratet. Dette er et eksempel på et prosjekt som ble startet opp før RS-midlene og inspirert av et annet helseforetak. Det faglige samarbeidsutvalget fikk i oppgave å vurdere om en slik modell var egnet for Agder. Prosjektet startet som et forprosjekt i 2023 og har mottatt samhandlingstilskudd for 2024 og 2025.

Skrøpelige eldre

I 2024 var 151 082 brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester i kommunene (38,8 prosent) over 80 år. Tar vi med dem mellom 67 og 79 år, får vi med 59 prosent av hele pasientgrunnlaget (vedleggstabell 9). Uavhengig av diagnose vil eldre ofte utgjøre majoriteten av pasientgruppen. Dermed vil svært mange samhandlingsprosjekter også komme de eldre pasientene til gode.

Ifølge tabell 11 er bare ti prosent av RS-prosjektene rettet mot skrøpelige eldre. Men som beskrivelsene i dette kapitlet viser, er skrøpelige både eldre og litt yngre målgruppe for en betydelig andel av samhandlingsprosjektene. Dette framgår også tydelig av spørreundersøkelsen, der 72 av 87 kommuner oppga at de hadde RS-prosjekter rettet mot skrøpelige eldre (figur 10).

Blant de rene eldreprosjektene i Nord-Norge finner vi «Eldreløftet», som drives av Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) og Tromsø kommune. Målet er å redusere unødvige forsinkelser for skrøpelige eldre samt å tilby en virtuell avdeling (korttids plass i eget hjem) og felles senger mellom Helsehuset og geriatrisk avdeling. Her står også problematikken med utskrivningsklare pasienter sentralt.

Flere av helsefelleskapene i Nord-Norge har ernæringsprosjekter der skrøpelige eldre inngår i målgruppen. «Tverrfaglig kartleggingsteam» er et Finnmarksprosjekt forankret i Hammerfest som legger vekt på samhandling om tjenester til eldre med sammensatte behov.

«HomeCare+: En Integreert Hjemmehelse for en Sømløs Pasientreise» er et samarbeidsprosjekt mellom Bodø kommune og Nordlandssykehuset om tidlig intervensjon, diagnostikk og medisinsk oppfølging i pasientens hjem for å redusere (unngå) sykehusinnleggelse. Kommunens erfaring med digital hjemmeoppfølging trekkes inn i et samarbeid med Tverrfaglig geriatrisk poliklinikk for å skape et virtuelt sykehus i pasientens hjem. Målgruppene er i tillegg til eldre hjemmeboende også skrøpelige pasienter med kroniske og sammensatte (somatiske og psykiske) lidelser. Prosjektet bygger på erfaringer fra en rekke tidligere utviklingsprosjekter der samhandling har stått sentralt.

Aclasta er et medisinsk produkt som brukes i kommuner og sykehus som ledd i osteoporosebehandling for å forebygge brudd hos eldre og andre risikogrupper. Det kan gis som tabletter eller injeksjon, men det antas at økt bruk av injeksjon kan gi bedre effekt.

Byråden i Oslo ønsket å innføre utvidet bruk av injeksjoner for å redusere utgifter i forbindelse med brudd (færre innleggelses og liggedøgn) og rehabilitering.

«Vitality» er et integrert helsetjenesteprojekt i helsefellesskapet i Vestfold, utviklet i samarbeid mellom Sykehuset i Vestfold (SiV) og kommunene. Prosjektet etablerer tverrfaglige team som følger opp skrøpelige eldre i hjemmet gjennom felles kartlegging, behandlingsplaner og tett samhandling mellom kommune, sykehus, fastleger og kliniske farmasøyter. Målet er å forebygge funksjonstap, redusere reinnleggelses og styrke mestring og livskvalitet slik at eldre kan bo trygt hjemme lengst mulig. RS-midlene går blant annet til å lønne tolv eldrekoordinatorer i 50 prosent stilling i kommunene.

Personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusproblemer

Ringerike distriktpsikiatriske senter (DPS) og Ringerike kommune samarbeider om prosjektet «Trening som medisin», der evidensbasert høyintensitetstrening integreres i behandlingen av personer med psykiske lidelser. Tilbudet driftes i fellesskap mellom DPS og Friskliv Ringerike, med mål om bedre helse, mestring og helhetlige pasientforløp gjennom tett samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste.

«Selvmordsforebygging Telemark» skal styrke det selvmordsforebyggende arbeidet i regionen. Bakgrunnen er at Telemark over flere år har hatt en selvmordsrate over landsgjennomsnittet, med særlig høye toppe i 2021 og 2023. Prosjektet legger vekt på systematisk og helhetlig behandling og oppfølging av personer i selvmordskrise. Det inkluderer arbeid på tvers av nivåer i helse- og omsorgstjenestene for å forbedre samhandling, sikre sammenhengende tjenester og styrke innsatsen i kritiske overgangsfaser.

I Helse Fonna går det et RS-prosjekt med den ganske selvforklarende tittelen «Heilskapleg ivaretaking av mor, partner og barn med alvorleg psykisk sjukdom i perinatal-perioden». Helse Fonna ved Familieambulatoriet og Sveio kommune søkte om midlene til prosjektet, som har som mål å utarbeide samhandlingsforløp for denne pasientgruppen og deres familier samt å utarbeide oversikt over aktuelle tiltak. Flere kommuner skal etter hvert bli med.

Personer med flere kroniske lidelser

Blant de 166 RS-prosjektene er det bare fire i kategorien «Personer med flere kroniske lidelser». Dette er et svært lavt tall, noe som indikerer at denne store og sammensatte pasientgruppen ikke blir profilert som en felles gruppe av kommuner og helsefellesskap når de skal beskrive innholdet i prosjektporteføljene. Når vi spør kommunene mer direkte, slik vi har gjort i surveyen, oppgir 64 av 87 kommuner (74 prosent) at de har samhandlingsprosjekter rettet mot denne, eller rettere sagt disse, pasientgruppene.

En gjennomgang av intervjumaterialet fra de fire helsefellesskapene i Nord-Norge viser at ordet «kroniker» knapt er nevnt. Dette oppfattes ikke som en egen pasientgruppe. Derimot omtales flere spesifikke pasientgrupper som har til felles at de har kroniske sykdommer. Dette kan være skrøpelige eldre, personer med diabetes, kols, sykkelig overvekt eller alvorlige psykiske lidelser.

Et eksempel er prosjektet «Hvor er handlingsrommet?» i Troms og Ofoten, som omfatter pasienter med kols, diabetes og kreft. Målet for pasientene er et mer koordinert

tjenestetilbud fra alle instanser og en mer helhetlig oppfølging lokalt. Kommunene har som mål å øke kompetanse og kapasitet og redusere presset på sykehusinnleggelser. Helseforetakets mål er først og fremst at kommunenes innsats rettet mot stabile pasienter skal frigjøre ressurser som helseforetaket kan bruke på mer akutte tjenester.

«MILA – Mitt liv, mitt ansvar» er en tjenestemodell for digital hjemmeoppfølging utviklet i samarbeid mellom Ahus og en rekke kommuner. Modellen gir pasienter med kroniske eller langvarige sykdommer – særlig kols og hjertesvikt – mulighet til å følges tett opp hjemme via digitale målinger, egenbehandlingsplan og regelmessig dialog med helsepersonell. Målet er å styrke pasientens mestring og trygghet, oppdage forverring tidligere og redusere behov for akutt helsehjelp. Foreløpige resultater viser færre innleggelser og mindre legevaktbruk samt høy brukertilfredshet. Modellen er nå tenkt utviklet til flere forløp og kronikergrupper. MILA startet som en del av det nasjonale velferdsteknologiprogrammet (2018–2024) og fikk digitaliseringsprisen i 2025. Siden svært mange av prosjektene som er omtalt under andre kategorier, også inkluderer pasienter med kroniske sykdommer, trekker vi ikke fram flere «kronikerprosjekter» her.

Kvinner i svangerskap, fødsel og barsel

I tabell 11 er sju av 166 RS-prosjekter (fire prosent) kategorisert som rettet mot kvinner i svangerskap, fødsel og barsel. I spørreundersøkelsen oppga tolv av 87 kommuner (14 prosent) at de hadde samhandlingsprosjekter med RS-tilskudd rettet mot denne målgruppen (figur 10).

«Barsel hjemme» er et samarbeidsprosjekt mellom Ahus og 21 kommuner. Prosjektet har som formål å tilby et trygt, sammenhengende og faglig forsvarlig barseltilbud der mor og barn kan reise tidligere hjem fra sykehuset. RS-midlene finansierer en prosjektleder i 100 prosent stilling på tvers av kommuner og Ahus samt to barnepleiere i 50 prosent stilling for å bygge opp tjenester, utvikle felles arbeidsmåter og sikre kvalitet i hjemmeoppfølgingen. Målet er tidligere støtte, bedre veiledning, tryggere overganger mellom sykehus og kommune og en mer bærekraftig organisering av barselomsorgen.

«Kombinasjonsstillinger – jordmor» er et felles pilotprosjekt mellom Oslo universitetssykehus (OUS) og bydel Nordre Aker. Prosjektet prøver ut nye samarbeidsformer der jordmødre jobber både i fødeavdelingen på OUS og i bydelens svangerskaps- og barselomsorg. Målet er å skape mer sammenhengende tjenester for gravide og nybakte familier, få bedre informasjonsflyt og utnytte jordmorkompetansen på tvers av tjenesteni-våer. Prosjektet skal samtidig styrke rekruttering, fagutvikling og kvaliteten på tilbudet gjennom tettere samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Det finnes tilsvarende prosjekter der andre bydeler og Akershus universitetssykehus er med.

Målet med RS-prosjektet «En omsorgsmodell for en bærekraftig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i Helse Fonna-regionen» er å sikre kvalitet i en helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselhelsetjeneste innenfor eksisterende rammer og ressurser samt å sikre nødvendig kompetanse. Haugesund sykehus initierte prosjektet, men flere kommuner og sykehus sitter i prosjektets referansegruppe.

Andre grupper eller flere grupper

Av 166 RS-prosjekter er 66 (39 prosent) plassert i kategorien som enten dekker flere målgrupper eller er rettet inn mot andre målgrupper enn de som er beskrevet over. I spørreundersøkelsen oppga tolv av 87 kommuner (14 prosent) at de hadde samhandlingsprosjekter med RS-tilskudd rettet mot andre målgrupper. Over har vi gitt eksempler på prosjekter som treffer flere målgrupper. Her nøyer vi oss med to prosjekter som retter seg mot andre grupper enn de fem kategoriene over.

Det første er «Holterprosjektet» rettet mot hjertepasienter i alle aldre. Det er et samarbeid mellom Finnmarkssykehuset helseforetak og kommunene Vardø, Nesseby, Båtsfjord, Berlevåg og Tana. En Holter-undersøkelse er en langtidsregistrering (vanligvis 24 timer, men opptil tre døgn) av hjerterytmen, der pasienten er hjemme og lever som normalt. Undersøkelsen benyttes for å påvise eventuelle hjerterytmeforstyrrelser som ikke fanges opp ved en alminnelig EKG-undersøkelse. Prosjektet finansierer blant annet innkjøp av nødvendig utstyr til kommunehelsetjenesten og opplæring av personell. Målet er at pasienter skal slippe å reise til sykehuset for å få gjort undersøkelsen.

Eksempel nummer to handler om ernæring. Helsedirektoratet har utviklet kurstilbudet «Bra mat for bedre helse». Målsettingen med kurset er «å motivere, hjelpe og støtte deltakerne til å gjøre endringer i sine matvaner og kostholdet som er bra for helsa» (Helsedirektoratet, u.å.-c). I Helse Fonna har Haugesund kommune og Bokn kommune gått sammen med Helse Fonna ved Lærevansker- og utviklingsforstyrrelsespoliklinikk om et prosjekt for å tilpasse og prøve ut «Bra mat for bedre helse» for personer med kognitiv funksjonsnedsettelse og å utvikle et kurstilbud tilpasset denne målgruppen.

5.3 Finansiering

Helse- og omsorgsdepartementet bevilget 566 millioner kroner i RS-tilskudd de to første årene (2024–2025). Da RS-ordningen ble opprettet, hadde ikke kommunene og helseforetakene en organisasjon som umiddelbart kunne ta midlene i bruk. De hadde heller ikke utviklet kriterier for fordeling av midlene. Vi vil derfor se at det til å begynne med var en viss tilbakeholdenhet med å starte opp prosjekter, at helseregioner og helsefelleskap har valgt ulike løsninger, og at disse fortsatt er under utvikling. I det følgende beskriver vi kun prosjekter som har fått tildelt midler. Vi går ikke inn på hvor mye av midlene i hvert enkelt prosjekt som er brukt. Vi går heller ikke nærmere inn på midler som er holdt tilbake.

Fordeling av midler etter prosjektinnretning

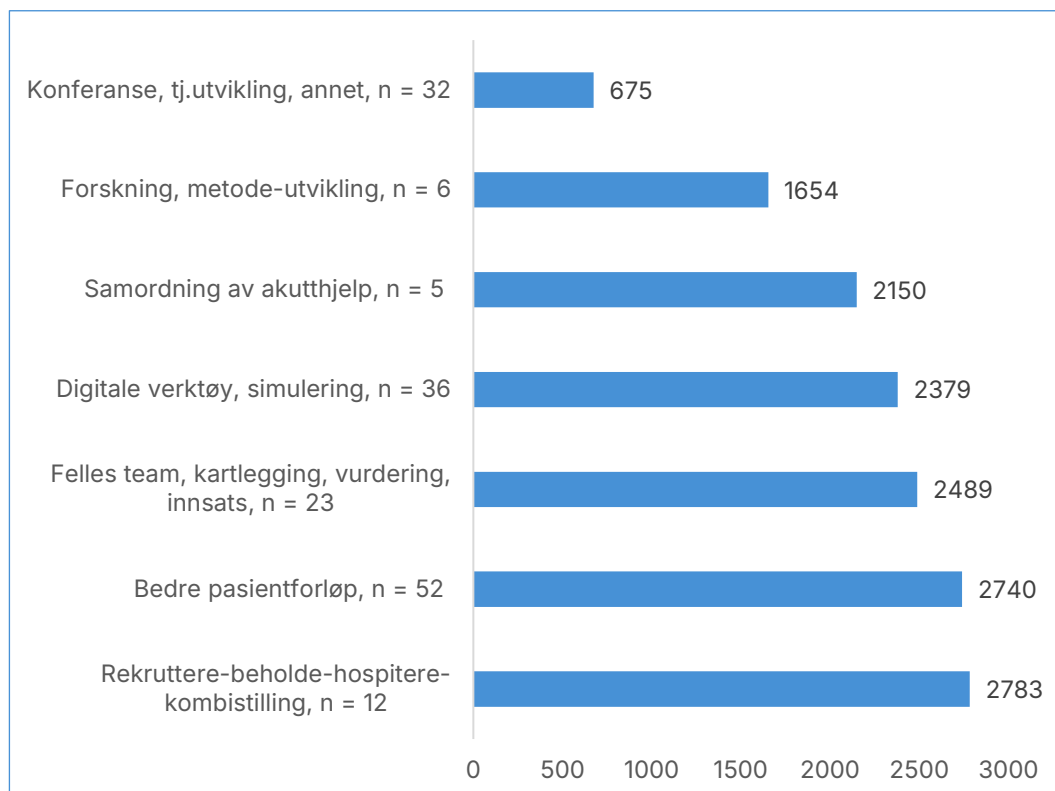
Prosjektene som inngår i tabellene under, summerer seg til 314 millioner kroner. Det utgjør 55 prosent av det totalt bevilgede beløpet.

HOD har gitt overordnede føringer for bruk av rekrutterings- og samhandlingstilskuddet, som beskrevet over. Føringerne handler om innretningen på bruken, men spesifiserer i liten grad konkrete kostnadstyper. Midlene kan brukes til lønn, frikjøp, reise, noe utstyr og begrenset administrasjon, forutsatt at kostnadene er direkte knyttet til avtalte samhandlingstiltak og tjenesteutvikling. Det poengteres også at midlene skal gå til utprøving og utvikling, ikke til varig drift.

Det er stor spredning i hvor store tilskudd som er tildelt hvert av de 166 RS-prosjektene. Ni prosjekter har fått mindre enn 100 000 kroner, mens omtrent like mange er tildelt 7 millioner kroner eller mer. Gjennomsnittsprosjektet er tildelt 1,9 millioner kroner.

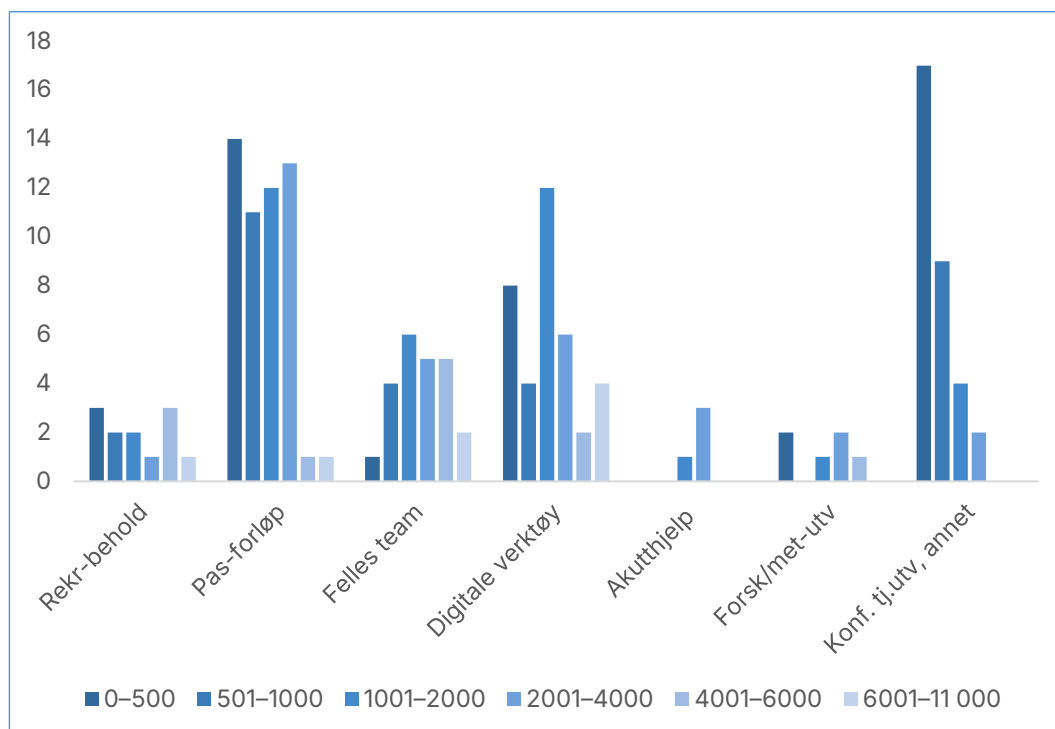
Prosjekter som går til konferanser, administrasjon, strukturutvikling og diverse tjenesteutvikling, er i gjennomsnitt blitt tildelt 675 000 kroner. De mest personalekspisitte prosjektene har, med et gjennomsnitt på 2,8 millioner kroner, mottatt de største bevilgningene (figur 11). Ettersom det kun er tolv prosjekter i denne kategorien, blir ikke totalutgiftene til denne kategorien så store.

Figur 11 Gjennomsnittlig tilskudd etter RS-prosjektens innretning (i tusen kroner). N = 166



Figur 12 gir litt mer informasjon om spredningen av prosjekter etter innretning og størrelse på RS-tilskuddene. Den viser antall prosjekter med ulik innretning gruppert etter størrelsen på tilskuddet. Prosjekter med små RS-tilskudd har lyse søyler. Jo mørkere søyle, jo høyere tilskudd. Aksen til venstre viser antall prosjekter. «Rekruttere og beholde»-prosjektene har 1–3 prosjekter i hver tilskuddskategori. Det er få prosjekter med tilskudd på mer enn 6 millioner kroner (mørkeste søyle, nr. 6 fra venstre i hver tilskuddskategori). Halvparten av dem befinner seg i kategorien «Digitale verktøy». Kategorien «Bedre pasientforløp» teller 53 prosjekter. Her er de fleste prosjektene jevnt fordelt i de minste og midlere tilskuddsgruppene.

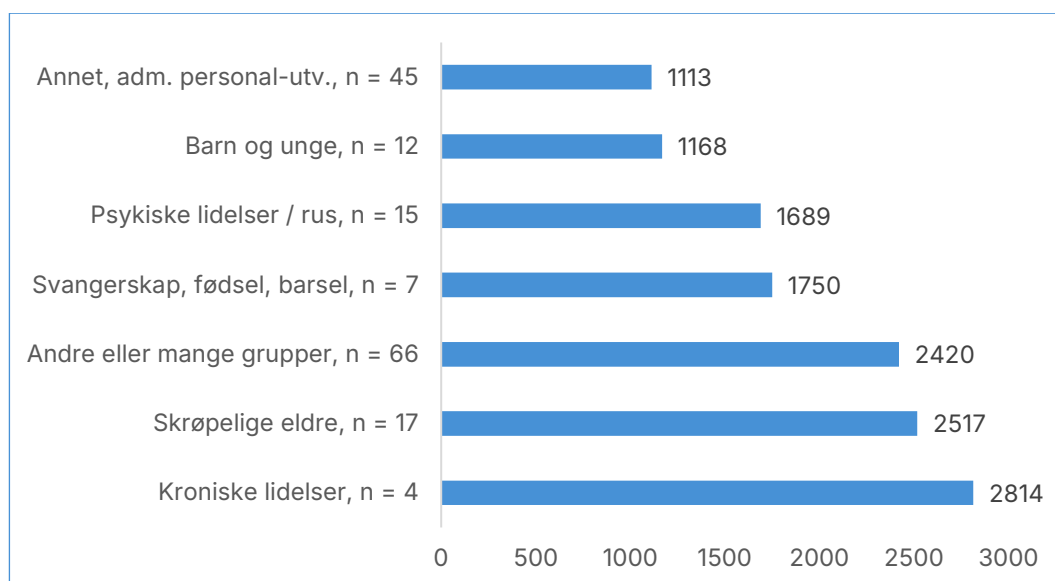
Figur 12 Antall prosjekter gruppert etter prosjektinnretning og tilskuddsramme (i tusen kroner). N = 166



Fordeling av midler etter målgruppe

Som nevnt over er der vesentlig variasjon i størrelsen på RS-prosjektene. Pasientmålgruppen barn og unge har lavest gjennomsnittstildeling (1,2 millioner kroner). De fire prosjektene som eksplisitt retter seg mot personer med kroniske lidelser, har høyest gjennomsnittstildeling (2,8 millioner kroner), mens prosjekter med skrøpelige eldre er marginalt mindre, med en gjennomsnittstildeling på 2,5 millioner kroner (figur 13).

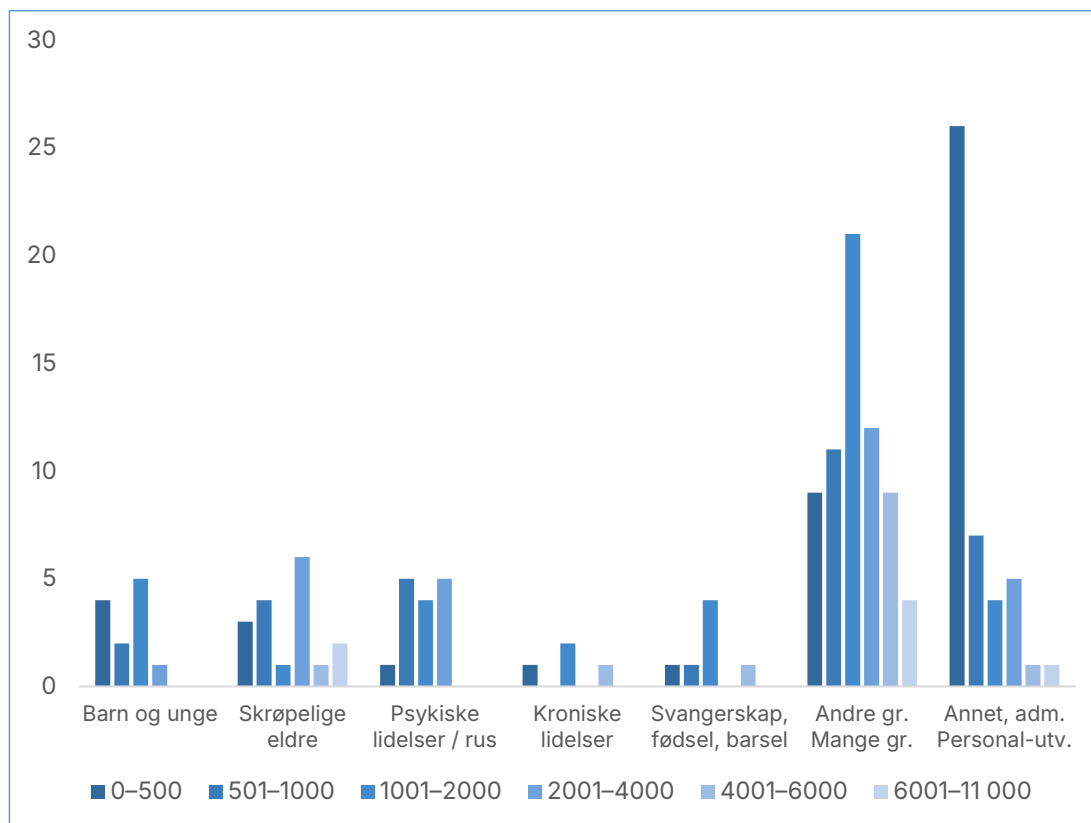
Figur 13 Gjennomsnittlig tilskudd etter RS-prosjektene målgruppe (i tusen kroner). N = 166



Den største målgruppen består av 66 prosjekter som dels inkluderer to eller flere pasientgrupper og dels andre relevante pasientgrupper enn de myndighetene oppfordrer helsefelleskapene til å prioritere. Her finner vi de fleste prosjektene med store tilskudd,

men også mindre prosjekter. Prosjektene som har konferanser, administrasjon, struktur-utvikling og diverse tjenesteutvikling som hovedmål, er som nevnt de minste. I alt 26 av dem er tildelt under 500 000 kroner. Prosjekter med barn og unge skiller seg litt fra andre prosjekter ved at ingen av dem tilhører de to høyeste tilskuddsgruppene.

Figur 14 Antall prosjekter gruppert etter målgrupper og tilskuddsramme (i tusen kroner). N = 166



Fordeling av midler etter helsefelleskap

RS-tilskuddet bidrar til å finansiere en rekke samhandlingsprosjekter. Som oftest vil disse prosjektene måtte ha tilleggsfinansiering. Samtidig pågår det en rekke samhandlingsprosjekter som ikke inngår i RS-porteføljen. I dette delkapittelet viser vi først hvordan tilskuddsmidlene for 2024 og 2025 er fordelt på de fire helseregionene og de 19 helsefelleskapene. Deretter beskriver vi omfanget av delfinansiering og tilleggsfinansiering og diskuterer valg mellom mange små og færre store prosjekter. Til slutt tar vi opp spørsmål om usikkerhet omkring tildelingen og synspunkter på rapporteringen.

Tabell 12 viser antall prosjekter, total tilskuddsramme¹⁶ og gjennomsnittlig tilskudd per region. Det er relativt sett flest store prosjekter i helsefelleskapene i Helse Nord, hvor gjennomsnittstildelingen per prosjekt ligger på 3,3 millioner kroner. Til sammenligning er gjennomsnittstildelingen i de tre andre regionene på 1,5 millioner kroner.

¹⁶ Vi bruker tildelingstall fordi disse er tilgjengelige. Vi har ikke hatt anledning til å gjøre analyser av hvordan tildelingen er planlagt fordelt over flere år, og størrelsene på de faktiske utbetalingene.

Tabell 12 Antall RS-prosjekter og tilskuddsmidler fordelt på helseregionene (i tusen kroner)

Helseregion	Antall prosjekter	Tilskudd	Gjennomsnittlig tilskudd per prosjekt
Helse Sør-Øst RHF	64	116430	1819
Helse Vest RHF	44	53531	1217
Helse Midt-Norge RHF	26	36035	1386
Helse Nord RHF	32	108386	3387
Alle	166	314382	1894

Tabell 13 viser den samme oversikten, men fordelt på hvert av de 19 helsefelleskapene. Tabell 12 viste at Helse Vest hadde de laveste bevilgningene per prosjekt. Innenfor denne helseregionen skiller helsefelleskapet Fonna seg ut. Her har 13 prosjekter et gjennomsnittstilskudd på 542 000 kroner. Det er lavest i hele landet, tett fulgt av helsefelleskapene i Nordre Trøndelag og Telemark. For Fonna sin del skyldes det lave gjennomsnittet at hele fem av 13 prosjekter ble definert som «forprosjekter» med tildelinger på 50 000 kroner (fire prosjekter) eller 100 000 kroner (ett prosjekt). I realiteten var dette midler som ble bevilget til gode, men ufullstendige eller mangelfulle prosjektsøknader, og som var tenkt som «såkornsmidler» som kunne benyttes til å utvikle prosjektidéene og -søknadene videre med tanke på «reell» finansiering ved neste korsvei.

Tabell 13 Antall RS-prosjekter og tilskuddsmidler fordelt på helsefelleskapene (i tusen kroner)

RHF	Helsefelleskap	Antall prosjekter	Tilskudd	Gjennomsnitt tilskudd per prosjekt
Helse Sør-Øst RHF	Østfold	13	18147	1396
Helse Sør-Øst RHF	Ahus og kommunene	8	23900	2988
Helse Sør-Øst RHF	Oslo	11	24620	2238
Helse Sør-Øst RHF	Innlandet	15	21815	1454
Helse Sør-Øst RHF	Vest-Viken	2	7475	3738
Helse Sør-Øst RHF	Vestfold	3	9430	3143
Helse Sør-Øst RHF	Telemark	8	5380	673
Helse Sør-Øst RHF	Agder	4	5663	1416
Helse Vest RHF	Sør-Rogaland	11	17758	1614
Helse Vest RHF	Fonna	13	7050	542
Helse Vest RHF	Bergensområdet	13	24423	1879
Helse Vest RHF	Sogn og Fjordane	7	4300	614

Helse Midt-Norge RHF	Møre og Romsdal	5	14204	2841
Helse Midt-Norge RHF	Søndre Trøndelag	8	13420	1678
Helse Midt-Norge RHF	Nordre Trøndelag	13	8411	647
Helse Nord RHF	Helgeland	6	30657	5110
Helse Nord RHF	Lofoten, Vesterålen, Salten	4	18923	4731
Helse Nord RHF	Troms og Ofoten	14	31177	2227
Helse Nord RHF	Finnmark	8	27629	3454
Alle	Alle	166	314382	1894

Prosjekter som kategoriseres som konferanser og administrasjon har gjerne en lav tilskuddsramme, ofte på 100 000 kroner eller mindre, og svært sjelden over 500 000 kroner. I Helse Vest er det mange slike prosjekter. Dette kan forklare noe av grunnen til at deres gjennomsnittstildeling er lav. Denne sammenhengen forklarer imidlertid ikke forskjellen i tildelingsbeløp helt. I Helse Sør-Øst er det for eksempel få slike prosjekter, samtidig som gjennomsnittsbeløpet per prosjekt ligger nærmere det vi finner i Helse Vest, enn det vi finner i Helse Nord.

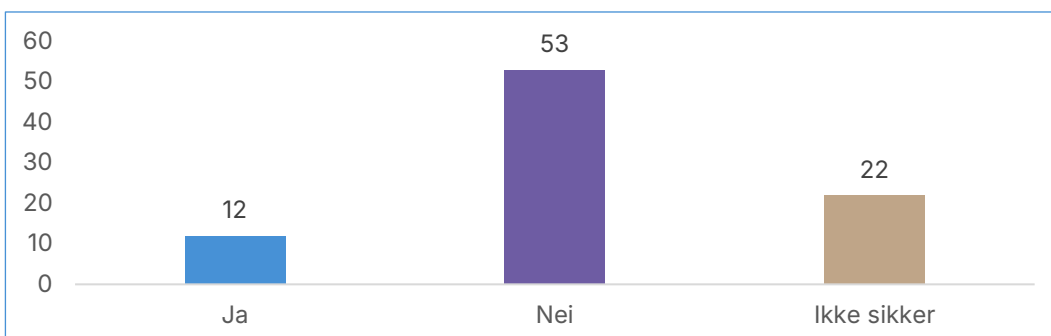
I Telemark har de for eksempel mange prosjekter med små bevilgninger. De har valgt å spre midlene utover på flere, da de har en søknadsbasert modell og opplever å få mye ut av lite:

Veldig fasinerende hva noen får ut av små midler, og det ville vi gått glipp av uten denne [søknads]prosessen.

RS-tilskudd som delfinansiering

I spørreundersøkelsen ble kommunene spurt om RS-tilskuddet var tilstrekkelig til å gjennomføre de lokale prosjektene. Bare tolv av 87 kommuner (14 prosent) oppgir at RS-tilskuddet fullfinansierer prosjektgjennomføringen (figur 15). 53 kommuner (61 prosent) svarer nei og har dermed hatt tilleggsfinansiering for å kunne gjennomføre prosjektet. 22 kommuner vet ikke sikkert om RS-tilskuddet har fullfinansiert prosjektet eller ikke.

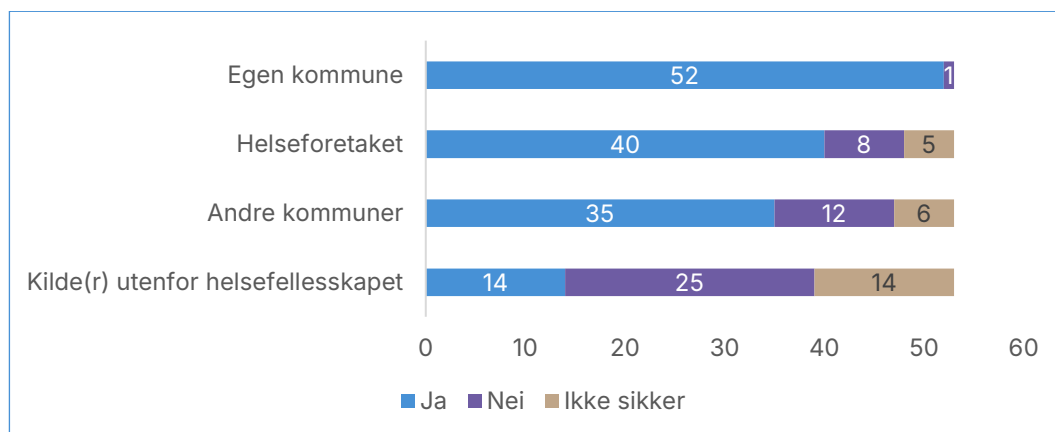
Figur 15 Er det eller de prosjektene kommunen deltar eller har deltatt i, fullfinansiert av RS-tilskuddet? Antall. N = 77



Vi har videre sett på om helseregion eller kommunestørrelse slår ut på finansieringsmønsteret. Er det slik at store og små kommuner i ulik grad stiller med egenfinansiering, eller er det enkelte helsefelleskap hvor egenfinansiering er mindre vanlig enn i andre? Kommunestørrelse har liten betydning, men det er en tendens til at de største kommunene oftest svarer nei på spørsmålet om fullfinansiering (vedleggstabell 11). Det er derimot klarere forskjeller mellom helseregionene: Ytterpunktene er dobbelt så mange nei-som ja-svar i Helse Nord (åtte mot fire) sammenliknet med over sju ganger så mange nei-som ja-svar i Helse Sør-Øst (30 mot fire). Av tolv svar fra helsefelleskapet Innlandet oppgir ingen at prosjektene er fullfinansiert (vedleggstabell 12).

Figur 16 viser at kommunene oftest oppgir at det er egen kommune som står for tilleggsfinansieringen. Kilder utenfor helsefelleskapet er uvanlige. Helse Nord-kommuner oppgir aldri at de har finansieringskilder utenfor helseregionen. Kommuner i Helse Vest oppgir oftest (43 prosent) at de har tilleggsfinansiering utenfra. Tatt i betraktning hvor små de tildelte beløpene er, kunne man forventet at enda flere måtte ty til tilleggsfinansiering.

Figur 16 Andre finansieringskilder benyttet i gjennomføringen av RS-prosjekter. Antall. N = 53



Intervjuene viser at forventningene til fullfinansiering varierer mellom helseforetak og kommuner. I ett helsefelleskap på Østlandet pekte informanten fra helseforetaket på kulturelle forskjeller mellom de to forvaltningsnivåene:

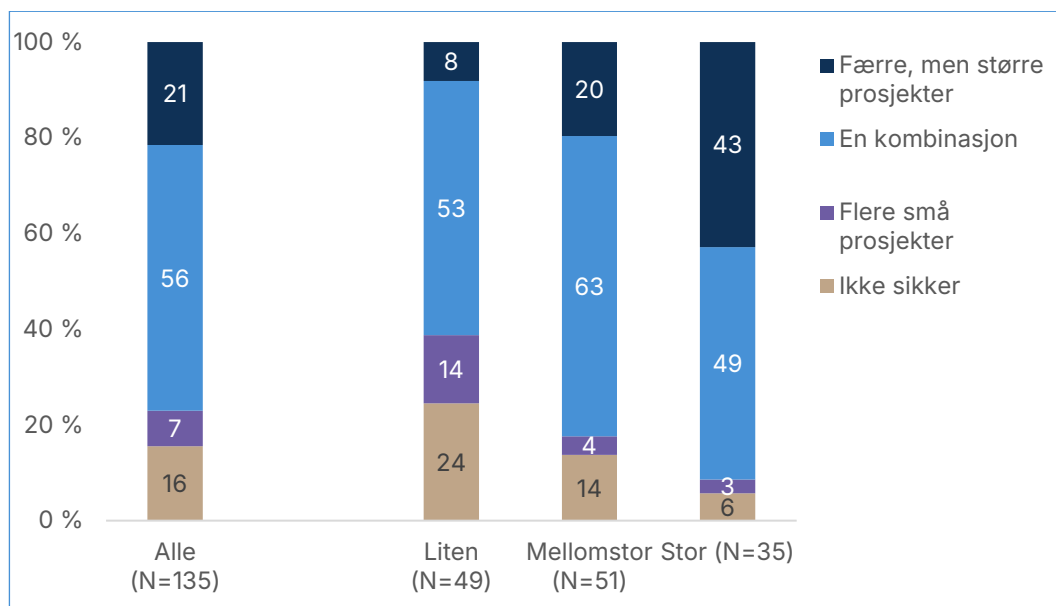
Vi i sykehusene er vant til at når vi søker midler, da er det snakk om delfinansiering, mens kommunene ønsker hele pakka, de ønsker ikke å delfinansiere. Veldig mange av kommunene sier at hvis vi må bruke friske midler på prosjekter, så er vi ikke villige til å delta. Vi må få hele summen.

Mange små eller færre, store prosjekter

Det er stor variasjon i størrelsen på prosjekttilskuddene (tabell 13). I spørreundersøkelsen spurte vi om kommunene hadde en preferanse for flere små eller færre, store RS-prosjekter, eller om de ønsket en kombinasjon. Over halvparten foretrekker en blanding av små og store prosjekter. Én av fem ønsker at RS-midlene konsentreres om færre og større aktiviteter, mens bare sju prosent ønsker seg flere små prosjekter (figur 17). Over dobbelt så mange (16 prosent) vet ikke hva de skal mene om dette.

I tråd med det vi tidligere har sett, viser figuren at det er forskjell mellom kommunene etter størrelse. Mens andelen som foretrekker en kombinasjon av store og små prosjekter, er omtrent den samme i små, mellomstore og store kommuner, øker andelen som ønsker færre, men større RS-prosjekter, med kommunestørrelse: Den er fem ganger høyere i de store kommunene enn i de små. Blant mellomstore og store kommuner er det så godt som ingen som ønsker seg flere små prosjekter. En sammenlikning av kommunene på tvers av region viste ingen signifikant forskjell (vedleggstabell 14). Det er kun i Møre og Romsdal helsefelleskap at flere kommuner foretrekker flere og små prosjekter, mens Innlandet og Troms og Ofoten har flest kommuner som vil at prosjektene skal bli færre og større. I de tre helsefelleskapene Telemark, Fonna og Nordre Trøndelag, som alle har svært små prosjekter, svarer kommunene at de ønsker en kombinasjon av store og små prosjekter, eller at de er usikre på hva de mener. Det er svært få derfra som har svart at de vil ha færre og større prosjekter (vedleggstabell 15).

Figur 17 Preferanse for flere små versus færre store RS-prosjekter etter kommunestørrelse. Prosent. N = 135



De fleste svarer altså «ja takk, begge deler», slik som sitert under fra en kommune i Agder:

Det er en fordel å kunne samarbeide på tvers av kommuner/sykehus med både store og små prosjekter.

Informanten fra en mellomstor kommune på Sørvestlandet delte følgende betraktning om hensiktsmessigheten av små versus større og korte versus lengre prosjekter:

Det kan være ulike formål [på prosjektene]. Jeg tenker nok at det bør være en blanding. Ikke bare legge alle pengene i de lange prosjektene som binder pengene i fem år. Og heller ikke bare disse små prosjektene på ett år. Men at en sikrer at en har en blanding [...], tror jeg er fornuftig. Det er jo for så vidt krevende å starte et prosjekt. Det å starte opp, det tar tid. Det tar fort et halvt år før du er skikkelig i gang. Og det er jo klart at når vi bruker ressurser og folk på noe, så må vi ha tro på at [det varer].

Samtidig er jeg helt enig i at hvis det ikke fungerer, så kan vi ikke bare holde på for å holde på. Men det blir krevende med stor rigg på et prosjekt, og så er det usikkert [med finansiering] om et år.

En annen mellomstor kommune i samme helsefelleskap hadde en litt annen oppfatning, helte mot en viss konsentrasjon av midlene og ville «heller gitt [til] færre, men gitt mer». En liten kommune på en annen kant av landet mente også at prosjektene må ha en viss størrelse, og uttalte:

Jeg har tro på prosjekter som går over tid. Ikke så mange små, for det blir det ikke mye av. Det må være litt robuste prosjekter.

Informantene i Helse Nord, og da særlig ledere fra helseforetakene og de største kommunene, vil ha store prosjekter og eventuelt litt færre. De begrunner dette dels med at de store aktørene har bedre gjennomføringsevne, og at store prosjekter vil gi større lærings- og overføringsverdi til samtlige kommuner i regionen. For dem regnes prosjekter på rundt 10 millioner kroner som små, så selv om prosjektene i Helse Nord er store i landsmålestokk, viser de neste sitatene at informantene mener regionen bør gå enda lengre:

Dagens modell sprer ressursene «tynt» over mange små prosjekter og brukes delvis til Helse Nords egne strukturproblemer.

Jeg tror det som skiller våre helsefelleskap [fra andre], er det at vi har jobbet mer med noen få store prosjekter som forhåpentligvis kan gi strukturelle endringer og bedre løsninger for pasientene. Vi håper at de store bevilgningene kommer, så vi kan utvikle større prosjekter [på 20–30 millioner kroner].

Slike synspunkter finnes også i andre helsefelleskap og spesielt i helseforetakene og de største kommunene. For eksempel diskuteres det i Telemark, særlig i spesialisthelsetjenesten, om færre og større prosjekter vil gi større effekt. Men i minst ett av helsefelleskapene i Midt-Norge er det annerledes. Der er det, kommunene som ønsker å holde antall prosjekter nede av ressurshensyn:

Kommunene har vært forkjemperen hos oss for prioritering, prioritering. Sykehuset er de som gjerne drar inn alskens prosjekter som de har lyst til å gå inn i, mens vi sier nei, vi har ikke kapasitet. Kommunene var også pådrivere for å revidere handlingsplanen for å få ned antall prioriterte tiltak der. Forrige handlingsplan hadde [mange] tiltak som vi holdt på å knekke nakken på. Og kommunene har vært veldig klare på at vi må prioritere, vi må prioritere. Vi kan ikke gjøre alt samtidig som [sykehuset] har behov for, så antallet tiltak i planen ble redusert. For det vi hiver oss med på, det skal vi gjøre ordentlig.

SSU-lederen og den kommunale samhandlingskoordinatoren i et annet av helsefelleskapene er enige om at «det er for mange småprosjekter». Den ene sier:

Jeg har tro på større prosjekter med mer penger og å satse over tid, heller enn flere små prosjekter.

De ønsker seg «store prosjekter som testes ut over en periode og får ressursene». Men det er også de som tar til orde for flere små prosjekter, slik som i det neste sitatet fra en Møre-kommune:

Innretningen bør endres til at flere mindre prosjekter får støtte, at partene forplikter seg til at det skal foreligge økonomiske gevinster for begge forvaltningsnivå.

I første tildelingsrunde ved Innlandet ønsket kommunene seg flere mindre prosjekter, mens sykehusene foretrakk mer konsentrasjon. Alt i alt reflekterer intervjumaterialet funnene fra spørreundersøkelsen presentert i figur 17, nemlig at store kommuner ønsker seg større og færre prosjekter. Intervjuene viser i tillegg at helseforetakene i stor grad deler dette synspunktet.

5.4 Relevans og nyttebetraktninger

Enkelte RS-prosjekter har pågått i flere år. Disse ble startet før RS-tilskuddet var etablert. Men mange av RS-prosjektene er i oppstartsfasen og gir dermed ikke grunnlag for dokumenterbare nyttevurderinger. Det er derfor trolig riktigere å beskrive eventuell nytte som betraktninger om forventet nytte. Det siste finner vi rikelig av i prosjektsøknadene, som har formuleringer om den nye samhandlingens gevinster for pasientene (bedre tjenestekvalitet), for kommunene (faglig utvikling og bedre ressursbruk) og for sykehusene (flere behandlinger på hjemmebane).

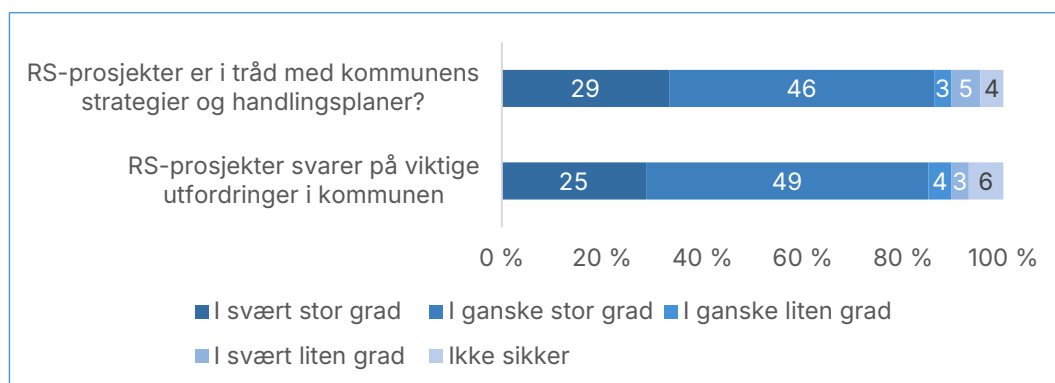
Prosjektene har stor relevans

For å belyse RS-prosjektene relevans inkluderte spørreundersøkelsen følgende to spørsmål:

1. I hvilken grad svarer prosjektet/prosjektene på viktige utfordringer i kommunen?
2. I hvilken grad er prosjektene i tråd med kommunens strategier og handlingsplaner?

Figur 18 viser at 75 av 87 kommuner (86 prosent) mener at RS-prosjektene i svært stor eller ganske stor grad er i tråd med kommunens strategier og handlingsplaner. Tallene for om RS-prosjektene svarer på viktige kommunale utfordringer, er nesten identiske. Tatt i betraktning at en god del av prosjektene ikke er initiert av kommunene selv, men dels er forslag fra helseforetakene og dels er vedtatt uten kommunenes (direkte) involvering, er dette et ganske høyt tall. Det kan også gi en indikasjon på at kommunene blir forstått av helseforetakene.

Figur 18 RS-prosjektene relevans for kommunenes tjenestebehov. Kommuner med erfaring fra minst ett RS-prosjekt. Antall. N = 87

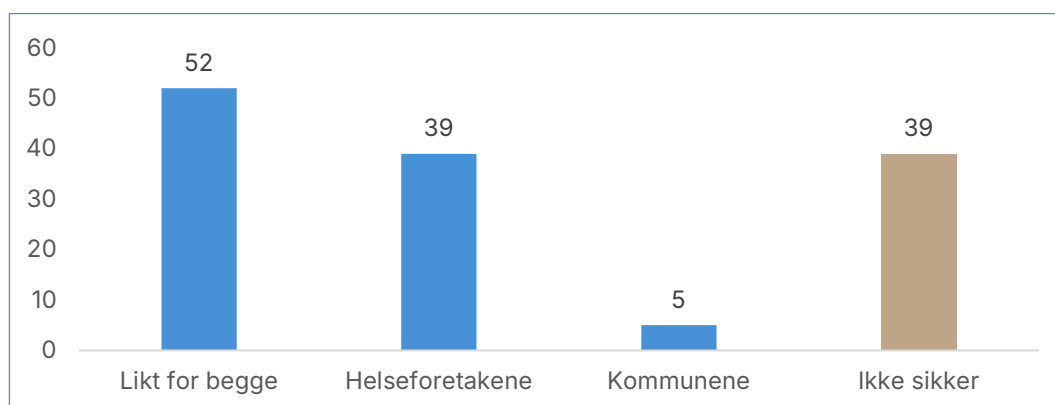


Store kommuner synes oftere enn små og mellomstore kommuner at RS-prosjektene i svært stor grad svarer på viktige utfordringer (39 versus 26 og 22 prosent) og er i tråd med kommunenes strategier (48 versus 21 og 27 prosent).

Nytte så langt

I spørreundersøkelsen spurte vi kommunene om hvem de mente hadde størst nytte av å delta i utviklingsprosjekter med RS-tilskudd. 52 av 135 kommuner (39 prosent) mener nytten er lik for begge parter, mens 39 kommuner (29 prosent) mener helseforetakene har størst nytte av å delta (figur 19). Tatt i betraktning at mange samhandlingsprosjekter har som (del)mål å lette tjenestetrykket i sykehusene ved å flytte tjenester til kommunene, er andelen som mener nytten er lik, kanskje høyere enn man kunne ha forventet. Bare fem kommuner mener at kommunene har størst utbytte av samarbeidet. Ingen av disse er store. Ut fra prosjektgjennomgangen tidligere i dette kapittelet kunne man forventet at tallet var høyere. Over en tredjedel har svart «ikke sikker». Det er nærliggende å tolke begge disse tallene i lys av at mange prosjekter ennå ikke har rukket å realisere lokale gevinster.

Figur 19 Vurdering av hvem som har størst nytte av RS-tilskuddet. Antall. N = 135



Sitatene under er dels fra informantintervjuer og dels fra fritekstsvar. De sammenfatter situasjonen der sykehusene ofte er førende, mens kommunene henger noe etter, samtidig som samarbeidet i helsefellesskapet beskrives som godt. Prosjektene er relevante for kommunene, men det kan være vanskelig å konkretisere nytten. Det første eksempelet er fra en større kommune i Akershus. Det andre er fra en mindre vestlandskommune. Det siste er fra et helseforetak:

Vår erfaring er at kommunene strever med å skape struktur for å ta eierskap til prosjektene. Vi opplever i partnerskapet godt samarbeid rundt valg av prosjekter og at de er relevant for kommunen. Men kommunene bør komme mer på banen med sine behov som grunnlag for utvikling av fremtidens tjenester via disse midlene.

Vi ser stadig etter nye løsninger som kan være med på å gjøre hverdagen bedre både for ansatte og innbyggere som mottar tjenester av oss. Vi ser derfor nytten av å delta i prosjekter, for å få en bredere kunnskap, og samtidig dele erfaringer på tvers av kommuner og andre instanser. Gjennom slikt arbeid har vi troen på at vi stadig vil kunne forbedre våre tjenester.

Tilskuddsordningen vurderes å ha positiv effekt ved å gi driv i utviklingsarbeid, men gevinstene oppleves som ulikt fordelt, og særlig små kommuner har utfordringer med å realisere nytten lokalt.

Flere informanter mener det er for tidlig å si noe konkret om RS-prosjektenes resultater: «ting tar tid», og dette er «småskrittsutvikling» og «kontinuerlig forbedringsarbeid». En samhandlingsleder fra Vestlandet sa at RS-midlene hadde gitt «en boost med mulighet til å si ja til initiativ», men var usikker på hvilke effekter de ville oppnå: «Vi får se i hvor stor grad vi får langsiktige, gode tiltak ut av det. Det vet vi jo ikke ennå». En samhandlingsleder fra Midt-Norge var opptatt av å unngå travelhet, sikre langsiktighet og vise tålmodighet i bruken av RS-tilskuddet for å få effekter:

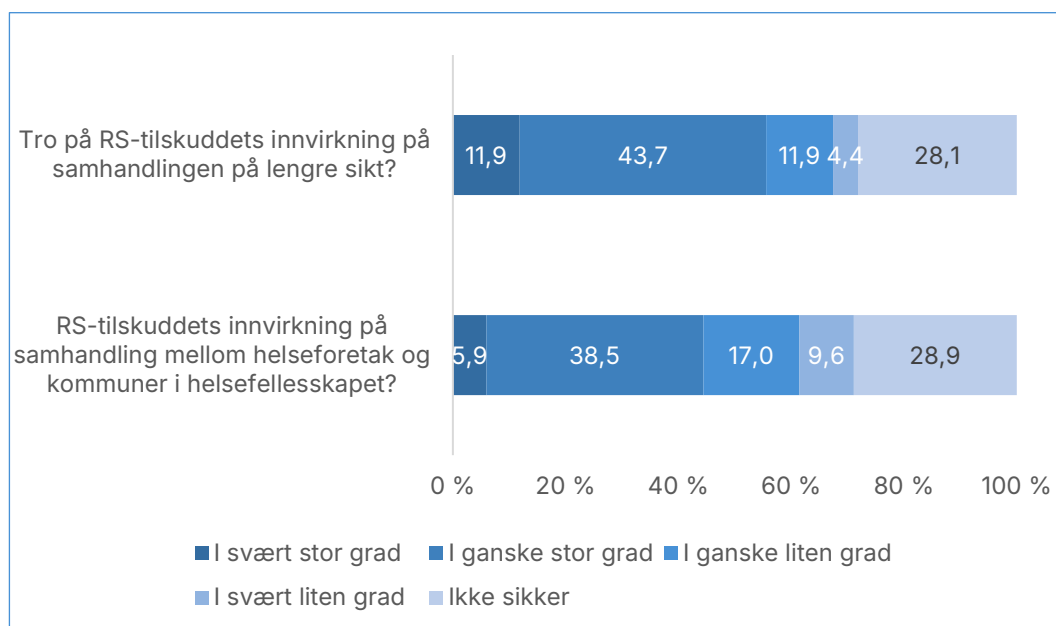
Blir det for stort press på at det skal gå fort og leveres resultater fort, så ender vi opp med å få ting som er dårlig forankra og får lite effekt. [...] [D]et vil ta noen år før man ser konkrete gevinster.

RS-tilskuddets betydning for samhandling

I spørreundersøkelsen ble kommunene bedt om å ta stilling til i hvilken grad RS-tilskuddet hadde betydning for samhandlingen mellom helseforetak og kommuner i helsefelleskapet. Det ble spurt både om tilskuddets innvirkning fram til nå og dets framtidige innvirkning.

Knappe halvparten (45 prosent) var av den oppfatning at RS-tilskuddet i ganske eller svært stor grad allerede hadde hatt en positiv effekt på samhandlingen, mens noen flere (56 prosent) mente RS-tilskuddet ville få betydning på litt lengre sikt (figur 20). Ganske få (16 prosent) var pessimistiske med hensyn til RS-tilskuddets positive effekt over tid. Som for mange andre spørsmål er andelen kommuner som ikke hadde noen oppfatning, høy, nærmere 30 prosent, og som på andre spørsmål er usikkerheten minst blant de største kommunene (14 prosent usikre på begge spørsmålene).

Figur 20 Synspunkter på RS-tilskuddets betydning for samhandling mellom kommuner og helseforetak. Prosent. N = 135



Store kommuner er overveiende mer positive: Mens to av tre store kommuner mener RS-tilskuddet allerede har hatt innvirkning på samhandlingen, mener bare én av tre små kommuner det samme (vedleggstabell 16). Forventninger til effekter på litt lengre sikt er noe større (vedleggstabell 17).

RS-midlenes betydning for utviklingen av helsefellesskapene

Det er mange eksempler på at helsefellesskapene gjennom RS-tilskuddet er blitt styrket. Midlene bidrar til å gi praktisk innhold til strukturer som ellers i stor grad er organisatoriske og relasjonelle. På tvers av intervjuene beskrives midlene som det som «setter samarbeidet i arbeid», ved at de gir konkrete prosjekter, tiltak og utviklingsløp som aktørene kan samles om, slik som i disse sitatene fra Nord-Norge:

Jeg opplever at helsefellesskapet har gitt oss en samarbeidsarena hvor vi kommuner jobber godt i lag. Men det kanskje viktigste er at vi har fått en struktur for å samarbeide med sykehuset. Opprettelsen av helsesjefnettverket har gjort kommunene mer samordnet og ryddige i møte med sykehuset. Og så har helseforetaket skjont at de må forholde seg direkte til kommunene og ikke bare via fylket eller KS.

Tilskuddet gjør oss mer oppmerksomme på hverandre, og det er blir mer politisk interesse for samhandlingsspørsmål. Ordførerne samarbeider nå tettere med UNN. Det kommer mye av sykehuskrisen, at sykehuset nedskaleres. Men takket være helsefellesskapet har vi klart å følge opp.

I ett helsefellesskap i Midt-Norge har man i tillegg til å bruke tilskuddet til å utvikle samhandlingen mellom helseforetak og kommuner brukt midlene strategisk med tanke på å styrke selve helsefellesskapet. Fra helsefellesskapet i bergensområdet ble vi fortalt at samhandlingsmidlene «skaper bedre relasjoner og mer strukturert samarbeid mellom

kommuner og helseforetaket». Dette synet ble delt av helseforetaket i Østfold: «Vi tenker at det er et veldig viktig tilskudd for å fasilitere samhandlinga videre, og for å trekke nivåene tettere mot hverandre». Midlene smører med andre ord maskineriet i helsefellesskapene mer generelt.

En samhandlingsleder på Vestlandet viser til at helseforetaket tidligere har utviklet prosjekter de har ment og trodd har vært nyttige for kommunene, uten å involvere dem skikkelig i prosjektutviklingen fra begynnelsen av, noe som har ført til at prosjektene ikke har blitt realisert. Med RS-tilskuddet har dette endret seg, slik to informanter fra ulike helsefellesskap på Vestlandet og en tredje fra Sørlandet sier:

Det skjer noe når man kan få tak i noen penger som man ikke har i egen organisasjon, og som kan gjøre til at man faktisk blir tvunget til å tenke utenfor boksen.

Dette er prosjekter som skal komme til nytte for både kommune og foretak.

Det er samskaping fra start. Det er ikke sykehusets eller kommunenes prosjekter, det er våre prosjekter.

En informant et helseforetak i Midt-Norge beskriver RS-tilskuddet som «kjærkomment» for samhandlingsarbeidet og understreker dets betydning for helsefellesskapet «i stort»:

Vi hadde ikke fått realisert det vi driver på med nå uten de eksterne [RS-]midlene. Så det har egentlig vært helt avgjørende for at vi skal kunne utvikle oss i fellesskap. Hvis de ble tatt bort, så tror jeg det kommer til å skje veldig lite utvikling i helsefellesskapene, gitt økonomien i henholdsvis helseforetak og de ulike kommunene. Og det er klart at du får til mye med midlene, for det er en liten trampolineeffekt der. Og så er det selvfølgelig egeninnsats som plusses på det der, da. Men det er mye lettere når du har en startkapital.

Fra en sørlandskommune trekkes RS-tilskuddets betydning for å forstå helsefellesskapet og styrke samhandlingen fram: Det «er en positiv oppfatning og litt optimisme å spore i forhold til at dette kan være nyttig på sikt. [...] [Vi er] bedre rusta nå enn vi var for halvannet år siden [dvs. før RS-midlene]». Fra Rogaland følges dette opp slik:

Det med samhandlingstilskuddet [...] er noe som stimulerer, som er et nyttig verktøy, som er et etterspurt virkemiddel inn i helsefellesskapet. [...] Det er supplement til den [samhandlings]prosessen som har vært bra i vårt helsefellesskap.

Disse og en rekke andre utsagn viser for det første at RS-midlene fungerer som virkemiddel til å utvikle og videreutvikle felles initiativ mellom kommuner og helseforetak. Prosjekter finansiert av RS-midler kan være blant de få arenaene hvor samarbeid faktisk materialiserer seg i konkrete tiltak. Samtidig viser materialet at de nye RS-prosjektene blir til og gjennomføres innenfor rammene av de etablerte samarbeidsstrukturene, der

særlig SSU og tilhørende fag- og arbeidsutvalg fungerer som koblingspunkter mellom strategiske prioriteringer og praktisk gjennomføring.

For det andre har midlene betydning for hvordan helsefelleskapene utvikler sine interne styrings- og prioriteringsprosesser. Midlene fungerer ikke bare som finansiering, men også som et styringsverktøy som påvirker utviklingen av selve samarbeidsmodellen. Intervjuene viser tydelige variasjoner i hvordan midlene forvaltes – fra åpne, søknadsbaserte ordninger til mer direkte prioriteringer eller bruk av midlene til faste funksjoner. Disse forskjellene, som utdypes i kapittel 6, bidrar til å forme hvordan samarbeidet organiseres lokalt.

For det tredje peker materialet på at RS-midlene har betydning for kapasitetsbygging og kompetanseutvikling i helsefelleskapene. I flere intervjuer beskrives midlene som avgjørende for å kunne sette av ressurser til utviklingsarbeid, enten i form av prosjekter, funksjoner eller stillinger. Særlig i mindre kommuner framheves det at midlene kan være en forutsetning for å delta aktivt i samarbeid og utviklingsarbeid. Samtidig viser materialet at kapasiteten til å utvikle gode prosjekter og følge opp midlene varierer, noe som også påvirker hvem som får tilgang til midlene, og hvilke tiltak som realiseres. Dette er beskrevet i kapittel 4 om deltakelse. Her føyer vi til to sitater fra to Agderkommuner og deretter ett fra en Østfoldkommune:

Innovasjon koster penger og friske midler er derfor superviktig i en samhandlingsrigg.

Tilskuddet oppleves som en «game-changer» for å finansiere frikjøp av nøkkelpersoner og utvikling av prosjekter.

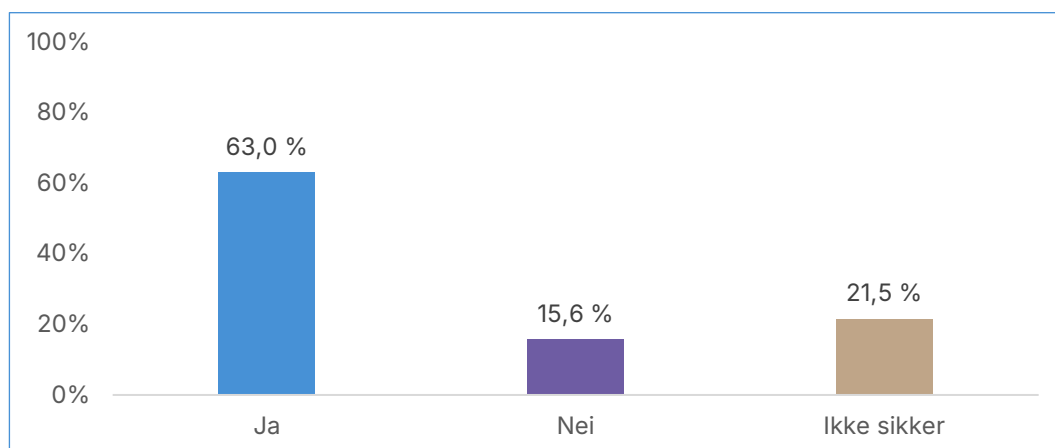
Det er veldig fint at vi får de midlene. Der får vi frikjøpt prosjektleder ved hjelp av midlene.

Samlet sett viser materialet at RS-midlene har en tydelig strukturerende effekt på utviklingen av helsefelleskapene. De bidrar til å konkretisere samarbeidet, påvirker hvordan prioriteringer gjøres, og skaper både muligheter og begrensninger for deltakelse og utvikling. Samtidig avhenger effekten i stor grad av hvordan midlene integreres i de lokale styringsmodellene, og av i hvilken grad de kobles til strategiske mål, systematisk oppfølging og læring over tid.

Andre samhandlingsprosjekter

Mange av dagens RS-prosjekter bygger på erfaringer og resultater fra tidligere samhandlingsprosjekter. Det foregår også en rekke samhandlingsprosjekter parallelt med RS-prosjektene. I spørreundersøkelsen svarte over 60 prosent at de deltok i annet utviklingsarbeid rettet mot styrking av samhandling mellom helseforetak og kommune, og store kommuner deltar oftere i slikt arbeid (80 prosent) enn mindre kommuner (29 prosent). Kommuner fra Helse Vest oppgir oftere enn andre at de deltar i andre prosjekter (vedleggstabell 7).

Figur 21 Kommuner som de siste tre årene har deltatt i annet utviklingsarbeid for å styrke samarbeidet/samhandlingen mellom kommunen og helseforetaket. Prosent. N = 135



Erfaringsdeling og læring mellom helsefellesskapene

Vi har sett at kommunenaboer henter inspirasjon fra hverandre. Men mer systematisk erfaringsdeling etterspørres. Dette kan bidra til økt kunnskap og interesse blant flere aktører i helsefellesskapene. Det vil kunne oppmuntre til gjennomføring av flere samhandlingsprosjekter og spre implementeringen av gode tjenesteløsninger innenfor helsefellesskapenes nedslagsområde. Tilsvarende gjelder for helsefellesskapene innenfor én og samme region. Nasjonal erfaringsdeling om hvordan helsefellesskapene organiserer «RS-riggen», så vel som vellykkede tjenesteløsninger, blir etterspurt. De følgende sitatene er fra helsefellesskap på Vestlandet, og de kommer fra både kommune- og helseforetakssiden.

En SSU-leder og kommunal samhandlingskoordinator framhever at det er behov for læring og effektiv spredning mellom helsefellesskap i hele landet:

Hvis noe funker i ett av disse helsefellesskapene i hele landet, så må det deles på tvers av helsefellesskapene. Hvis noen virkelig lykkes i et helsefellesskap, så mener jeg man kan bli flinkere til å dele det på tvers.

En annen kommunerepresentant foreslår et eget arrangement for læring mellom kommunene:

Hvis de tenker erfaringsdeling, så må de nok sette opp en [egen] dag [...]. Det holder ikke å ha et møte på to-tre timer på Teams, hvor faktisk ikke alle har mulighet til å delta.

Det er en oppfatning av at det til nå har vært sporadisk og tilfeldig kontakt mellom helsefellesskapene på ulike nivåer. Samhandlingslederen i et av helsefellesskapene sier det følgende om erfaringsdeling på tvers av helsefellesskap:

Vi er inne og kikker på hverandres nettsider og ser om det er noe der som kan være interessant å koble mot noe vi holder på med eller har tanker om. Så vidt jeg kjenner til, så er det mer sånn uformelt. [...] I helseforetakene samsnakkes vi jo med [andre]

samhandlingssjefer [...] jevnlig. [...] Det er jo ikke en sånn god struktur rundt akkurat dette [...], men vi deler villig vekk med hverandre på tvers i de forumene vi er.

Flere informanter savner et system for en mer effektiv deling av de gode prosjektene, tiltakene og grepene. Dette er oppfatningen til en kommunal samhandlingskoordinator:

Det er ingen kanal for å dele det [som lykkes] med alle andre. Dette er noe som en helseminister bør fange opp [og kan] breddes ut til alle. Det er altfor mye at en prøver litt varianter av det samme, og så blir det for putlete. [...] Vi må se til hverandre. Vi må ikke prøve ut det samme. Mye er forskjellig, særlig på kommunesiden. Men mye er også veldig likt i forhold til de utfordringene vi står overfor, så vi må se til hverandre. Det må finnes en eller annen rigg for at vi vet om hverandre og kan plukke og lære.

6 Tildelingsprosesser

Kapitlene over har beskrevet aktivitetene og innholdet i RS-prosjektene i lys av trekk ved kommunene. I dette kapitlet beskriver vi hvordan RS-tilskudd tildeles i lys av hvordan samhandlingsstrukturen er rigget i de ulike helseregionene og helsefellesskapene, og hvordan aktørene forstår egne og andres roller i de ulike samhandlingsstrukturene.

Det er 19 helsefellesskap fordelt på fire helseregioner som har ulik størrelse både målt i antall kommuner, helseforetak og innbyggere. De har RS-prosjekter med ulikt volum og forskjellige innretninger, og de har valgt litt forskjellige måter å organisere prosessene som leder fram til de ulike samhandlingsprosjektene. Det de har til felles, er at representanter fra én eller flere kommuner og et helseforetak på ett eller annet tidspunkt i prosessen påtar seg ansvaret for prosjektgjennomføringen.

Noen av helsefellesskapene har nesten identiske utviklings- og beslutningsmodeller, mens andre helsefellesskap har flere modeller. Modellene skiller seg fra hverandre ved hvor mange og hvilke roller aktørene som involveres i prosessen fra prosjektidé til beslutning, innehar. Dette er forholdene som varierer, og som er brukt i tabell 14 til å skille ut de ulike modellene:

- a) Prosjektutforming
 - ▶ Hvem lyser ut midlene og formulerer tildelingskriteriene?
 - ▶ Hvem utformer prosjektbeskrivelsene?
 - ▶ Kan lokale aktører søke eller ikke?
- b) Prosjektbehandling
 - ▶ Hvilke aktører/fora bistår med råd og vurderinger?
- c) Prosjektinnstilling
 - ▶ Hvilke aktører rangerer og innstiller prosjekter som skal få tilskudd?
- d) Prosjektbeslutning
 - ▶ Hvem tar den endelige tildelingsbeslutningen?

6.1 Helse Nord

Nord-Norge skiller seg fra resten av landet ved at Helse Nord RHF styrer mer direkte, og at helsefellesskapene ikke har full råderett over tilskuddsmidlene. I framstillingen forsøker vi å holde oss til to hovedmodeller, selv om noen av informantene mener dette er en overforenkling.¹⁷ En skjematisk framstilling av tildelingsprosessene i Helse Nord er gjengitt i figur 22.

Lokal forankring og helsefellesskapsbaserte beslutninger i Helse Nord

Tildelingsprosessen starter med at Helse Nord RHF deler midlene fra Helse- og omsorgsdepartementet i to. Den ene delen videreføres inntil to ganger i året til hvert av de

¹⁷ Fra helsefellesskapet i Troms og Ofoten framføres fire arenaer som til dels er overlappende og konkurrerende: a) Lokal pott (modell 1), b) Regional pott (modell 2) c) Prosjekt X og d) Tørn samhandling. I tillegg nevnes «InnoMed, NFR, statsforvalter osv., som gir et fragmentert bilde».

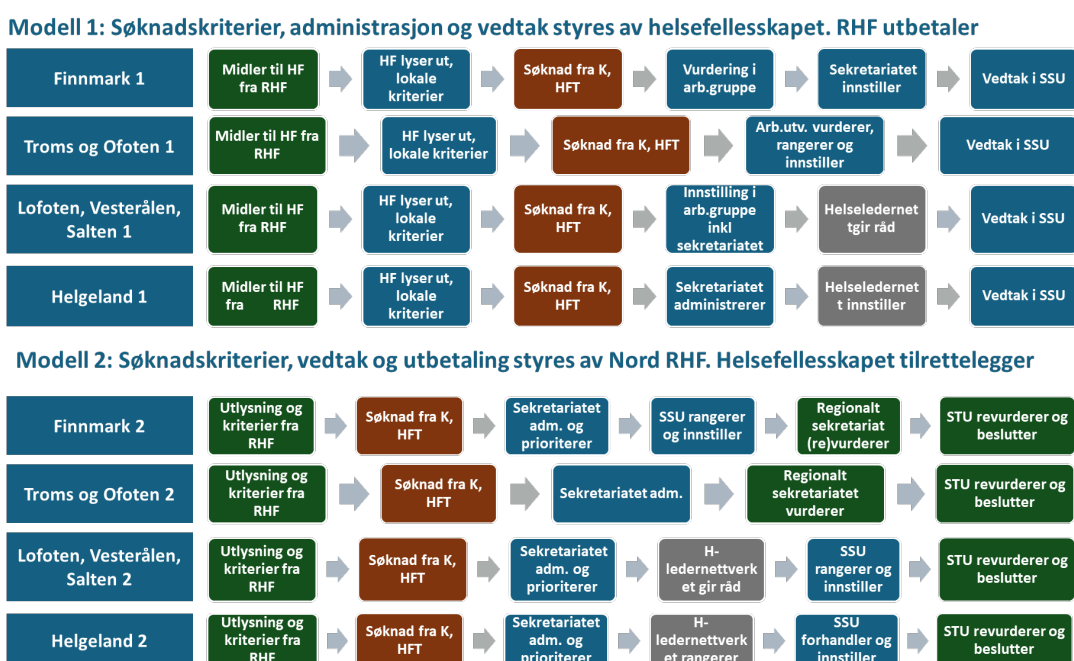
fire helsefelleskapene etter en fordelingsnøkkel. Dette er midler som helsefelleskapene rår over. Helsefelleskapene utvikler lokale kriterier for tildelingen og sender deretter ut en forespørsel til samtlige kommuner og helseforetak om å sende inn prosjektsøknader. Når søknadene kommer inn til helsefelleskapene, blir disse gjennomgått av sekretariatet. Den videre behandlingen varierer litt, men det er vanlig at en arbeidsgruppe bestående av fagpersoner, gjerne sammen med sekretariatet, vurderer og sorterer eller rangerer søknadene. I noen helsefelleskap trekkes også helseledernettet inn. SSU mottar en innstilling og gjør et endelig vedtak. Det varierer litt i hvor stor grad SSU foretar en egen saksbehandling og gjør omprioriteringer.

Regionalt styrte prosjekter

I den regionalt styrte tildelingsprosessen forvaltes den største delen av det RS-tilskuddet Helse Nord RHF har mottatt fra Helse- og omsorgsdepartementet. Kriterier for tildeling utarbeides i RHF-et. Det er også de som utlyser midlene. Kommuner og helseforetak formulerer og reformulerer prosjektbeskrivelser. Dette kan være idéer til helt nye prosjekter så vel som videreføring av påbegynte prosjekter. Prosjektidéene kan komme fra aktører på ulike nivåer i helseregionen. Prosjektsøknadene er formulert av én eller flere kommuner og et helseforetak i fellesskap. Før søknadene sendes til det regionale samhandlingssekretariatet for videre saksbehandling, blir de vurdert i helsefelleskapenes sekretariat. Det varierer litt mellom helsefelleskapene i hvilken grad egne arbeidsutvalg, helseledernettet og SSU trekkes inn. Sentralt tildelingsutvalg (STU) foretar den endelige beslutningen.

I den skjematiske framstillingen av tildelingen i figur 22 er Helse Nord RHF-handlinger gitt fargen grønn. Helsefelleskapene er blå, de lokale aktørene er brune, mens kommunens helseledernettet er grått.

Figur 22 Skjematiske framstilling av tildelingsprosessene i Helse Nord



* Forkortelser: HFT = helseforetak, K = kommuner, HF = helsefelleskap

Blant aktørene med definerte roller i RS-strukturene, som er tilfelle for de fleste av våre informanter, er det ganske stor samstemthet om hvordan beslutningsstrukturene er oppbygget, og hvordan disse har utviklet seg på ganske kort tid. Det er derimot betydelige forskjeller i synet på hvordan strukturene fungerer. Det er først og fremst betydelig skepsis til at regionen har to forskjellige modeller, og at den ene styres av Helse Nord RHF.

Når informantene fra Helse Nord forteller at RS-tilskuddet har bidratt både til å utvikle helsefellesskapene og samarbeidet mellom kommuner og helseforetak, er det først og fremst ordningene under modell 1 de sikter til. Her slipper lokale krefter til, og her får helsefellesskapet handlingsrom og konkrete oppgaver å jobbe med som understøtter deres formål. Sitatet som følger, er fra en informant i Troms og Ofoten. Innholdet er dekkende for manges mening:

Den lokale potten samhandler vi godt om. Her er det likeverdighet. [...] Engasjementet ute i tjenestene har vært veldig stort. Vi vet jo best selv hva vi har behov for i vårt område. Arbeidsutvalget lagde egne kriterier og en innstilling til SSU som var enig. Hadde 14 søknader. Tror 11 gikk uendret gjennom i SSU som godkjente.

Informantene fra kommunene er overveiende mer kritiske enn informantene fra helseforetakene. Informantene fra Helse Nord RHF og til en viss grad også de lokale representantene som sitter i STU, innehar roller som blir kritisert. De deler noe av kritikken, men forklarer også hvorfor de mener den valgte strukturen så langt har vært riktig og viktig for regionen.

Sentralt plasserte aktører hos begge parter mener at STU er et viktig kvalitetssikringsorgan. Men som det framkommer senere i rapporten, er det også en del som mener at STU overprøver lokale initiativ for å utvikle samhandlingen mellom kommuner og helseforetak. Det er også reaksjoner mot at det er brukt midler på prosjekter som kommunene ikke oppfatter som RS-relevante.

Mange synes ordningen i Helse Nord (modell 2) er for topptung. En informant fra Helgeland mente midlene «burde deles direkte til helsefellesskapene, etter en enkel fordelingsnøkkel, og SSU bør ha full beslutningsmyndighet [på alle prosjekter]». Flere informanter fra de andre helsefellesskapene sa omtrent det samme: at midlene fra HOD kunne gått rett til kommunene fordelt etter kommunenes folketall via KS.

Dette argumenteres det imidlertid sterkt imot fra flertallet av informantene. De fleste mener at midlene i sin helhet burde vært disponert av helsefellesskapene, men at det er greit at helseforetakene er mellomstasjon for oppbevaring av midlene. Det vil si at man ikke ønsker at STU skal ha det siste ordet i tildelingen av midler i modell 2. Det hjelper ikke at flertallet i STU består av lokale representanter fra kommuner og helseforetak. Samhandlingssekretariatet ved Helse Nord RHF mener på sin side at det ikke foreligger noen overprøving av hvordan de lokale midlene brukes. Men dette svaret retter seg ikke mot modell 2, men modell 1.

Kommunene oppfatter jevnt over at den regionalt styrte ordningen favoriserer helseforetakene. Sitatene under viser dette. De to første sitatene under kommer fra kommuner, det tredje fra et helseforetak:

Søknader behandles først lokalt etter RHF's kriterier av sekretariatet. SSU reviderer og godkjenner prioriteringslisten. STU vurderer og beslutter. Her er det ganske vanlig at SSUs innstilling blir endret.

Helse Nord overprøver lokal prioritering og setter egne prosjekter foran. Kriteriene [fra RHF] sier ingenting om samhandling, bare om ventetider i spesialisthelsetjenesten. Det er skreddersydd for å møte helseforetakenes utfordringer.

Sentralt tildelingsutvalg overprøver, ja. Men det er til det beste for fellesskapet. Det er mer penger enn gode prosjekter. Så det er fint at noen midler er holdt igjen i påvente av bedre prosjektforslag.

Sykehuskompenserende midler

Det har vært et betydelig politisk engasjement som reaksjon på omstillinger og nedskålinger ved både Universitetssykehuset i Nord-Norge og andre helseforetak, nedleggning av døgntilbud i distriktet, ambulansesaker og endringer i pasienttransport. Dette har også hatt implikasjoner på synspunktene på bruken av samhandlingsmidler. I løpet av intervjuene kom mange inn på at en del av RS-tilskuddet hadde gått til å kompensere for tjenester som var rasjonalisert bort av helsefellesskapene. En av informantene fra helsefellesskapet i Troms og Ofoten mente at RS-tilskuddet ikke bare hadde gått til utvikling av samhandlingen, men også bidratt til å løse større problemer:

Det er egentlig krisen som har gjort det [påvirket denne bruken av RS-midlene,] men de [UNN] hadde ikke fått dette til uten helsefellesskapet.

Det samme vil kunne sies om bruken av RS-midler for at kommunene i Troms skal klare å absorbere Universitetssykehuset Nord-Norges nedleggning av psykiatriplasser ved tre sentre, som vi har omtalt i kapittel 4. Intermediærenheten i Mosjøen er det enkeltseksempelet som trekkes hyppigst fram:

Dette er ren kompensasjon for bortfall av akutt-tjenester på sykehuset i Vefsn. Her er det ganske store summer som ikke går til rekruttering og samhandling i regionen generelt.

Sidesporet

Det følgende er en underart av modell 2 og retter seg mot innspill og pålegg (øremærking) fra nasjonale myndigheter som isolert sett kan være gode tiltak, men som informantene mener at ikke burde vært finansiert av RS-midler. Prosjekt X-ordningen og intermediærenheten i Mosjøen trekkes gjerne fram som eksempler. Skepsisen er særlig stor blant informantene fra kommunene. Samtidig beskriver også informanter fra helseforetakene disse som HOD-besluttede prioriteringer som tas direkte av RS-potten.

Forskjellen mellom partene er at helseforetakene problematiserer dette i mindre grad enn kommunesiden, og at de forholder seg til dette som «oppdrag som skal gjennomføres».

En av kommuneinformantene viser til et medieoppslag (Dagens Medisin) som er kritisk til Prosjekt X, og sier:

Vi har nå tre Prosjekt X tiltak og venter et fjerde. Dette finansieres ved at tilskuddsmidlene til RS-prosjekter reduseres tilsvarende.

En informant med bakgrunn som leder i begge tjenestenivåer uttrykker seg krassere:

Dette føyer seg inn i rekken av ulike helseministere gjennom årene som tror at opprettelse av helsefelleskap og små tilskuddsordninger skal være en kvikkfix på de store utfordringene som finnes i helsevesenet i Norge i dag. Jeg har lang erfaring innen samhandling fra begge sider av bordet [...]. Økonomien er så presset [...] og vi må kutte i lovpålagte tjenester i kommunen og har ingen mulighet til å ta over oppgaver fra sykehusene som ligner på 1,5 linje tjeneste og som normalt faller inn under spesialisthelsetjenesten sitt ansvar. Skal vi ta over oppgaver så må det følge midler med, ellers blir det konsekvent nei herifra.

Flere andre informanter har vært inne på det samme, men i litt mildere ordelag. Disse eksemplene på det som oppfattes som utidig innblanding, passer egentlig ikke inn i normalversjonen av modell 2, men siden midlene fordeles gjennom Helse Nord RHF og ikke går via helsefelleskapene, inngår de i informantenes kritikk av det regionale helseforetakets rolle i forvaltningen av RS-tilskuddet.

Basert på gjennomgangen av den totale prosjektporteføljen i Helse Nord (32 registrerte prosjekter pluss noen ikke-registrerte) og på hovedinntrykket fra intervjuene mener vi at omfanget av slike prosjekter har vært lite. Men om omfanget var lite, var det nok til å skape irritasjon blant kommunene som har sett på dette som tilsnikelser fra helseforetakenes side.

Forsvar for sentral styring

Som tidligere vist har både kommunene og helseforetakene representanter i det sentrale tildelingsutvalget. Det er også andre informanter fra begge sider som støtter STUs rolle i både modell 1 og 2, og som mener det gjør faglig gode beslutninger. En informant fra et av helseforetakene mente «at det er bra at noen kan holde igjen midler når prosjekter ikke er gode nok». Flere av informantene kom med lignende synspunkter. Hvorvidt det er empirisk belegg som underbygger denne påstanden, har vi ikke hatt anledning til å etterprøve. Det er også aksept fra mange at STU vurderer ut fra regionale kriterier og ikke bare fra lokale.

Fra begge parter framheves det at mange kommuner i Nord-Norge mangler ressurser til å ta i bruk utviklingsmidler på en god måte. Antall lokale prosjekter og størrelsene på tilskuddene er ikke nødvendigvis et hovedproblem. Problemet ligger i en manglende

kapasitets- og maktbalanse. Helseforetakene har egne samhandlings- eller prosjektavdelinger og kommer ifølge en av informantene «slik lettere i posisjon til å få midler».

De små kommunenes kapasitetsproblemer kan tolkes til inntekt for den «lett patroniserende» ordningen med en sterk regional styring der STU sikrer at ressurser ikke går til kommuner som ikke har kapasitet til å nyttiggjøre seg dem. Eller som en informant fra et av helseforetakene spissformulerte det:

Dette er nødvendig for god forvaltning av så store beløp. Ellers kunne vi risikert å kaste gode penger etter dårlige prosjekter.

En annen informant uttrykte bekymring for at lokalt initierte prosjekter uten sentral kontroll lett «kunne bli for smale og vanskelige å ta over i drift slik at de kan komme alle til gode». De fleste informantene var mer forsiktige, men representantene fra helseforetakene og noen av de større kommunene mente at Helse Nord sin forklaring – «at de måtte ha mer kontroll fordi Nord fikk så store beløp» – var saklig.

Fra kommunesiden beskrives søknadsprosessen ikke bare som topptung med et RHF som har vetorett, men også som tungvint, byråkratisk og ressurskrevende, noe som favoriserer store kommuner og helseforetak. I Troms og Ofoten er det ansatt en egen tilskuddskordinator med RS-midler som støtter både søknadsutvikling, rapportering og erfaringsspredning mellom prosjektene. Det er ikke vanlig å ha en slik stilling, men erfaringene fra Troms og Ofoten er gode. Som en av informantene sa:

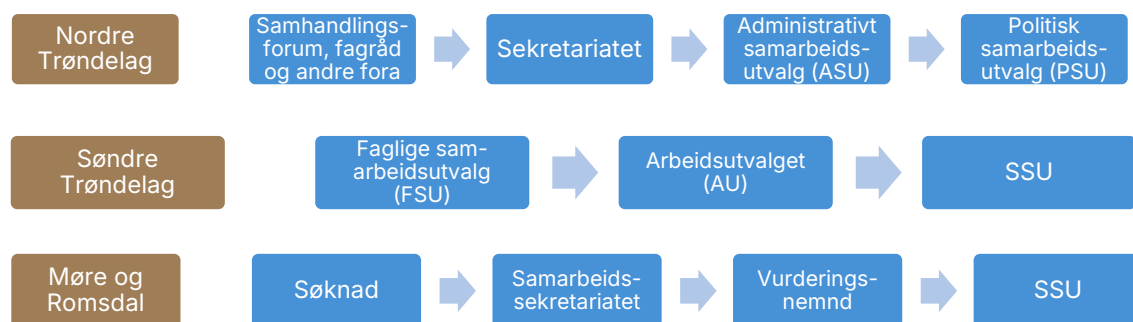
Det er jo litt dumt å forvalte så mange prosjekter uten å ha en god koordinering og å kunne dra lærdom av [de spredte] prosjektene.

Et annet argument for dagens sentraliserte ordning, framført av en helseforetaksrepresentant, er at dersom de små kommunene skulle få midler til å ansette en lokal prosjektleder, ville dette trolig føre til at kommunen mistet en ansatt fra det kliniske arbeidet, noe som mange steder er kritisk i en allerede krevende rekrutteringssituasjon.

6.2 Helse Midt-Norge

Helsefelleskapene i Midt-Norge har valgt tre ulike måter å tildele RS-tilskuddet på (figur 23). Til forskjell fra Møre og Romsdal tildeler både Nordre og Søndre Trøndelag RS-tilskudd uten å gå veien om utlysning og en søknadsprosess. Men mens Nordre Trøndelag, som ett av få helsefelleskap, forankrer tildelingen politisk på øverste nivå i helsefelleskapet, dvs. i politisk samarbeidsutvalg (som tilsvarer partnerskaps-/dialogmøtet i andre helsefelleskap), er det SSU som tildeler tilskuddet i Søndre Trøndelag. Møre og Romsdal benytter en egen vurderingsnemnd i tildelingsarbeidet, noe som er forholdsvis uvanlig, men det er SSU som foretar den formelle tildelingen, som i Søndre Trøndelag.

Figur 23 Tildelingsprosessene i Helse Midt-Norge



Nordre Trøndelag

Helsefelleskapet i Nordre Trøndelag skiller seg fra mange andre helsefelleskap ved at det ikke brukes utlysninger, men i stedet en politisk forankret direkte tildelingsmodell.

Midlene tildeles etter en innstilling i administrativt samarbeidsutvalg (ASU, som tilsvarer SSU i andre helsefelleskap), mens endelig vedtak fattes i politisk samarbeidsutvalg (PSU, som kalles partnerskaps-/dialogmøtet andre steder), ett nivå over det som er alminnelig i de fleste andre helsefelleskap. Denne beslutningsmodellen er blant annet valgt for å samsvare med budsjettvedtak ellers i offentlig sektor. Modellen benyttes også for å unngå byråkrati og omfattende søknadsprosesser som krever tid og ressurser til utlysning og behandling, og dermed, er antakelsen, ville favorisert større aktører. Den ene informanten fortalte at de ønsker å bruke midlene «smidig», «enkelt» og på «lite kostnadskrevende» måte. De ønsker «å bruke minst mulig innsats og ressurser på å få til å bruke midlene, og mer på å jobbe med tiltakene». Det er sekretariatet som henter inn innspill fra ulike faglige fora og forbereder arbeidet i ASU. Et av medlemmene i sekretariatet forteller at:

Sekretariatet har en aktiv rolle i å bidra til å få utviklet ideer. Det er sånn at man i organene på alle nivåer i helsefelleskapet kan spille inn ideer, og så jobber vi [i sekretariatet] med å utvikle dem, og så blir de fremmet opp mot ASU og PSU når de er modne til å kunne tildeles tilskudd.

Betydningen av å bruke helsefelleskapets organer aktivt for å få fram idéer vektlegges:

[Fagrådene sitter] nært tjenester og nært drifta [i både kommuner og HFT]. Det er der utviklingskrafta er. Mye av ideene er der. Verkstedet for å utvikle ting, ligger jo der.

Flere av dem har kommet med mange gode forslag [til bruk av RS-tilskuddet].

Nordre Trøndelag har i stor grad ønsket å benytte RS-tilskuddet til å forsterke samhandlingssatsinger de allerede har, og tildeling av midler skjer som i andre helsefelleskap med henvisning til helsefelleskapets strategi og handlingsplan. I handlingsplanen nevnes de fire prioriterte gruppene, men man ønsker framfor alt å satse på eldre med skrøpelig og personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer.

Det virker som at det er bred oppslutning om den valgte måten å bevilge RS-tilskudd på. Informanten fra en småkommune sier: «Jeg har tro på den måten vi organiserer det [RS-midlene] på i Nord-Trøndelag». Sitatet i kapittel 4 fra en annen mindre kommune i

helsefellesskapet e om at det er fint «å være med på lasset», kan tas til inntekt for det samme.

Søndre Trøndelag

Som Nordre Trøndelag praktiserer Søndre Trøndelag helsefellesskap direkte tildeling uten utlysninger basert på eksisterende handlingsplan og pågående samhandlingsprosjekter. Sekretariatet og arbeidsutvalget (AU, som i tillegg til sekretariatet også består av leder og nestleder i SSU) er den drivende kraften. Det kommer innspill fra og konsulteres med de faglige samarbeidsutvalgene (FSU-ene), og AU innstiller til vedtak i SSU. Lederne av SSU er dermed både med å innstille og å vedta tildelingen. Noen av prosjektene som mottok 2024-midler, kom ikke i gang i 2025, og da ble de midlene omfordelt til andre prosjekter som var godt i gang. 2025-tildelingen gikk i all hovedsak til prosjekter som hadde fått RS-midler i 2024. Man ser for seg å tildele midler på samme måte framover, men ønsker å komme mer «på tur» og tildele 2026-midlene tidligere på året enn i de to første rundene. Det konkluderes med at det har vært stor grad av enighet om tildelingsbeslutningene. Samhandlingslederen fortalte at det «har gått smertefritt. Man har vært omforent. Det har ikke vært noen særlige diskusjoner».

I intervjuene med sekretariatet ble det argumentert for at helsevesenet – både helseforetakene og kommunene – i for stor grad er tilskuddsstyrt og lite strategisk. Om man blir for opptatt av å søke tilskudd, lyder argumentet, kan ressursbruken bli styrt av andres prioriterte satsingsområder, som ikke nødvendigvis samsvarer helt med helsefellesskapets egne. På grunn av ressursutfordringer må det jobbes målrettet og det må prioriteres sterkt i bruken av RS-tilskuddet. Ressursbesparende direkte tildeling er veid opp mot den innovasjonskraften som potensielt ligger i åpen tildeling, og ressurs hensyn har endt opp med å veie tyngst:

Vi har begrensa ressurser. Vi har begrensa kapasitet. Og da må vi være strenge på hva vi bruker sykehuset og kommunen sine ressurser til i forhold til utvikling. Vi må legge en plan for hva vi skal satse på, og vi må prioritere.

Når man ikke bruker utlysninger, risikerer man at man:

kan gå glipp av noe innovativt. Det kan man. Men jeg tror vi må ofre det. Ja, jeg tror vi må gjøre det. [...] Men vi skal ikke hindre de gode initiativene. Vi ønsker likevel at [...] Vi har det tredje nivået i samhandling, [...] de faglige utvalgene. Og vi tenker at de skal være med å påvirke og spille inn. Og det er der vi må satse på at kreativiteten blomstrer.

Møre og Romsdal

Den første tildelingen av RS-midler i Møre og Romsdal ble foretatt direkte av SSU i desember 2024. Det kom inn to store søknader, og begge ble tildelt midler. Tidlig i 2025 ble det opprettet en vurderingsnemnd, og dagens system for tildeling av RS-midler, reflektert i figur 23, ble opprettet. Midlene lyses ut, og det benyttes egne søknadsskjemaer. Krav og kriterier ligger ute på internett. Søknadene bør fortrinnsvis være forankret i ett eller flere av de seks faglige samarbeidsutvalgene. Søknader går til

samarbeidssekretariatet, som sjekker at de tilfredsstillter formalkrav. Søknader som tilfredsstillter formalkrav, blir sendt til en vurderingsnemnd, som utarbeider en innstilling til SSU, som så fatter vedtak om tildeling.

Det er enighet om at det på intervjudtidspunktet har kommet på plass «en veldig god rigg» for tildeling av RS-tilskuddet. I intervju med kommunene uttaler en informant:

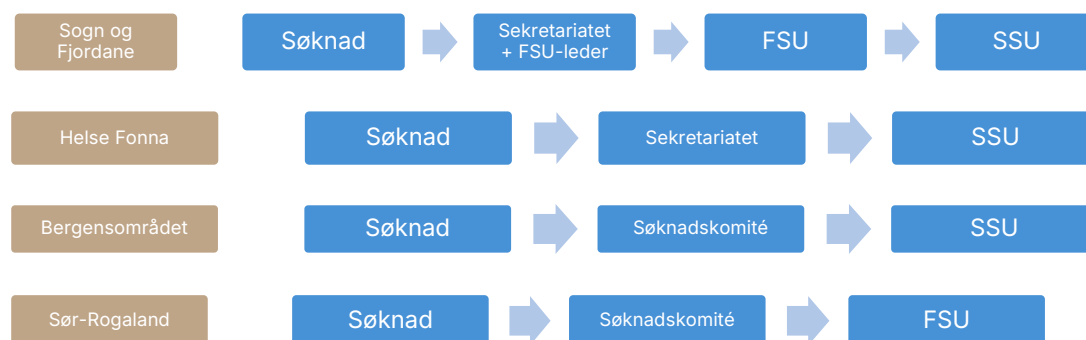
Vi har laga til et bra, stramt og forutsigbart opplegg i forhold til søknader, med skjema og hva vi forventer skal dokumenteres, og en del må-krav.

En representant for helseforetaket beskriver prosessen som «grundig». Møre og Romsdal har valgt å ha «bare én tildeling for året, fordi vi bruker såpass mye ressurser på den prosessen med søknader, og gjør det såpass seriøst som vi gjør».

6.3 Helse Vest

Alle fire helsefelleskap i Helse Vest benytter et søknadsbasert opplegg for tildeling av RS-tilskudd (figur 24). I tre av fire helsefelleskap er det SSU som tildeler tilskuddet. I Sør-Rogaland har SSU delegert ansvaret for tildelingen til det faglige samarbeidsutvalget (FSU). To av fire helsefelleskap, bergensområdet og Sør-Rogaland, har introdusert søknadskomitéer som utarbeider innstillinger til vedtak, mens det i Sogn og Fjordane og Helse Fonna er henholdsvis FSU og sekretariatet som har denne oppgaven.

Figur 24 Tildelingsprosessene i Helse Vest



Sogn og Fjordane

Figur 24 presenterer tildelingsprosessen i Sogn og Fjordane slik den var for 2025-midlene, men måten man tildeler RS-tilskudd på i dette helsefelleskapet, har vært, og er fortsatt, under utvikling. Opprinnelig ønsket man *ikke* kriterier, *ikke* søknadsskjema og *ikke* en formell prosess, men bare en «lavterskel» vei til midler. Det medførte at søknadene til 2024-midlene ble svært ulike og vanskelige å sammenligne og vurdere. Derfor ble det etablert en mer strukturert tilnærming til arbeidet med RS-midlene, som inneholder søknadsskjema, søknadsfrister (to runder i 2025), kriterier basert på de nasjonale føringene, felles vurderingsgrunnlag og rapporteringskrav.

Beslutningsprosessen i 2025 var som følger: Sekretariatet og leder av faglig samarbeidsutvalg (FSU) foretok en første vurdering av søknadene og forberedte saken om tildelingsbeslutning for FSU. Om nødvendig hentet de inn ekstra informasjon. FSU behandlet søknadene og sendte sin innstilling til SSU, som så foretok tildelingen. Dette

systemet vil imidlertid bli omgjort i 2026 ettersom FSU som et administrativt organ, slik det framsto ut 2025, er nedlagt, og nye FSU-er med mer begrensede, men faglige oppgaver knyttet til ulike pasientgrupper og ev. andre tema blir/er opprettet. Det diskuteres om man i 2026 skal opprette en egen søknadskomiteé eller tilsvarende, eller om det er sekretariatet som skal utarbeide innstilling til bruk av RS-tilskuddet til SSU. Det er også uvisst om det blir én eller to utlysninger i 2026.

Helse Fonna

Helse Fonna startet med løpende søknadsfrist, men gikk over til to faste frister per år (vår og høst) for å styrke prioritering og forutsigbarhet. Det er utviklet egne søknadsskjemaer, og det henvises til nasjonale og lokale føringer samt kriterier for tildeling, som alle foreligger på internett. Kriteriene vektlegger reelt samarbeid, lokal tilpasning og strategisk relevans. Søknadsskjemaene har vært enkle, ut fra «et mål om å ikke gjøre søknadsprosessen for omfattende og for byråkratisk». Man ønsket «en lavere terskel» enn en fullverdig forskningssøknad, fordi et slikt krav ifølge samhandlingslederne kunne blokkert søknader fra personer og miljøer med liten eller ingen forsknings- og prosjekterfaring.

Sekretariatet foretar faglig og strategisk vurdering av søknadene, sjekker om søkerne oppfyller de nasjonale kriteriene, kontrollerer om det foreligger lokal tilpasning (en søknad kan ikke være en blåkopi av et prosjekt eller en «løsning» fra et annet sted uten justering), og reelt samarbeid mellom helseforetak og kommuner og forankring i helsefelleskapets strategi. En fordeling av prosjekter på flest mulig kommuner har *ikke* vært etterstrebet. Sekretariatet bruker et vurderingsskjema knyttet til mål, behov, samarbeid og gjennomførbarhet.

Sekretariatet lager en innstilling til SSU, som er øverste beslutningsorgan for tildelingen og foretar selve vedtaket, men først forankres beslutningen ved at innstillingen er innom helseledernetverket (kommunenes formøte) og direktørmøtet i Helse Fonna. Dessuten sendes prosjektsøknader til relevante faglige samarbeidsutvalg for en uttalelse, og SSUs arbeidsutvalg kan be om tilleggsinformasjon fra søkerne før vedtak fattes.

Mange søknader, og en større andel enn i de fleste andre helsefelleskap, har blitt tildelt forprosjektmidler, som kan være helt ned i 50 000 kroner. Slike midler gis når idéen er god, men ikke tilstrekkelig utredet, når lokalt tilpasningsarbeid mangler, og/eller når samhandlingen ikke er godt nok etablert og forankret. Til det siste poenget uttalte en av informantene fra helsefelleskapet:

Det virker som om noen tror at bare det å ha vært i kontakt med sekretariatet, så er det forankret.

Flere forprosjekter har i neste omgang mottatt ordinære prosjektmidler. Noen større prosjekter har fått gjentatte bevilgninger.

Helse Fonna åpner for at noen midler settes av til strategiske behov uten søknad, dvs. til SSUs benyttelse. SSU har dessuten stått som søker på to prosjekter. Det ene kan beskrives som et «ordinært» prosjekt og handler om utarbeidelse av rutiner og retningslinjer for pasientløp på tvers av tjenestenivå. Det andre handler om å styrke

samhandlingsarbeidet i helsefellesskapet gjennom en prosjektveilederstilling, dvs. støtte til koordinering og gjennomføring av prosjekter finansiert med RS-tilskudd. Dette minner om liknende bruk av midlene i andre helsefellesskap.

Tildelingsprosessen er utviklet og justert siden starten, og Helse Fonna er åpen for ytterligere tilpasninger. Med ordene til en representant fra helseforetaket:

Vi er veldig åpne på at vi må prøve oss fram. Dette har vi ikke gjort før. Vi har ingen erfaring og er veldig åpne for å korrigere oss underveis.

En informant fra en mellomstor vestlandskommune synes det er hipp som happ om RS-tilskuddet lyses ut, eller om det tildeles etter en mer direkte tildeling i regi av helsefellesskapets organer:

På en måte så tenker jeg gjerne det er to sider av samme sak. Fordi at når det er SSU som sitter og gjør vurderingene, så er det på en måte «same-same» om det kommer som søknad eller om de har funnet på det selv, fordi at vi er i samme dammen. Så de som sitter i SSU, vet jo hva som rører seg [...], og hva fokuset er. [...] Jeg tror kanskje de ender opp nesten på samme prosjekt om du søker eller om SSU tildeler [uten søknad]. De har såpass god kontakt med FSU-ene [de faglige samarbeidsutvalgene], så de vet hva som rører seg der av prosjekter.

Bergensområdet

Helsefellesskapet i bergensområdet benytter utlysning basert på søknadskriteriene. Det er én årlig hovedsøknadsrunde med søknadsfrist om våren, og dersom det er midler til overs, gjennomføres det en ekstra søknadsrunde om høsten. Per mars 2026 hadde bergensområdet hatt kun én utlysning der midler for både 2024 og 2025 lå i potten. Søknadene vurderes av en søknadskomiteé nedsatt av SSU, som utarbeider en prioritert innstilling til SSU, som vedtar tildelingen av RS-tilskuddet. Bergensområdet skiller seg ut fra mange andre helsefellesskap ved at sekretariatet har en noe mindre rolle i tildelingsprosessen.

Søknadskomiteéen er bredt sammensatt og består av leder og nestleder fra bergensområdets fire områdeutvalg, dvs. fire kommune- og tre helseforetaksrepresentanter¹⁸, to brukerrepresentanter (én fra kommunene og én fra spesialisthelsetjenesten), én fastlegerepresentant og én kliniker fra spesialisthelsetjenesten. De to forvaltningsnivåene (kommune- og helseforetakssiden) er med andre ord likt representert, noe som er allmenlig i helsefellesskapenes ulike fora. Det benyttes søknadsskjemaer, og søknadskomiteéen kan be søkere om utfyllende informasjon. I tillegg til nasjonale føringer vises det til helsefellesskapets strategi og handlingsplan. Søkere oppfordres også til å søke annen finansiering.

¹⁸ Søknadskomiteéen består bl.a. av ledere og nestledere i områdeutvalgene, og Helse Bergen har samme nestleder i to av utvalgene. Det blir likevel til sammen fire helseforetaksrepresentanter i komiteen fordi det er tatt med en kliniker fra spesialisthelsetjenesten.

Det tildeles midler for inntil ett år av gangen. Fravær av flerårig tildeling skyldes ikke manglende vilje, men usikkerhet om statsbudsjett og videre tildeling av RS-tilskudd. Om prosjektet går over flere år, må man dokumentere framdrift i henhold til planer og ev. (sannsynliggjøre) vellykkede resultater for å bli vurdert ved neste korsvei. Tildelingsstrukturen oppleves som ryddig og faglig solid, og det er enighet om at søknadsmodellen er riktig og viktig, blant annet fordi den stimulerer til idéutvikling.

Sør-Rogaland

I Sør-Rogaland har det faglige samarbeidsutvalget (FSU) fått delegert myndighet fra SSU til å tildele RS-tilskudd. FSU har en sammensetning som likner den i SSU, med lik representasjon fra kommuner og helseforetak. Fram til sommeren 2025 hadde man løpende vurderinger i FSU av søknader som kom inn, men så besluttet man å innføre to søknadsfrister per år (vår og høst), og man opprettet en søknadskomité som går gjennom og vurderer prosjektsøknadene og utarbeider en innstilling til FSU. Tidligere hadde FSUs arbeidsutvalg (AU) forberedt beslutningene. Medlemmene i søknadskomiteen er medlemmer av FSU, men noen andre enn de som sitter i AU. Sekretariatet fasiliterer arbeidet med RS-tilskuddet.

Tildelingskriteriene samsvarer med de nasjonale føringene. I tillegg henvises det til strategi og handlingsplan. Tildelingskriteriene var under revisjon høsten 2025. Bred deltakelse og faglig forankring framheves i intervjuene som sentrale elementer i beslutningsprosessen. Med ordene til en av informantene i helsefellesskapet:

[Søknadene] må via de faglige gruppene som jobber med pasientforløp. Det må forankres; det må være noen innspill; det må via det vi kaller tjenestemodellgrupper, de arbeidsgruppene og faglige i miljøene som jobber med de fire prioriterte pasientgruppene. [...] Det må formidles og diskuteres i de oppnevnte gruppene i helsefellesskapsstrukturen.

Idéer og initiativ til prosjekter har også oppstått i tjenestemodellgruppene. Flere av de finansierte samhandlingsprosjektene er ikke «ferske» og «nye», men «har en forhistorie på ulike måter».

FSU bevilger i utgangspunktet kun midler til bruk i ett år, men ett prosjekt har fått tildelt midler til bruk i to år. Andre må eventuelt søke på nytt for år nummer to. Det kan søkes om utvidelse inntil tre ganger i tråd med «en erkjennelse om at ting tar tid». Søknadene må inneholde informasjon om planlagt bredding og overgang til drift.

Informantenes inntrykk av hvordan helsefellesskapet virker, påvirker deres oppfatning av RS-tildelingene. En liten og en mellomstor kommune ble intervjuet sammen. De beskriver et system med mange møter og tunge beslutningsprosesser for å tildele RS-tilskudd: «Det ble jo nesten bare behandla søknader». Det settes spørsmålstegn ved verdien av alt arbeidet, altså om strukturene er de riktige eller effektive nok målt opp mot

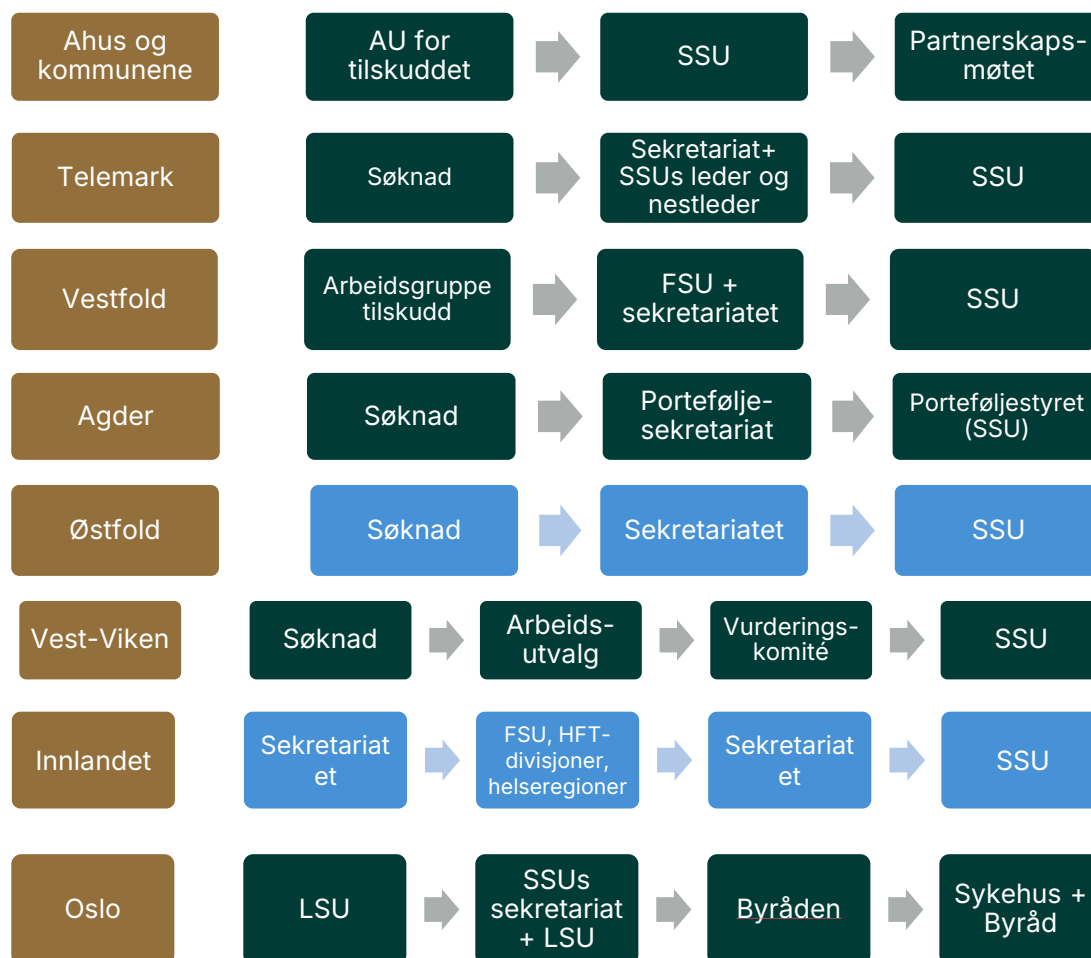
det man får ut av det. De synes nesten «at prosessen på en måte blir viktigere enn resultatet».¹⁹

Helsefelleskapet endte opp med å gi RS-tilskudd til det de oppfatter å være mange RS-prosjekter, og de mener det har vært forholdsvis enkelt å få finansiering. To kommunerepresentanter mener at krav til handlingsplaner, resultater og bredning vektlegges for lite i søknadene. Samtidig tar de forbehold om at de selv ikke har sittet tett på beslutningsprosessene.

6.4 Helse Sør-Øst

I Helse Sør-Øst er det en blanding av både søknadsbaserte ordninger (nedenfra og opp), tildelinger i tråd med strategier og handlingsplaner (planstyrte, ovenfra og ned) og kombinasjoner av disse. Agder, Telemark, Østfold og Vest-Viken har valgt søknadsbasert ordning, hvor sistnevnte skiller seg ut ved at de har en ekstern vurderingskomité. Ahus, Vestfold, Innlandet og Oslo har en mer planstyrt ordning, hvor Oslo skiller seg ut ved at byråden (politisk) påvirker prosessen underveis. Ahus og kommunene er eneste helsefelleskap hvor partnerskapsmøtet har siste beslutning, i resten (utenom nevnte Oslo) er det SSU som vedtar.

Figur 25 Tildelingsprosessene i Helse Sør-Øst



¹⁹ Denne beskrivelsen er dekkende for den perioden da vi hentet inn data. I ettertid har flere av helseforetakene gjort endringer. Dette gjelder blant annet beskrivelsen i dette avsnittet.

Vest-Viken

Vest-Viken bruker en åpen [søknadsordning](#) for å sikre behovsstyrte, lokalt forankrede og faglig initierte prosjekter. Bakgrunnen for dette er blant annet det disse informantene framhever: «Det ligger mye motivasjon i samhandlingen og det å få handlingsrom lokalt. Det inspirerer og gir et løft» og «de med skoene på har de beste forutsetningene for å finne de beste løsningene».

Midlene lyses ut to ganger i året. Søknadene sendes til arbeidsutvalget før de behandles av en vurderingskomité med seks fagpersoner (tre fra sykehus, tre fra kommuner) og én brukerrepresentant, som rangerer prosjektene etter kriterier som kvalitet, finansiering, gevinstpotensial, overføringsverdi og evalueringsplan. Alle søknader må være forankret hos både kommunalsjef og kliniksjeff før SSU fatter endelig vedtak.

Helsefelleskapet prioriterer tiltak med høy gjennomføringskraft, lokal nytte og potensial for bærekraft og spredning. De fleste søknadene gjelder samhandling og pasientnytte – særlig innen barn og unge, psykisk helse og rus – mens rekruttering er mindre framtrædende. Midlene tildeles årlig. Det første året (2024) ble det tildelt midler til et prosjekt som allerede var i gang. I mai 2025 kom det inn fem søknader, hvorav bare én ble innvilget. Noen søkere fikk tilbakemelding om å forbedre søknaden. I oktober 2025 kom det inn ni søknader, hvor seks ble innvilget. Ifølge informantene er det foreløpig for tidlig å si noe om effektene, og de understreker derfor betydningen av langsiktighet: «Få prosjekter lar seg løse på ett år.»

Oppstarten har vært krevende og preget av manglende struktur, korte frister og fravær av nasjonale maler. Utfordringene har blant annet vært svak gevinstkompetanse, uklare rapporteringskrav og uforutsigbarhet knyttet til flerårige midler. Likevel har ordningen skapt stort engasjement, mobilisert nye aktører og gitt rom for tiltak som ellers ikke ville blitt gjennomført. Slik den ene informanten uttrykte det: «Flere av prosjektene vi ser nå, ville ikke sett dagens lys uten denne utlysningen.» For videre utvikling trengs tydeligere krav til rapportering og gevinstrealisering, samt bedre kobling mellom mål, aktiviteter og ressursbruk. Særlig for kommunene er dette nytt: «Kommunene tror jo ikke på at de skal få penger, for det har de ikke gjort før.» På sikt har likevel informantene tro på ordningen: «Det tar tid før ordningen setter seg ordentlig, men det kommer til å bli kjempebra.»

Ahus og kommunene

Ahus og kommunene har valgt en planstyrt modell framfor en søknadsbasert ordning for å sikre framdrift og bygge på eksisterende strategier (Samhandlingsstrategi for 2023–2026²⁰) og handlingsplan (Handlingsplan 2024–2025²¹). I tillegg ble det i oktober 2024 inngått en avtale mellom Ahus og de 21 kommunene om å prioritere følgende tre områder for bruk av tilskuddsmidlene: Integreerte helsetjenester (IHT), digitalisering/felles anskaffelse av digital hjemmeoppfølging (DHO) og pasientflyt (problemstillinger knyttet til inn- og utskrivninger).

²⁰ <https://www.kompetansebroen.no/wp-content/uploads/2025/03/Strategidokument-2023-26.pdf?o=ahus>

²¹ https://www.kompetansebroen.no/wp-content/uploads/2025/02/Handlingsplan-2024-25-for-Helsefelleskapet-Ahus-og-kommunene_justert-29.01.25.pdf?o=ahus

En arbeidsgruppe med to representanter fra kommunene og to fra Ahus utarbeider forslag til prioriteringer. Forslaget drøftes i helseledernetverket før det behandles i strategisk samarbeidsutvalg (SSU) og sendes videre til partnerskapsmøtet for endelig beslutning. Prioriteringene styres av faglige og strategiske vurderinger. De seks lokale kriteriene er: 1) i tråd med strategi og handlingsplan, 2) bygger videre på eksisterende tiltak, 3) ingen faste stillinger, 4) pasientflyt på tvers av nivå, 5) kompetansebygging og 6) digitale løsninger.

Det ble gjort en felles tildeling for to år (2024–2025) til sju prosjekter. Tildelingene per prosjekt var fra 2 til 5 millioner kroner. I tillegg ble det satt av 1 million kroner til felles møtearenaer (partnerskapsmøte, fagråd, LSF, dialogkonferanser etc.). For 2026 mottok arbeidsgruppen 15 prosjektforslag. Åtte gikk videre til behandling i SSU, mens sju ble avvist fordi tiltakene enten kunne gjennomføres i ordinær drift, manglet nødvendige samarbeidspartnere eller burde vurderes i sammenheng med andre prosesser. Et gjennomgående kriterium er å støtte tiltak som bygger på eksisterende innsats og fremmer felles tjenesteutvikling. Tildelingen for 2026 ligger på ca. 1–4 millioner kroner. I tillegg er det satt av 700 000 kroner til felles kommunikasjonsstrategi for helsefelleskapet.

Tilskuddsordningen vurderes å ha positiv effekt ved å gi driv i utviklingsarbeid, men gevinstene oppleves som ulikt fordelt, og særlig små kommuner har utfordringer med å realisere nytten lokalt. Små kommuner rapporterer begrenset kapasitet til å delta i utviklingsarbeid og opplever lav innflytelse sammenlignet med større kommuner og sykehus. Slik uttrykte to informanter dette:

Hvordan kan vi som liten kommune sette vårt behov på agendaen? Det er lett å bli overkjørt.

Store kommuner har kapasitet til å mene noe konkret; vi små må bare akseptere.

Prosessten beskrives som ressurskrevende, og mange peker på at egeninnsats og økonomisk belastning i praksis er større for kommunene enn for sykehusene. Slik en informant sa: «[Jeg er] glad for midlene, men egeninnsatsen og byråkratiet er stort». Samtidig trekkes koordinatorrollen av både denne og mange av de andre informantene fram som et tiltak som gir bedre struktur og tydeligere oppfølging.

Flere peker på behov for bedre oversikt over midler, klarere nasjonale føringer, mer systematisk bruk av fagråd og bedre mekanismer for bredding av piloter. Fragmenterte prosjektmidler, høyt administrativt arbeid og korte frister bidrar til utydelighet og variasjon i praksis: «Det er forvirrende med så mange ordninger – mye tid går til administrasjon». Det uttrykkes også bekymring for videreføring av tiltak når prosjektperiodene avsluttes.

Oslo

Tildelingen skal følge Helsefelleskap Oslo sin overordnede porteføljeplan²², Helse Sør-Øst sine kriterier²³ og OUS sine samhandlingsprioriteringer²⁴. Initiativer utvikles i de fire LSU-miljøene og sendes til SSUs sekretariat, som videresender samlet forslag til Byrådsavdeling for helse. Byråden gjør de endelige prioriteringene for Oslo kommune, før sykehusene og byråd avklarer for hvert opptaksområde. SSU og LSU orienteres deretter om beslutningene. Det prioriteres målrettede satsinger med varig effekt, særlig felles byomfattende tiltak innen digital samhandling, måledata²⁵, digital hjemmeoppfølging og svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Felles fora og satsinger oppleves positivt:

Å sitte rundt samme bord og prioritere skaper forpliktelse og bedre felles forankring.

Selve prosessen oppleves som omfattende og sterkt politisk styrt og som noe som forsinker tildelingsprosessen og nedprioriterer lokale initiativer. Slik en informant sier: «Gode initiativ og en strukturert prosess kan bli overstyrt politisk». SSU har i praksis kun en orienteringsrolle. Både sykehusene og bydelene ønsker at SSU skal ha en tydeligere strategisk funksjon med større rom for faglige drøftinger, slik de sier her:

Samhandlingsmidler er viktige – nå må vi finne ut hvordan de kan fordeles mer strategisk.

Det er uhensiktsmessig at politikere uten helsefaglig bakgrunn gjør de endelige prioriteringene.

Bydelene opplever videre et skjevt maktforhold og begrenset utviklingskapasitet, og tilskuddsmidlene er derfor et viktig virkemiddel som de skulle ønske de hadde større innflytelse over. En bydelsleder uttrykker det slik:

Vi er veldig interessert i å få pasientstrømmen til å gå bedre og få til samhandlingen med sykehus, men møter ekspertveldet, sykehuset som blir overveldende, maktforhold er veldig skjevt.

Tilskuddsordningen gir mer strategisk handlingsrom enn tidligere, men oppleves administrativt tung, og som at det er små økonomiske rammer, uforutsigbarhet og en lang beslutningskjede. Informantene etterlyser en større pott, flerårige perspektiver og et felles samhandlingsbudsjett. Flere ønsker tydeligere prioriteringsgrunnlag, bedre forankring og sterkere bruk av fagutvalg. Manglende flerårighet og prosjektorientering gjør det utfordrende å støtte langsiktige utviklingsløp, særlig innen digitalisering og hjemmebaserte tjenester. Tilskuddsordningen skaper viktige muligheter for samhandling, men effekten begrenses av politisk styring, små midler og mangel på strukturell forutsigbarhet.

²² <https://www.kompetansebroen.no/samhandling/portefoljeplan-helsefelleskap-oslo?o=oslo>

²³ <https://www.helse-sorost.no/helsefaglig/innovasjon/tjenesteinnovasjon>

²⁴ https://www.kompetansebroen.no/wp-content/uploads/2025/02/Portefoljeplan-tiltak-i-OUS-sektor-status-pr-3.2.25_.pdf?o=ahus

²⁵ Måledata er ulike kvantitative parametere som kan følges med på f.eks. utskrivningsklare pasienter, liggetid og reinnleggelser.

Ulike finansieringsmodeller mellom kommune (ramme) og sykehus (aktivitet) skaper ytterligere utfordringer for felles prioritering. Det pekes også på skjevfordeling av midler mellom OUS og lokalsykehusene, der OUS sin regionsrolle gir mer tilførsel av penger – selv om mye går til lokalsykehusoppgaver og ikke til regionen for øvrig.

Telemark

Tilskuddsordningen i Telemark administreres av helsefellesskapets sekretariat. Leder og nestleder i SSU drøfter innstillingene de har fått fra sekretariatet, før endelig vedtak fattes i SSU.²⁶ Håndteringen av RS-tilskuddet påvirker helsefellesskapets virksomhet: «Når helsefellesskapet får midler, endrer det dynamikken – vi får en felles pengepung». Det brukes én årlig utlysning, og søknader må være forankret hos kommunalsjef(er) og klinikk-sjef(er). Tildelingene gis som engangssummer og fungerer som delfinansiering.

Arbeidet i 2024 var preget av uklar organisering, særlig fordi midlene ble kanalisert via helseforetaket samtidig som de skulle komme både kommuner og helseforetak til gode. Gode føringer og ekstra dialog avklarte dette: «Det er riggen som er avgjørende – felles forståelse for felles penger». Første tildelingsrunde kom i 2025: åtte av elleve prosjekter fikk støtte, men to ble forsinket på grunn av rekrutteringsproblemer. Midlene går hovedsakelig til lønn, som er avgjørende for kommunenes deltakelse. I starten gikk det meste av RS-midlene til videreføring av eksisterende tiltak, mens mer nyskapende tiltak forventes i 2026. For 2026-midlene er prioriteringen krevende: 14 søknader med en samlet søknadssum på 13,3 millioner kroner mot disponible 5,48 millioner kroner, og beredskap legges inn som nytt kriterium. De intervjuede har tro på at det vil bli videre kjent og flere søknader framover: «Utllysning skaper kreativitet, det blomstrer fra pasientnære miljøer».

Søknadsprosessen har skapt engasjement, nye initiativ og styrket kjennskapen til helsefellesskapet. Ordningen gir rom for prosjekter som ellers ikke ville blitt gjennomført, og oppleves som en modell med kort vei fra idé til beslutning: «Tilskuddet gir nødvendig handlingsrom til prosjekter som ellers ville strandet». Samtidig finnes utfordringer knyttet til framdrift, ulik rigging, årlig tildeling og drift etter prosjektperioden. Rekrutteringsutfordringer og ulike arbeidsgiver- og lønnsstrukturer mellom kommuner og sykehus kompliserer gjennomføringen. Det etterlyses tydeligere krav til kommunal forankring og bedre forståelse av kommunal organisering i utlysningen, særlig blant prosjektledere.

Tilskuddsmodellen har skapt betydelig eierskap og bidrar til økt samhandling, men mange kommuner og begrensede midler gjør prioriteringen vanskelig. Årlig tildeling og uforutsigbar finansiering utfordrer langsiktig planlegging og gjennomføring.

Vestfold

Helsefellesskapet i Vestfold har etablert et arbeidsutvalg (AU) i FSU som foretar prosjekt prioriteringer i samarbeid med sekretariatet, mens SSU fatter vedtak og følger opp tildelingene.²⁷ Ordningen er ikke søknadsbasert, men bygger på helsefellesskapets handlingsplan og inngår i SSUs årshjul: «Tilskuddet gjør at vi får partene rundt bordet

²⁶ Telemark er et av de helsefellesskapene der samtlige kommuner er representert.

²⁷ Vestfold er blant de fellesskapene der alle kommuner er representert i SSU.

og styrker samhandlingen gjennom en felles handlingsplan». Det prioriteres et begrenset antall satsinger, uten krav om egenfinansiering for å få tilskudd.²⁸

Første tildeling gikk til pågående prosjekter. På grunn av usikker økonomisk ramme legger SSU til grunn en totalramme for tildeling på 5 millioner kroner for 2026 (mot faktiske tildelinger på rundt 7 millioner kroner de to foregående årene) og setter av midler for 2027. Tiltak for 2026 omfatter blant annet videreføring av eldrehelsekoordinator, prosjektleder for behandlingsavklaring, digital møterekke for fastleger, Ung Arena og digitale samhandlingsløsninger.

Tilskuddet gir kommunene et viktig handlingsrom i en krevende økonomi, kompenserer merkostnader og gjør det mulig å videreføre og starte tiltak som ellers ville blitt nedprioritert. Som en informant sa:

Særlig kommunene har begrensede rammer. Dette tilskuddet styrker muligheten for utprøving og gjør oss mer likeverdige.

Tilskuddet bidrar dermed til mer likeverdig innsats og bedre pasientforløp. Samtidig skaper årlige bevilgninger uforutsigbarhet og gjør langsiktig planlegging vanskelig.

Tiltak må tilpasses kommunenes kapasitet. Det etterlyses enklere rapportering – helst bare statusrapportering to ganger i året – og mer forutsigbare rammer. Strukturelle forskjeller i finansieringsmodeller mellom kommune (ramme) og sykehus (aktivitet) kompliserer kostnads- og gevinstfordeling. Den ikke-søknadsbaserte modellen sikrer målretting, men kan gjøre det vanskeligere for fagmiljøer å løfte fram egne initiativ.

Samlet sett gir ordningen et viktig strategisk handlingsrom og styrker samhandlingen i Vestfold, men den krever større forutsigbarhet og enkelte strukturelle forbedringer for å sikre varig effekt.

Agder

Helsefelleskapet i Agder har etablert et porteføljesekretariat som koordinerer tilskuddsordningen. Porteføljesekretariatet består av fire kommunale samhandlingskoordinatorer, tre representanter fra sykehusene og én brukerrepresentant. Enkelte av disse deltar også i sekretariatet til SSU og regionale samarbeidsutvalg (RS), noe som gir organisatorisk samordning på tvers av fora.

Det er én årlig utlysning. Porteføljesekretariatet vurderer søknadene etter objektive kriterier og en tallskala. Det legges særlig vekt på bidrag til vedtatt [strategi](#) og handlingsplan samt at vedtatte kriterier for utvelgelse og prioritering oppfylles. De kan støtte både pågående og nye prosjekter. Lokal forankring er et sentralt vurderingspunkt. Porteføljesekretariatets innstilling sendes til SSU, som fatter endelig vedtak. FSU fungerer som faglig bakland både i søknadsutviklingen og i vurderingene. Begge parter skal være likeverdige aktører i prosjektene: «Det er våre søknader, vi står alltid sammen, sykehus og kommune».

²⁸ Her er det ikke krav om egenfinansiering, men som vi har sett i kapittel 5, blir det i praksis til at kommunene må bidra med egenfinansiering.

Oppstarten var preget av sene avklaringer og uklarheter om sekretariatets sammensetning. Kvartalsvis rapportering til Helse Sør-Øst oppleves som krevende, særlig når flere nivåer av representasjon skaper lange informasjonslinjer. Det er også utfordrende å skille mellom prosjekter finansiert av tilskuddet, andre regionale prosjekter og Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT)²⁹ sitt ordinære arbeid. Ulik modenhet i kommunene, høyt tempo og varierende gevinstfordeling skaper ytterligere kompleksitet. Organiseringen er ressurskrevende, spesielt for små kommuner, og da er USHTs rolle for mange kommuner avgjørende:

Som en liten kommune har vi ikke kapasitet til å skrive store søknader [...] Derfor er det avgjørende at større aktører og USHT gjør utviklingsarbeidet.

Midler fra 2024 og 2025 ble samlet. Ved siste utlysning kom det inn 14 søknader, hvor ni ble tildelt og fem avvist grunnet manglende forankring eller kvalitet. Realistiske prosjekter får i praksis tildelt alt de søker om, noe som gjør ordningen mer forutsigbar enn andre statlige tilskuddsordninger. Flest prosjekter eies av helseforetaket. Det er god geografisk spredning. Det kan søkes om flerårig tilskudd, og delfinansiering forventes. Små prosjekter vurderes som viktige, særlig for kommuner med begrenset kapasitet. Fra 2026 skal ikke midlene brukes til administrasjon og samdrift, slik de ble i 2025.

Ordningen har styrket likeverdig samarbeid mellom kommuner og sykehus og skapt tydeligere topplerforankring, som en informant sa:

Tilskuddet gjør at man blir mer likeverdige parter. Det tvinger sykehuset til å samarbeide på en annen måte enn før.

Videre er det forståelse for at tilskuddet kan brukes til å utjevne økonomiske utfordringer:

Vi har stor forståelse for den vanskelige situasjon kommunene står i, nesten alle her nærmer seg Robek. Innovasjon koster penger og friske midler er derfor superviktig i en samhandlingsrigg.

Tilskuddet beskrives derfor av enkelte som en «game-changer», særlig fordi midlene muliggjør frikjøp av nøkkelpersoner og gjennomføring av utviklingsprosjekter som ellers ikke ville blitt prioritert:

Dette tilskuddet utgjør en virkelig forskjell. Det er en game-changer for oss.

Tilskuddsordningen i Agder har gitt et betydelig løft for samskaping mellom kommuner og helseforetak og gjort det mulig å realisere strategisk viktige prosjekter. Organiseringen gir økt likeverd og mer forutsigbarhet, men har vært tidkrevende å etablere og krever fortsatt bedre struktur, oversikt og dynamisk prioritering for å sikre langsiktige gevinster. Sentral tildeling anses som uheldig og lite tilpasset regionale behov. Det

²⁹ USHT er en nasjonal satsing som skal bidra til kvalitetsutvikling, fagutvikling og innovasjon i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

vurderes som avgjørende at beslutningsmyndigheten ligger lokalt, som denne uttalelsen viser:

Det er viktig for helsefelleskapet å ha beslutningsmuligheten lokalt og uproblematisk at tilskuddet kommer gjennom Helse Sør-Øst, siden de videreforder alt og SSU tilde-ler. Det modner SSU i å ta strategiske valg og se Agder som én region.

Små kommuner har særlig behov for støtte til søknadsarbeid og prosjektgjennomføring, men også de setter pris på de store og at de går foran:

Alle trenger ikke gjøre alt. Vi må tåle at prosjekter utvikles ulike steder og gir ulik ge-vinst på kort sikt.

Et velfungerende porteføljesekretariat vurderes som nøkkelen til å lykkes.

Østfold

Østfold bruker utlysning og søknader ved tildeling av RS-tilskuddet. Sekretariatet vurde-rer innkomne søknader og lager en innstilling til SSU, (beskrevet som «veldig grundige og gode» av SSU-lederen), som så vedtar tildelingen. Innstillingen er basert på formelle krav, som henvisning til nasjonale kriterier, prioriterte pasientgrupper og helsefelleska-pets handlingsplan, samt at det foreligger en samarbeidsavtale mellom kommune- og helseforetakssiden. Tildelingene har vært både ettårige og «varige», dvs. midler til to eller flere år. Ved tildelingen i 2024 ble hele fire av sju prosjekter beskrevet som varige. Søknader som er planlagt over to eller flere år, er også blitt bedt om å søke på nytt neste år. Innstillingene fra sekretariatet ble vedtatt uten endring både i 2024 og 2025.

Noen prosjekter som har mottatt RS-tilskudd, har allerede vært i gang med annen finan-siering, mens andre har vært nye. Bevilgningsvedtak ble foretatt sent på året i 2024 og 2025, men i 2026 ser man for seg å tildele midler på våren.

I alt fikk sju prosjekter støtte både i 2024 og 2025. Ett av prosjektene som mottok midler i 2024, kom ikke i gang, og bevilgningen ble derfor videreført til bruk i 2026. Noen av prosjektene som ble tildelt midler i 2024, hadde ved slutten av 2025 fortsatt midler igjen, som de har fått adgang til å bruke i 2026. Ved tildelingen i 2025 ble det satt av 100 000 kroner til sekretariatet for bruk til felles kompetansehevende tiltak og konferan-ser (det utgjorde ett av prosjektene).

Initiativene til noen av søknadene kom fra underutvalgene. FSU og underutvalgene er holdt informert om søknadsprosessen, men har ingen formell rolle i tildelingen.

Innlandet

I helsefelleskapet Innlandet har man benyttet to ulike måter å tildele RS-tilskudd på. Åpen utlysning er ikke én av dem. Første gang (ved tildeling av 2024-midlene) ønsket sekretariatet å få til en forholdsvis enkel og kostnadseffektiv tildelingsprosess:

Vi var opptatt av at vi ikke måtte lage en prosess der det skal være søknader og mye forvaltning rundt det.

I stedet lagde de en «hybrid» der de henvendte seg til kommunene via helseregionene og de ulike divisjonene i helsefellesskapet og ba om forslag til aktiviteter. Det ble ikke postet utlysningstekst på helsefellesskapets hjemmeside, og midlene ble ikke annonsert bredt.

Helsefellesskapet samlet seg om et begrenset antall forslag, mens kommunene hadde noe flere forslag. Som en forklaring ble det hintet til en kulturforskjell der «vi i kommunene er vant til å smøre mer utover på mange ting». I stor grad bygget forslagene på samhandlingsatsinger som allerede fantes i Innlandet før opprettelsen av helsefellesskapet og før RS-tilskuddet. Sekretariatet fikk inn det som ble beskrevet som «spissa søknader» og «innspill til hva man ønsket å satse på», som de behandlet – blant annet ved å innhente kommentarer og innspill fra helseforetakets divisjoner og kommunene i helseregionene – og laget en innstilling til SSU som så besluttet.

I forbindelse med den andre tildelingen (2025-midlene) var det enighet i sekretariatet og SSU om å videreføre satsinger fra første tildeling, og de ønsket konsentrasjon om færre satsinger. Informantene mener denne oppfatningen ble godt mottatt og forstått, også fordi «mange aktiviteter er krevende». Andre tildeling var «greiere» enn den første. Det var ingen utlysning. Strategi og handlingsplan samt ønsket om færre og større satsinger utgjorde viktige hensyn ved sekretariatets vurdering og innstilling. Man var også opptatt av prosjekter og tiltak det ville være mulig å spre til flere kommuner og divisjoner i helseforetaket. Det var dialog med kommunene, helseforetaket og de faglige samarbeidsutvalgene før innstillingen forelå, men intervjuene antyder at sekretariatet i praksis fikk utvidet myndighet fra første runde.

Informantene fra både kommune- og helseforetakssiden er av den oppfatning at denne ganske sentrale og direkte tildelingsprosessen er fornuftig nå, men er åpne for at dette kan se annerledes ut i framtiden. En av informantene i helseforetaket sier det slik:

så tenker jeg at det er viktig at vi de første årene i hvert fall kan bruke dette som metode. Og så kan det jo hende at vi etter hvert må tenke annerledes hvis midlene fortsetter å komme.

6.5 Oppsummering

Tildelingen av midler skjer én til to ganger i året med utgangspunkt i prioriteringer i nasjonale planer og med en noe varierende kobling til lokale tildelingskriterier og strategier. Ved å knytte tildelingen tettere til strategier og handlingsplaner styrkes også prosjektenes legitimitet.

Når de ulike tildelingsprosessene skal oppsummeres, vektlegger helsefellesskapene nesten unisont strategier og handlingsplaner når de tildeler RS-midler. Det finnes røster i intervjumaterialet som tar til orde for mer vektlegging av disse dokumentene – og det er gjerne de samme som ønsker seg ytterligere konsentrasjon av RS-tilskuddsbruken. Det store bildet er at strategier og handlingsplaner står sentralt. Dette gjelder både for helsefellesskap som tildeler midler direkte uten utlysning (ovenfra og ned), og de som benytter utlysning og søknadsprosess (en mer nedenfra og opp-tilnærming). I et helsefellesskap (bergensområdet) som bruker utlysning, beskriver for eksempel

informantene de nevnte dokumentene som «sterke styringssignal», det er en «selvfølge» at SSU bruker dem, og strategien blir bruk «aktivt» og «jevnlign» i forbindelse med rapportering.

Begrunnelse for valg av tiltak baseres ofte på lokale behov og politiske prioriteringer. Krav til prosjektbeskrivelsenes kvalitet har noen steder vært strenge helt fra begynnelsen. Det har ført til at tilskuddsmidler er holdt tilbake. Andre helsefelleskap har vært mindre strenge. Men som gjennomgangen har vist, er kravene økt også hos disse.

I praksis forbereder som regel et felles sekretariat prosjektene som er til vurdering. Sekretariatet består vanligvis av én representant fra kommunene og én fra helseforetaket. I noen tilfeller er det utvidet. Sekretariatet fungerer som bindeledd mellom partene.

Sekretariatet, ofte i samarbeid med andre utvalg, legger prosjektbeskrivelsene fram for strategisk samarbeidsutvalg. I femten av helsefelleskapene er SSU vedtaksorgan for de fleste prosjekttildelingene. SSU har dermed reell beslutningsmyndighet, noe som krever tydelig mandat i samarbeidsavtaler. Partnerskapsmøtet er overordnet beslutningsorgan i tre helsefelleskap. Oslo har en egen løsning med politisk saksgang før partsbasert vedtak, mens helsefelleskapene i Helse Nord har en ordning der en del av tilskuddsmidlene vedtas av et overordnet, regionalt organ (STU).

Noen prosjekter er ettårige, andre flerårige. Denne blandingen av korte og lange prosjekter forekommer i alle helsefelleskap. Prosjektvarighet benyttes derfor ikke som et kjennetegn i tabell 14, som oppsummerer helsefelleskapenes ulike løsninger for utforming av prosjektidéer og tildeling av RS-tilskudd. Konsensuskrav og bruk av nasjonale og lokale kriterier varierer noe, men ikke tilstrekkelig til at det tas inn i tabellen, som skiller mellom følgende kjennetegn:

- a) Åpne utlysninger som helseforetakene og kommunene kan søke på, versus prosjektbeskrivelser utarbeidet av helsefelleskapets organer uten utlysning.
- b) Bruk av lokale, regionale og nasjonale tildelingskriterier.
- c) Organ som vurderer prosjektbeskrivelsene. Dette kan være samhandlingssekretariatet eller helt andre utvalg.
- d) Innstillingsinstans. Dette kan være de samme som vurderer beskrivelsene, egne tildelingsutvalg, lokale samarbeidsutvalg eller strategisk samarbeidsutvalg.
- e) Organ som har endelig beslutningsmyndighet. Som oftest er dette SSU, men det er også noen som legger beslutningsmyndigheten til et underordnet organ, som LSU, et regionalt organ, som i Helse Nord, eller et politisk organ.

De ulike helsefelleskapene bruker ulike benevnelser på tilnærmet like organ. For at tabellen ikke skal bli for stor og uoversiktlig, har vi gjort noen forenklinger i tabell 14. Lokale betegnelser som vurderingsnemnd, vurderingskomité og porteføljesekretariat er i tabellen oppført som «prosjektutvalg». Helseledernetverk er mange steder med i prosessen, men ikke spesifisert i tabellen. Det samme gjelder enkelte arbeidsutvalg, fagråd og samhandlingsfora. Disse kan inngå i betegnelsen «flere utvalg» eller «arbeidsutvalg».

Tabell 14 Oversikt over prosessene som leder fram til RS-tildelinger i helsefelleskapene

Modell	Helsefellesskap	Åpen utlysning/utvalgsbestemt	Utformer prosjektbeskrivelser	Prosjektvurdering	Prosjektinnstilling	Endelig beslutning
1	Nord, alle fire	Åpen	Kom + HFT	Sekretariat og AU	SSU	SSU
1	Møre og Romsdal	Åpen	Kom + HFT	Prosjektutvalg	SSU	SSU
1	Sogn og Fjordane	Åpen	Kom + HFT	Sekretariat + FSU leder	FSU	SSU
1	Fonna	Åpen	Kom + HFT	Sekretariat	SSU	SSU
1	Bergensområdet	Åpen	Kom + HFT	Prosjektutvalg	Søknadskomité	SSU
1	Vest-Viken	Åpen	Kom + HFT (LSU)	Sekretariat Søknadskomité	Søknadskomité	SSU
1	Østfold	Åpen	Kom + HFT	Sekretariat	Sekretariat	SSU
1	Innlandet	Åpen	Kom + HFT	Sekretariat	Sekretariat	SSU
1b	Telemark	Åpen	Kom + HFT	Sekretariat	SSU-ledere, sekretariat	SSU
1b	Agder	Åpen	Kom + HFT	Porteføljesekretariat	Porteføljesekretariat	SSU
1c	Sør-Rogaland	Åpen	Kom + HFT	Søknadskomité	FSU	FSU
2	Nord, alle fire	Åpen med unntak	Kom + HFT og utvalg	Flere utvalg	Sekretariat RHF	STU i RHF
3a	Søndre Trøndelag	Utvalgsbestemt	FSU	Arbeidsutvalg (AU)	SSU	SSU
3b	Vestfold	Utvalgsbestemt	Kom + HFT	FSU og sekretariat	FSU og sekretariat	SSU
4a	Ahus	Utvalgsbestemt	Kom + HFT	Flere utvalg	SSU	Partnerskapsmøtet
4b	Nordre Trøndelag	Utvalgsbestemt	Flere utvalg	Sekretariatet	SSU (ASU)	Partnerskapsmøtet
5	OUS	Utvalgsbestemt	Kom + HFT (LSU)	Sekretariat for SSU og LSU	Byråd	Sykehus og Byråd

Om man deler helsefelleskapene inn etter RS-prosjektene tilblivelsesprosedyrer, gir det en todeling, der 15 praktiserer åpen utlysning og fire lar utformingen skje i interne utvalg. Hvis man deler helsefelleskapene inn etter om RS-beslutningene foretas av et administrativt eller et politisk organ, resulterer det i en todeling, der 15 beslutningsorganer er administrative og fire er politiske, inkludert Oslo, som har en politisk forankring som ligger utenfor helsefelleskapet.

Setter man begge todelingene sammen, burde helsefelleskapene kunne deles inn i fire hovedgrupper etter prosjektene tilblivelses- og beslutningsprosedyrer. Likevel ser vi at noen helsefelleskap ikke passer helt inn i firefeltmodellen. I tillegg kommer «sidesporet» for tildelinger og beslutningene om å holde midler tilbake. Her har de regionale

helseforetakene en rolle vi ikke har beskrevet, med delvis unntak for Helse Nord RHF. Tabell 15 viser firefeltstabellen.³⁰

Tabell 15 Tildelingsmetoder og tildelingsorganer

		Tildelingsmetode	
		Åpen utlysning, søknad	Utvalgsbestemt direktetildeling
Tildeler/ beslutter	RHF (adm.)	Finnmark Troms og Ofoten Lofoten, Vesterålen og Salten Helgeland	
	FSU (adm)	Sør-Rogaland	
	SSU (adm)	Finnmark Troms og Ofoten Lofoten, Vesterålen og Salten Helgeland Møre og Romsdal Sogn og Fjordane Bergensområdet Fonna Østfold Vest-Viken Telemark Agder	Søndre Trøndelag Innlandet Vestfold
	Partnerskaps- møte/politisk		Nordre Trøndelag Ahus og kommunene Oslo (Byrådet)

³⁰ «Sidesporet» er ikke tatt med i tabellen.

7 Andre forhold ved tilskuddsordningen

Etter å ha beskrevet RS-prosjektene innretning og målgrupper, hvordan prosjekter utvikles og får tilslag eller avslag, samarbeidet mellom partene og hovedtrekkene i beslutningsprosessene vil vi gå videre inn i spørsmål om informantenes tillit til hvordan RS-tilskuddet fordeles, og deres vurderinger av aktørenes innflytelse.

7.1 Tillit

Et sentralt spørsmål i evalueringen er om det foreligger likeverdighet i beslutningsprosesser, altså om de ulike aktørene opplever at de har reell innflytelse på tildelingen av rekrutterings- og samhandlingstilskuddet. Begrepet «likeverd» gir konnotasjoner til likhet, likestilling, jevnbyrdighet, like muligheter til deltakelse, fravær av diskriminering osv.³¹ I avtalen fra 2024 mellom regjeringen og KS om videreutvikling av helsefelleskapene heter det at helseforetakene og kommunene skal ha «likeverdig ansvar for prioritering og styring av helsefelleskapets innsatsområder» og «den praktiske organiseringen av arbeidet».³²

Intervjuene viser at det er stor bevissthet om likeverd som norm i helsefelleskapene. Imidlertid er det nyanser i materialet når det gjelder erfart og opplevd likeverdighet. Det siste kan belyses ved spørsmål om tillit.

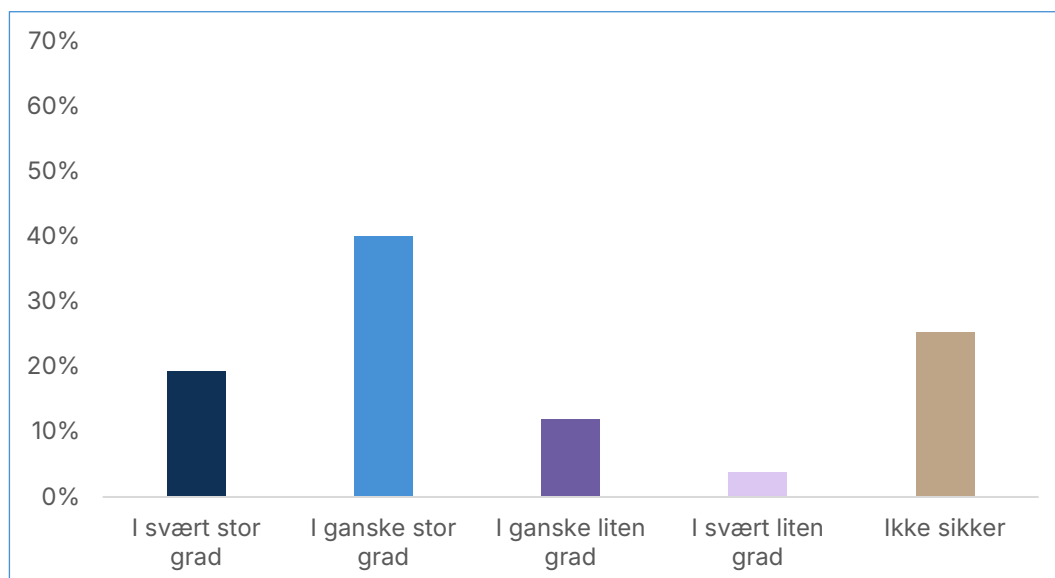
Som nevnt i gjennomgangen over er informantene svært positive til RS-tilskuddets betydning for så vel samhandling som tjeneste- og kompetanseutvikling. Men når det kommer til hvordan midlene fordeles, har vi fanget opp en del kritikk. Spesielt i Helse Nord er det etterlyst mer tillit fra det regionale helseforetaket. En av informantene fra Finnmark spør rett ut: «Hvorfor har ikke RHF Nord like mye tillit til oss som andre regionale helseforetak har til sine helsefelleskap?». Og en informant på Helgeland sier at «Helse Nord manglet tillit til at helsefelleskapene kunne forvalte store midler».

På den bakgrunn kunne man forvente at kritikken skulle avspeile seg i svarene på spørsmålet om kommunene har tillit til dagens system for tildeling av RS-tilskudd. Men som figur 26 viser, har de fleste betydelig tillit til hvordan tilskuddsordningen praktiseres i deres helsefelleskap. 59 prosent oppgir at de har svært eller ganske stor tillit til ordningen, 16 prosent har liten eller svært liten tillit til ordningen, mens 25 prosent ikke tilkjenner noe synspunkt – et forholdsvis stort tall. En del av «ikke sikker»-svarene kan antakelig tilskrives manglende kjennskap til tildelingssystemet.

³¹ Flere har benyttet begrepet i diskusjon av personer med nedsatt funksjonsevnes rett til velferdsgoder. Se f.eks. Regjeringen (2005), *Likeverd og tilgjengelighet*, NOU 2005:8, og Inger M. Lid (2017), «Martha C. Nussbaums politiske teori om rettferdighet som bidrag til et teoretisk grunnlag for likeverd og medborgerskap», *Fon-tene*, 10 (1):16–28. I en rapport skrevet på oppdrag for KS drøftes betydningen av lokal tilpasning opp mot opplevelsen av frihet, likhet og likeverd i Kommune-Norge (Heidi Haukelien mfl. (2011), *Frihet til likeverd: Likhetsverdier, lokal tilpasning og ansvarsfordeling*, TF-rapport nr. 281, Telemarksforskning).

³² «Avtale mellom regjeringen og KS om videreutvikling av helsefelleskapene for en mer sammenhengende helse- og omsorgstjeneste», Helse- og omsorgsdepartementet og KS, 26. april 2024.

Figur 26 Grad av tillit til dagens system for tildeling av RS-tilskudd i kommunene. Prosent. N = 135



De små kommunene har lavest tillit og mangler oftere enn andre en oppfatning om spørsmålet. Også i mellomstore kommuner er andelen usikre høy, mens de største kommunene sjeldnere svarer at de ikke er sikre. I de store kommunene er det mange som har stor tillit til ordningen, men også en del som uttrykker mindre tillit (vedleggstabell 18).

Vi har sett nærmere på hvordan svarene fordeler seg i de ulike helsefelleskapene. Det er ingen helseregioner som skiller seg ut ved signifikant lavere tillit til ordningen enn andre. Heller ikke Helse Nord med sin modell 2 skiller seg ut. Fem helsefelleskap skiller seg imidlertid ut i positiv retning ved at ingen kommuner har svart «i ganske/svært liten grad». De har også svært få som har svart «ikke sikker». Disse helsefelleskapene er i tilfeldig rekkefølge bergensområdet, Vestfold, Sør-Rogaland, Ahus og kommunene, Østfold og Nordre Trøndelag. Ikke uventet bidrar god lokal forankring til oppslutningen om RS-tildelingene og midlenes legitimitet, og god forankring er synonymt med godt informasjonsarbeid både i forkant og etterkant av tildelingsvedtak samt bred involvering i behandling av satsingsområder og søknader i helsefelleskapenes ulike organer. Ofte står ulike former for regionale utvalg sentralt i slikt arbeid. Samhandlingskoordinatoren og SSUs nestleder i et av de nevnte helsefelleskapene med høy tillit og få usikre (bergensområdet) opplever «at det faktisk er ganske lite støy rundt dette [tildeling av midler] hos oss når [de lokale utvalgene] er blitt kobla på».

Deltakerne får god kjennskap til helsefelleskapet og hvordan man kan påvirke beslutninger, inkludert om bruk av RS-tilskuddet, gjennom deltakelse i helsefelleskapets fora og RS-prosjekter. Svarene på spørreundersøkelsens spørsmål om deltakelse og tillit sett i sammenheng kan tyde på at kommuner med erfaring fra ett eller flere RS-prosjekter har høyere tillit til RS-ordningen enn andre.

Selv om alle forholder seg til nasjonale retningslinjer, og de fleste helsefelleskap også har bekjentgjorte skriftlige kriterier for prosjekttildeling, opplever enkelte fortsatt kriteriene som uklare, og tildelingen kan derfor oppleves som for skjønnsbasert og uryddig. Vestre Viken Sør-Rogaland og bergensområdets prosessgrep med en egen

vurderingskomité for RS-tilskudd, ser ut til å kunne fungere som «tillitsmaskin» innenfor et søknadsregime. Sammen med bruk av kjente formalkrav og tildelingskriterier virker vurderingskomitéer legitimerende. En slik merverdi vil også åpenhet knyttet til selve beslutningen, for eksempel offentliggjøring av vurderinger og begrunnelser, kunne ha. Per i dag er dette ikke lett tilgjengelig i alle helsefellesskap, heller ikke i referater fra helsefellesskapenes organer.

7.2 Likeverdighet

Likeverdighet mellom kommuner og helseforetak i tildelingen av RS-tilskuddet er et av prosjektets fremste problemstillinger. Helseforetakene framstår som store organisasjoner med den ypperste helsefaglige kompetansen og egne avdelinger som arbeider med samhandling med omkringliggende kommuner. Kommunene er ofte mindre organisasjoner, med få eller ingen ressurser dedikert til samhandlingsfeltet, og samtidig avhengig av helseforetakenes tjenestetilbud. Helseforetakene (spesialisthelsetjenesten) mottar også langt større midler fra myndighetene til kompetanseheving og tjenesteutvikling enn kommunene

I dette delkapittelet beskriver vi forhold som kan utfordre likeverdigheten mellom kommuner og helseforetak. Deretter følges dette opp med informantenes forslag til hvordan samarbeidet kan bli mer likeverdig.

Beskrivelse av likeverdigheten

Delkapittelet er strukturert ved hjelp av følgende spørsmål:

- Hvem setter premissene og kriteriene?
- Hva skal prosjektene bidra til?
- Hvem bestemmer beløpene som skal fordeles?
- Hvem får støtte i arbeidet med prosjektbeskrivelser?
- Hvem drar nytte av prosjektenes innhold?
- Hvem blir sittende igjen med regningen?
- Hvem har ressurser til å delta?
- Hvem setter dagsorden?

Hvem setter premissene/kriteriene?

I Helse Nord setter det regionale helseforetaket og et partsbasert, sentralt tildelingsutvalg (STU) premissene for innholdet i flertallet av samhandlingsprosjektene. Et mindretall av prosjektene lyses ut av helsefellesskapene. Som beskrevet over uttrykker særlig kommunene skepsis til at de i så liten grad får påvirke premissene. Dette kommer blant annet til uttrykk i dette sitatet:

Det må sikres at prosjekter utformes med felles problemforståelse og som sikrer at prosjektene gir gevinster for begge parter og ikke bare helseforetaket.

Det er bred enighet om at prosjekter bør utformes med en felles problemforståelse. I praksis kan dette likevel være krevende. Selv når tildelingskriteriene i utgangspunktet er likeverdige, kan det være vanskelig for kommunene å utnytte det handlingsrommet som faktisk finnes. Dette beskrives slik av et helsefellesskap på Vestlandet:

En av utfordringene våre i helsefellesskapet er handlingsrommet vårt. Styringslinja til helseforetakene er tydelig fra statsråden via generalforsamling via RHF, som egentlig er ganske konkrete i sine oppdrag til helseforetakene. Helseforetaket startet prosessen med det oppdraget de har fått. Når de kaller inn kommunene, så er forslaget allerede godt tygd. Det er nesten et konkret forslag som gjør at vi ikke har noen reell mulighet til å påvirke. Så vi må bare hoppe på et tog i fart! [...] vi strever [...] med å finne handlingsrom, og det påvirker nok også hva en kan bruke disse midlene til. [...] Vi har nok et ansvar sjøl også, da.

I de fleste andre helsefellesskapene lyses midler ut etter kriterier fastsatt av helsefellesskapet. Det er også helsefellesskapene som fastsetter kriterier for prosjekter som utarbeides av arbeidsutvalg eller sekretariater, og som ikke lyses ut. Flere informanter – særlig fra mindre kommuner – mener kriteriene kunne vært mer oversiktlige og forutsigbare, og i større grad reflektert kommuneinteresser. Samtidig tyder utviklingen på at flere helsefellesskap er i ferd med å justere praksis i denne retningen.

Hva skal prosjektene bidra til?

Prosjektene skal bidra til et (mer) bærekraftig tjenestetilbud gjennom bedre samhandling mellom kommuner og helseforetak. I generelle vendinger gjelder dette de aller fleste prosjektene. Men som vi har sett eksempler på, er enkelte av prosjektene samtidig innrettet mot å håndtere konsekvensene av at helseforetakene reduserer deler av sin virksomhet. Dette har lav legitimitet hos kommunene, som mener at en slik innretning er i strid med RS-tilskuddets intensjoner.

Hvem bestemmer beløpene som skal fordeles?

HOD fordeler midlene til hvert regionale helseforetak, som igjen vurderer hvor mye som skal fordeles videre til hvert av helseforetakene. Hvilke vurderinger som er gjort i hvert RHF, har ikke inngått i denne evalueringen. Vi har sett at store summer av RS-tilskuddet er holdt tilbake. Da evalueringen startet høsten 2025, var rundt 150 millioner kroner ikke fordelt. Men det er kun i Helse Nord at informantene eksplisitt har tatt opp denne problemstillingen.

I hvert av de 16 helsefellesskapene som praktiserer åpne utlysninger, bestemmes tildelingssummene til hvert prosjekt i hovedsak av hvor mange søknader som kommer inn, og hvor stort beløp det søkes om. Ulike utvalg vurderer hvor mye som skal tildeles hvert prosjekt. Når søknadsmassen overstiger rammen helsefellesskapet har til rådighet, må noen prosjekter tildeles et lavere beløp enn de har søkt om, eller avvises. Som vist i kapittel 6 fattes disse avgjørelsene som oftest av SSU, i noen tilfeller av partnerskapsmøtet og litt sjeldnere av lokale samarbeidsutvalg eller STU (et regionalt beslutningsorgan i Helse Nord). Det siste har lavere legitimitet hos de lokale aktørene enn SSU:

Enten kan man flytte midler delvis eller helt bort fra RHF/HF og nærmere kommuner/helsefellesskap, eller innføre mekanismer som sikrer at helsefellesskap med lik representasjon reelt styrer prioriteringen.

Helsefellesskap som ikke har åpen utlysning, unngår situasjoner der lokale prosjektforslag blir redusert eller avvist. Der skjer utforming av prosjektenes innhold og økonomi i egne utvalg. Dermed unngår man den åpne diskusjonen av hvilke prosjekter som skal nedprioriteres. Endelige beslutninger fattes i de samme organene som beskrevet over.

Hvem får støtte i arbeidet med prosjektbeskrivelser?

En del av kommunene, særlig de mindre, har, som vi har sett, et dårlig utgangspunkt ved at de har liten kunnskap om RS-tilskuddet. De savner informasjon både om ordningen og om planer og utlysninger. Dernest mangler de personalressurser til å delta aktivt i arbeidet fra idé via prosjektbeskrivelse til mottatt bevilgning og gjennomføring av et krevende prosjektløp. Her har helseforetakene helt andre ressurser til rådighet. Disse brukes dels til å forfølge egne idéer og dels til å bistå kommunene. Det er mulig noe av denne ressurskjevheten kan kompenseres av helsefellesskapenes arbeidsgrupper og helseledernetverket.

Hvem drar nytte av prosjektenes innhold?

Den neste indikatoren på likeverdighet vi vil trekke fram, ligger i gevinstfordelingen.³³ Her blir svaret lett styrt av hvilket spørsmål vi stiller. Når spørsmålet stilles rett fram, vil de fleste informantene i både intervjuer og fritekstsvar fra spørreundersøkelsen svare at helseforetakene drar mest nytte av samhandlingstilskuddet. Dette begrunnes både med at de ofte er førende i formuleringen av RS-prosjektenes mål og hensikt, som mange kommuner mener er rettet mot å løse problemer som helseforetakene står oppe i. I noen tilfeller mener kommunene også at de sitter igjen med usikkerhet for hvordan endringene i prosjektet skal følges opp faglig og økonomisk i en ny driftssituasjon.

Når svaret på nyttespørsmålet utledes mer indirekte, synliggjøres også flere gevinster for kommune. Her sikter vi blant annet til at en ny tjenesteorganisering, der en større del av ansvaret overføres til kommunene, kan gi innbyggerne et bedre faglig tjenestetilbud som samtidig gis i eget nærrområde. I tillegg forventes RS-prosjektene å styrke fagmiljøene i kommunene og bidra til å skape mer attraktive arbeidsplasser. Det gjenstår imidlertid å se i hvilken grad den nyutviklede samhandlingen om felles pasienter og tjenester videreføres, eller om prosjektene i praksis først og fremst resulterer i ny oppgavedeling – ofte omtalt som oppgaveforskyvning av kommunene.

En samhandlingsleder fra et av helseforetakene mener at RS-tilskuddet har bidratt positivt til utviklingen av helsefellesskapet, blant annet ved at helseforetakene gradvis involverer kommunene mer:

Jeg synes jo det er en vanvittig framgang her i dette helsefellesskapet fra 2019, 2020, 2021. [...] Vi har hatt egne konferanser som har handla om samhandling. Vi har rista oss sammen. Vi har fått på plass utfordringsbildet. Vi har kultur for samhandling. Vi har verdier for samhandling. Vi har fått mange gode saker. Vi har fått ting godt innramma. Jeg synes vi prater og samarbeider bare bedre og bedre. [...] Jeg tror sykehuset har skjønnt de siste årene, både på direktørnivå og klinikkstjefsnivå, og for øvrig i

³³ Se også kapittel 5.5.2.

sykehuset, at vi er pokker nødt til å samarbeide godt med kommunene for å finne gode løsninger på tvers av tjenestenivåene.

Hvem blir sittende igjen med regningen?

I kapittelet om finansiering ble kommunenes bekymringer for å bli sittende igjen med faste merkostnader etter at prosjektfasen er over, tatt opp. Når mange av prosjektene dertil er initiert og styrt fra regionale og «lokale» helseforetak, forsterkes opplevelsen av ubalanse i mange kommuner.

I Innlandet – helsefelleskapet med flest kommuner – pekte informantene på en betydelig risiko for at kommunene blir sittende igjen med varige kostnader. De framholdt at helseforetaket har fått mer igjen for samhandlingsprosjekter, både de som er finansiert med RS-tilskuddet og tidligere satsinger, enn kommunene. Helseforetaket realiserer større gevinster, ble det hevdet, særlig ved at oppgaver flyttes over til kommunene:

En av de største utfordringene vi har i samhandlinga når vi finner nye samhandlingsløsninger, det er jo at tjenestene skal flyttes ut til kommunene. Det betyr at det er en skjevhet i gevinst. Så i stor grad sitter spesialisthelsetjenesten med en gevinst, mens nye oppgaver medfører behov både for mer personell og driftskostnader i kommunene.

Som et eksempel ble det vist til et prosjekt om digital sårbehandling, der behandling flyttes fra sykehus til kommunenes hjemmetjenester. I den forbindelse pekte de også på en strukturell urettferdighet i refusjonsordningen for slikt arbeid:

På det ene området vi har jobba med, som er digital sårbehandling, så er det også systemfeil, fordi en spesialist på sykehuset som gjør jobben, får refusjon, men hvis vi har en sykepleier i kommunen som gjør akkurat samme jobben, så får ikke vi det. Da bærer vi i hvert fall kostnadene.

Misnøyen med oppgaveforskyvning fra helseforetak til kommune er beskrevet tidligere. Frykten for at oppgaveforskyvningen skal fortsette framover, og i verste fall akselerere, er merkbar i flere helsefelleskap. Sitatet under er fra en kommune i Midt-Norge:

Det er ingen tvil om at mer og mer oppgaver legges til kommunene. Og det er riktig for innbyggeren, men kommunene kan ikke gå i kne av det. Sånn at overføring av oppgaver uten midler er kjempekrevene for tida. [...] Man håper jo at kommunene ikke kneler underveis. For det er en reell risiko nå, det at kommunene rett og slett ikke greier det. [...] Vi er helt på felgen i forhold til voldsomme omstillingsarbeider som pågår.

Hvem har ressurser til å delta?

Tid som går med til deltakelse i ulike samhandlingsfora, til planlegging og gjennomføring av samhandlingsprosjekter og til rapportering, er beskrevet i mange sammenhenger. Mangel på ressurser gjør at små kommuner er mindre deltakende enn store

kommuner, og at helseforetakene i praksis tar en større del av jobben med å planlegge og administrere prosjekter. Dette bidrar til ulikhet mellom partene, og kan også svekke opplevelsen av likeverdighet.

Mange kommuner og helseforetak opplever at kravene til rapportering er uklare og tidkrevende. For eksempel skaper tidsforskyvningen mellom bevilgning og faktisk utbetaling frustrasjon: Når midlene bevilges sent, må deler av rapporteringen leveres før lokal prosjektaktivitet er i gang. Flere påpeker at tertialvise rapporter og detaljerte gevinstkrav kan bli en stor administrativ byrde for små kommuner uten prosjektstøtte. Et stort antall minirapporter kan oppleves som avskrekkende, og en større andel av tilskuddet går med til byråkrati enn ønskelig.

I noen intervjuer ble det poengtert at urealistiske forventninger om raske resultater av RS-tilskuddet på politisk nivå bidrar til å øke rapporteringspress, og at det derfor er viktig å formidle oppover at «ting tar tid». En samhandlingsleder i et helseforetak peker på at omfanget av rapportering delvis henger sammen med stor politisk interesse og urealistiske forventninger om raske resultater:

Det har vært stor etterspørsel [etter rapportering], vil jeg si. Jeg har aldri vært borti lignende, for det er stor politisk interesse etter de store gevinstene man kan hente ut av disse midlene i løpet av forsvinnende kort tid. Og som alle som har jobba lenge i helsetjenesten vet, så er jo dette tankskip. Og det er liksom ikke sånn at det bare er å hente ut gevinster. En del av de prosjektene som vi tildelte midler i desember 2024, har jo så vidt startet opp [ett år senere].

Samhandlingslederen i et av helseforetakene på Østlandet reflekterer også over rapporteringsbyrden. Vedkommende erkjenner at den er betydelig, men beskriver samtidig en vilje til «å ta en for laget» – en vurdering som går igjen i flere helseforetak:

Og så tenker jeg at det er vi [i helseforetakets samhandlingsavdeling] som blir sittende [...] med [rapporterings]jobben. Og vi bruker i vår avdeling, vil jeg tro, minst 20 % på disse midlene. Med oppfølging og rapportering og opprettelse av prosjektkoder og administrering av dette tilskuddet. Det er en ganske stor jobb. Mye større enn jeg trodde. [...] Vi har jo valgt å ikke ta overhead-kostnad, og det mener jeg vi ikke skal gjøre. For jeg tenker at det er ikke sånn de midlene er ment brukt. Og folk er jo på jobb her likevel. Så lenge mange av prosjektene her ligger ute i kommunene også, så kan man kanskje si at sykehuset ikke får betalt, da. Men hvis man skal se litt større på det, så tenker jeg som kommer fra en kommune at sykehuset aner ikke hva dårlig råd er. Det vet man ikke før man har jobba i en kommune hvor det er en helt annen økonomisk bærekraft enn det det er i spesialisthelsetjenesten. Selv om nede på den enkelte avdelingen opplever man det selvfølgelig ikke sånn. Men det er to forskjellige verdener, og også at man ikke kan øke inntektene sine. [...] Vi har tatt den støytten for helsefelleskapet og tenker at det er en god investering å legge til rette for mer samhandling.

Hvem setter dagsorden?

Under intervjuene kunne informantene beskrive innholdet i enkeltprosjekter nokså konkret. Når vi spurte om likeverdighet, fikk vi eksempler både på godt samarbeid, der alle opplevde å bli hørt, og på det motsatte. Men som oftest var eksemplene mer allmenne og vanskelige å operasjonalisere i henhold til likeverdighetsspørsmålene vi har stilt. Dette kommer til uttrykk i de to neste sitatene fra to ulike vestlandskommuner:

Spesialisthelsetjenestene [...] spesialiserer seg i stadig større grad. Og så har de definisjonsmakta, for alt som ikke er spesialisthelsetjeneste blir automatisk en kommunal helse- og omsorgstjeneste. Så en opplever nok at [...] i sum så blir det nok en massiv oppgave- og ansvarsforskyvning fra spesialisthelsetjeneste til primærhelsetjeneste. [...] Utfordringa er nok at det ikke følger ressurser med.

Jeg tenker vel ikke at vi er likeverdige. [...] Jeg opplever at vi som kommune bare må innrette oss etter det som blir bestemt et annet sted. Jeg er opptatt av at ordningene skulle fungert, for hensikten er jo god. Og det er behov for samhandling [...]. Men hvis disse ordningene skal lykkes, så må de faktisk oppleves som rettferdige og transparente og helt reelt samarbeidsorienterte, også [sett] fra kommunens ståsted. Og jeg opplever det ikke slik.

De to sitatene tar også opp spørsmålet om likeverdighet. I det følgende forsøker tre informanter å forklare hva de mener skaper ulikhet. Det første sitatet er fra en kommune i Rogaland. Informanten beskriver relasjonen mellom helseforetak og kommuner som gjennomgående god, men peker samtidig på at helseforetaket ivaretar egne interesser. Derfor, hevdes det, må kommunene bruke helsefellesskapet aktivt for å nå fram:

Det er et godt samarbeid, det er god tone, det er god stemning mellom de fire [samhandlingslederne i helseforetak og kommuner, samt leder og nestleder i SSU]. Men det er noen underliggende fronter og paranoia [i kommunene] på at det er helseforetaket som rår [og] meler sin egen kake. Derfor er det viktig at kommunene er med, men også har tett kontakt mot den kommunale samhandlingslederen [koordinatoren].

Representanter for to mellomstore kommuner på Sunnmøre hadde følgende meningsutveksling om likeverdighet mellom kommuner og helseforetak:

I utgangspunktet skal vi være likeverdige parter, men vi er nok ikke det. Sykehuset og helseforetaket har sin samhandlingsavdeling. Vi har 28 avdelinger [dvs. kommuner], og vi har 28 premissleverandører, mens de har ett styre. Vi har 28 styrever, som vi får oppdragsbrev fra. Helseforetaket får oppdragsbrev fra bare én. Det er noe vi burde fått inn i samhandlingen og fått en bedre forståelse på.

Du sier at vi er 28 kommuner, men vi må nok kanskje også bli enda flinkere til å snakke i lag med én stemme. For jeg skjønner jo at det er vanskelig for helseforetaket å ta hensyn til alle.

Konsensus og likeverdighet

Alle tildelinger skal bygge på konsensus. Dermed har alle vetorett, også de mindre kommunene, forutsatt at de er tilstrekkelig representert i de ulike utvalgene. Spørsmålet om konsensusbaserte beslutninger kom opp i intervjuer med samtlige helsefelleskap, dels som et argument for at samarbeidet er likeverdig, og dels som en påpekning av at konsensuskravet kan stå i veien for effektive beslutninger.

I Helse Nord er det to lag med konsensuskrav. Først må kommunene og helseforetaket bli enige, slik at SSU kan fatte vedtak, eventuelt gi en innstilling det er konsensus om. Uten konsensus i SSU innstillingen videre til det sentrale tildelingsutvalget (STU). Deretter må det være konsensus i STU om alle tildelingene. Det er på den ene siden en styrke at toppledere og toppbyråkrater i et beslutningsutvalg som STU må være enige. På den andre siden kan det framstå problematisk at et nei fra én representant er nok til å avvise et prosjekt som et helt helsefelleskap står bak. De neste sitatene er fra tre ulike helsefelleskap i Helse Nord og viser at samhandlingssekretariatet eller SSU trekker søknader før de kommer til endelig behandling:

17 kommuner klarte å få konsensus med sykehuset på disse prosjektene. Det ble noen kompromisser for å få det til. Men jeg var kjempefornøyd. Så er vi avhengig av at tildelingsutvalget også har konsensus.

Etter noe uenighet satte vi [et av våre prosjektforslag] nederst på prioriteringslisten. [...] og så skjønnte vi at det var best å trekke den. Så ble det konsensus i SSU.

Selve tildelingen baseres på konsensus [...] hvis én er imot tildelingen, blir det ikke tildelt midler.

I Trøndelag legges det også stor vekt på konsensus, både i beslutninger i helsefelleskapet og i tildelingen av RS-tilskudd. En kommunerepresentant uttrykte det slik:

De nasjonale føringene er jo at midlene skal brukes etter enighet mellom partene.³⁴ Det er et rundt begrep som kan tolkes litt ulikt, men hva legger man i enighet mellom partene? [...] Så da vi begynte å kna på det begrepet for å få det til å passe inn til oss, så tenkte vi [...] at enighet mellom partene må i helsefelleskapssammenheng bety konsensus, altså enstemmighet, for det er jo det møteforumene handler om. Hvis ikke vi er enstemmige, så har vi egentlig ikke noe beslutningsmyndighet. [...] Enighet mellom partene betyr enighet på tvers av alle kommuner. Vi skulle nesten hatt saken oppe i hvert eneste kommunestyre. Men vi har definert det som enighet i PSU [tilsvarer partnerskapsmøtet i andre helsefelleskap].

Det faktum at RS-tilskuddet skal brukes etter enighet (konsensus) mellom helseforetak og kommuner, kan ifølge informanter på både helseforetaks- og kommunesiden innebære at beslutninger tar lang tid og blir mindre effektive enn de ellers kunne vært. En

³⁴ «Tilskuddsmidlene skal brukes etter enighet mellom helseforetak og aktuell(e) kommune(r)» (Oppdragsdokument 2024 – Tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 104 S (2023–2024), side 7).

enkelt kommune kan (i teorien) blokkere iverksetting av det andre kommuner og/eller helseforetaket mener er en god bruk av midlene. Flere peker på at det kan gjøre det vanskeligere å fremme forslag som oppfattes som kontroversielle. Utsagnet under, fra en informant i et helseforetak, illustrerer denne oppfatningen:

Hvis jeg skal kritisere helsefellesskapets struktur, så er det den konsensusdelen, hvor man ikke har én ledelse, én som kan bestemme, men at du skal ha en konsensus. Det kan gjøre diskusjonene veldig krevende. Men hvis du har en [samhandlings]ledelse som er veldig samstemt, så fungerer det.

Økt likeverdighet

På tross av ulikevekten mellom partene har vi sett at de fleste har stor tillit til tilskuddsordningen. Da informantene ble bedt om å foreslå hvordan ordningen kan forbedres, ble tonen imidlertid mer kritisk. I spørreundersøkelsen mottok vi om lag 50 forbedringsforslag. Her foreslår kommunene å endre maktfordelingen mellom fem aktører (figur 27). De fleste innspillene går ut på å styrke kommunene og helsefellesskapene innflytelse, og å redusere regionale og «lokale» helseforetaks styring av prosjektmidler og innretningen på utviklingsarbeidet. Enkelte ønsker at tildelingen fra HOD skal gå rett til kommunene, eventuelt til helsefellesskapene.

Mindre innflytelse til regionale helseforetak

RS-tilskuddet overføres fra HOD til hvert av de fire regionale helseforetakene som videreformidler midlene til sine respektive helseforetak. Helse Nord RHF formidler også en betydelig andel av midlene direkte til lokale tiltak. Ønsket om at de regionale helseforetakene skal ha mindre innflytelse, har vi særlig sett uttrykt blant kommuner i Nord-Norge. Sitatene under er fra en representant fra et av helseforetakene i Helse Nord og fra en Helgelandskommune:

Helse Nord skal støtte helsefellesskapene. De burde ikke gått inn og styre med disse midlene. Det er bare forsinkende. De burde ikke vært beslutningstakere i det hele tatt. Vi kunne jo hatt et felles sekretariat for de fire helsefellesskapene. Det kunne bestått av de fire sekretariatene. Eller det kunne også vært de åtte lederne/nestlederne i SSU som utgjorde dette tildelingsutvalget. Vi må ha strukturer som skal stå seg over tid.

Fordel pengene til helsefellesskapene, reduser administrative søkeprosesser. Stol på at vi som har ansvar bruker midler til å levere best mulig tjenester.

Ifølge informantene har de øvrige regionale helseforetakene en mer tilbaketrukket rolle. Kritikkk som i nord ofte rettes mot Helse Nord RHF, blir dermed i større grad rettet mot helseforetakene i de andre regionene.

Mindre innflytelse til helseforetakene

«Alle» kommuner ønsker at helseforetakene skal ha mindre innflytelse over RS-ordningen. Dette gjelder både utforming av tildelingskriterier og forvaltningen av de samlede tilskuddsmidlene. Det første sitatet nedenfor er fra en stor kommune i Trøndelag. Informanten peker på at helseforetaket ikke bare oppbevarer RS-midlene, men også

fordeler dem, og at fordelingen i noen grad bygger på helseforetakets skjønn. Informanten etterlyser derfor en mer partsbasert ordning for fordelingen av midlene:

Tildelingen [fra RHF] til helseforetaket er litt uheldig siden det igjen kan fordele midlene ut ifra eget skjønn. Det bør være en bedre fordeling til helsefelleskapene eller direkte fordeling på noen vis.

Det neste sitatet, som er fra en større kommune i Møre og Romsdal, kritiserer det informanten omtaler som den regionale ordningen for å gi helseforetaket definisjonsmakt i vurderingen av hva som regnes for gode RS-prosjekter. Informanten knytter dette til en risiko for at prosjekter som innebærer oppgaveforskyvning til kommunene, lettere får gjennomslag enn prosjekter som styrker gjensidig samhandling. Informanten uttaler følgende:

Selv om det er i kommunene pasientene lever livet sitt, og [der] det meste av helsetjenesten skjer, så er det i helseforetaket at definisjonsmakten og det største helsebudsjettet legges. Hvorfor kan ikke tilskuddet gis til kommunene? De fleste av prosjektene handler om at spesialisthelsetjenesten ønsker å skyve ansvar og oppgaver over på kommunene, og å hindre innleggelse i sykehus.

Det tredje foretakskritiske sitatet er fra Gudbrandsdalen. Her formidles mye av det samme som i sitatene over. Informanten peker på at helseforetakene har stor definisjonsmakt, og hevder at prosjektgevinstene i større grad tilfaller helseforetakene, mens kommunene pådrar seg økte utgifter. Sitatet uttrykker tydelig en oppfatning om at helseforetakene handler ut fra egeninteresse og med begrenset forståelse for kommunenes situasjon og den samlede nytten:

Helseforetakene har for stor makt i tildelingen. De sliter med å se på gevinstrealisering i kommunene. De prosjektene som får midler, gir i stor grad kun økonomisk gevinst i helseforetaket, mens kommunene får økte utgifter.

Vi avslutter med en henstilling fra en liten kommune på Sunnmøre:

[Tildelingen kan gjøres bedre] ved i større grad prøve å utlikne asymmetrien mellom kommunane og helseforetaket knytt til at helseforetaka er så store.

Mer innflytelse til helsefelleskapene

En stor del av innspillene uttrykker ønske om å styrke helsefelleskapene. Ved å gi helsefelleskapene større innflytelse kan balansen mellom helseforetak og kommuner forbedres. Dette kan oppnås ved å styrke helsefelleskapenes rolle som premissleverandør for prosjektsøknader og tildelinger. Det første sitatet under er fra en mindre kommune på Østlandet. Informanten peker på at for mange prosjekter oppleves å være skreddersydd for å løse sykehusets utfordringer, og dermed får begrenset relevans for helsefelleskapet som helhet. Videre understrekes det – i likhet med mange andre innspill – at kommunene sitter igjen med hovedansvaret for tjenester og økonomi. I tillegg sies det at prosjektene i liten grad har bidratt til læring eller kompetanseoverføring til

kommunene. Hvor utbredt denne oppfatningen er, vet vi ikke, men det kan konstateres at dette ikke er i tråd med intensjonene bak samhandlingen:

Likeverdighetsprinsippet ivaretas ikke når midlene forvaltes av det ene nivået og tildeling farges av sykehusets behov. Svært mange små, konkrete prosjekter initieres fra sykehus og gjennomføres i små deler av helsefellesskapet. Implementering forventes i etterkant uten tilstrekkelig deling av ny kompetanse/arbeidsmetodikk/ressurstilgang.

I neste sitat, som er fra en annen innlandskommune, vises det til at helsefellesskapet har kompetanse til å håndtere bruken av RS-midlene, men at det mangler en juridisk plattform for å kunne forvalte midlene selv. Informanten mener at dette i seg selv ikke ville vært et problem dersom helseforetaket begrenset seg til å ivareta en administrativ rolle og lot være å styre hvordan «kunden» brukte pengene sine. Kommunen viser også til erfaringer med andre offentlige tilskuddsordninger som har fungert bedre:

Helsefellesskapet har selv utarbeidet rutiner og struktur for prioritering og vurdering av innkomne søknader. Helsefellesskapet er i posisjon til å vurdere/koordinere eventuelt like prosjektsøknader og oppfordre til samarbeid. Helsefellesskapene har ikke eget organisasjonsnummer, ergo må pengene ligge ett sted. Det fungerer i utgangspunktet fint at midlene ligger i helseforetaket, men vi har møtt på utfordringer knyttet til utbetaling og rapportering. Dette jobber vi fortsatt med. Kommunene er vant til å søke tilskuddsmidler fra direktorat og andre, og da utbetales hele tilskuddsbeløpet. Hvordan dette skal håndteres her i forhold til RS-midlene, må det fortsatt jobbes med.

De to kommunene som er sitert over, er opptatt av at helsefellesskapet må komme i posisjon til å få større innflytelse på tildelingen av RS-midler. Dette sier de samtidig som de tilhører et helsefellesskap der nesten alle prosjekter vedtas i SSU. Likeverdig representasjon i beslutningsorganene forhindrer med andre ord ikke skjevheter i beslutningene.

De fleste beskriver et ønske om reelt likeverd i påvirkningen av innholdet i samhandlingsprosjektene og i beslutningene om hvilke prosjektsøknader som skal få RS-tilskudd. Her handler det om likeverdighet i prosessen fra lokale ideer via søknader til vurderinger og beslutninger om tildeling. Flere peker samtidig på at likeverd også kan styrkes ved at helsefellesskapet står for både utforming og tildeling av prosjekter, slik det beskrives i neste sitat fra en mellomstor Trøndelagskommune:

Vi er svært fornøyde med at tilskuddet ikke fordeles etter søknad, men at det er en prosess i helsefellesskapet hvor prosjektene drøftes og midlene fordeles.

En kommune i Nord-Norge etterlyser en ordning som den de har i Trøndelag. I nord har enkelte erfaring med direkte tildeling av midler til prosjekter som er forhåndsdefinerte, men dette har skjedd i regi av det regionale helseforetaket. De fleste prosjektene realiseres etter en søknadsprosess. I fritekstsvaret under foreslås det imidlertid at kommuner burde kunne søke deltakelse i ferdigutformede prosjektforslag, og at dette burde inngå i en utvidet ordning:

[Det hadde vært fint] om man kunne ha søkt på konkrete prosjekter som var «ferdig utarbeidet» som en «pakkeløsning». Det vil være enklere å ta i på, og man unngår at mange jobber ekstra for å få utarbeidet gode ideer og kanskje velger å ikke søke fordi man ikke vet hva man burde ha søkt på.

Hvis dette realiseres, får regionen i Nord-Norge tre tilskuddsordninger (pluss sideløsningen), som kanskje kan utvikles til to: En åpen søknadsbasert, der kommuner og helseforetak sender inn prosjektbeskrivelser, og en utvalgsbasert, der SSU og STU har et tettere samarbeid.

Mer innflytelse til kommunene

Ganske mange av innspillene som kommer fra fritekstsvarene, «hopper over» helsefellesskapene. Det vil si at helsefellesskapet ikke blir nevnt, eller at det plasseres etter kommunene i tildelingsrekken. I stedet går innleggene rett på at kommunene må få økt innflytelse. De føyer seg også inn blant tidligere siterte forslag (særlig fra Helse Nord) om at tilskuddene ikke skal gå via helseforetakene. Det første sitatet under er fra en av Oslos bydeler, og det andre fra en av de større sørlandskommunene:

Det [tilskuddet] bør gå til kommuner først [...] og så til helsefellesskapene.

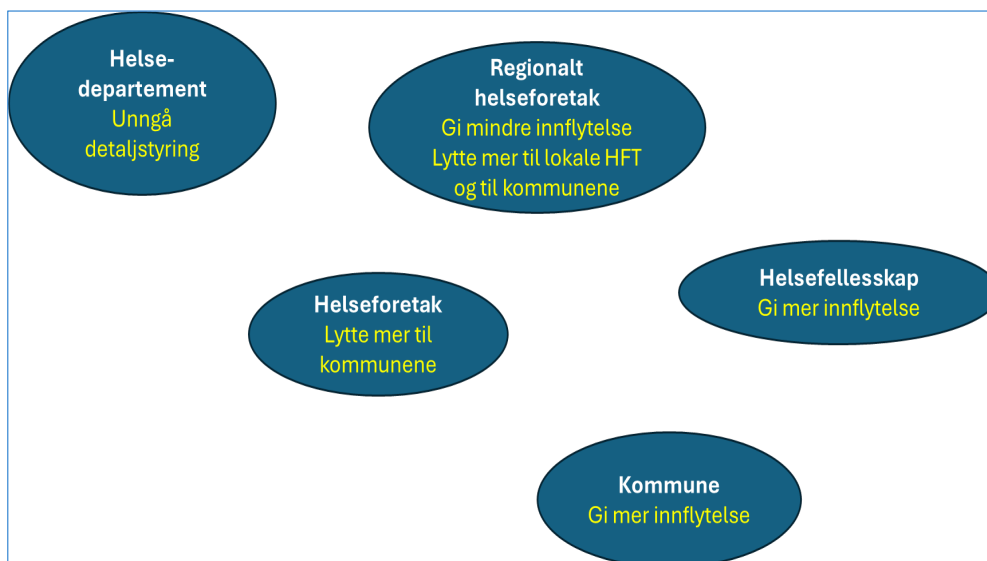
Det bør vurderes om det likegodt kan være kommunene som mottar tilskuddet.

Nesten alle forslagene om å sende RS-tilskuddet direkte til kommunene understreker samtidig at saksbehandlingen bør skje i samarbeid med partnerne i helsefellesskapet.

Helse- og omsorgsdepartementets hånd på rattet

Helse- og omsorgsdepartementet tildeler midler og vil som hovedregel ikke påvirke den lokale tildelingen av RS-tilskuddet, utover det som ligger i de overordnede retningslinjene. Når HOD unntaksvis påvirker tildelingen, oppfatter kommunene dette som negativt. De peker både på at det reduserer den lokale styringen av midlene, og at kommuneperspektivet i større grad kommer i bakgrunnen.

Figur 27 Ulikhetsfigur



Kommunene fra Helse Vest-området er stort sett fornøyde. Som mange andre kommuner etterlyser de mer og tidligere informasjon. De ber også om økt oppmerksomhet på at prosjektene kan føre til oppgaveforskyvning og økte kostnader for kommunene etter prosjektperioden (jf. «sidesporet»).

Kort oppsummert

Oppsummert ser vi et tydelig og gjennomgående ønske fra kommunene om å styrke helsefelleskapene. Bakgrunnen er at kommunene etterspør økt likeverd i tildelingsprosessen for RS-midler, og dermed mer strukturell symmetri. Ønsket begrunnes både her og tidligere i rapporten med at sterkere helsefelleskap kan bidra til at RS-prosjektene i større grad fremmer samhandling om et helhetlig tjenestetilbud til pasientene.

Samtidig har vi sett at RS-midlene i seg selv bidrar til å styrke helsefelleskapene og gi mer innhold i samarbeidet mellom aktørene i helsefelleskapenes ulike fora. Flere informanter beskriver en styrket samarbeidskultur blant dem som planlegger og beslutter utformingen av det regionale og lokale tjenestetilbudet. Mer innflytelse til helsefelleskapene i forvaltningen av RS-tilskuddet kan også bidra til økt åpenhet og det som fra kommuneståsted oppfattes som mer bærekraftig bruk av faglige og økonomiske ressurser.

8 Oppsummering

Dette kapittelet oppsummerer og drøfter hovedfunnene i lys av problemstillingene og det informantene har framhevet som viktig. Kapittelet avsluttes med noen innspill til veien videre.

Kort oppsummering av hovedfunn

Positive momenter

1. Mange RS-prosjekter har fått tildelt midler, langt flere enn de 166 som er omtalt i rapporten.
2. Prosjektenes innhold er i hovedsak i tråd med nasjonale kriterier, og retter seg mot prioriterte pasientgrupper.
3. RS-prosjektene styrker den lokale samhandlingen mellom kommuner og helseforetak.
4. Forvaltningen av RS-midlene styrker helsefellesskapene som organisasjon og bidrar til en sterkere samhandlingskultur.
5. Helsefellesskapene vektlegger at RS-prosjekter skal ha mål om å gi gevinster for mer enn én kommune. Helseforetak og store kommuner argumenterer for at de har gjennomføringsressurser og kan utvikle løsninger som kommer flertallet til gode.
6. Mindre kommuner er ofte bekvemme med at større kommuner tar føringen, fordi de selv har begrensede ressurser. Likevel er det også eksempler på at mindre kommuner tar en lederrolle, da ofte med støtte fra helseforetaket eller en større kommune.
7. De fleste kommunene oppgir å ha stor tillit til RS-ordningen slik den praktiseres i eget helsefellesskap. De oppgir også at samhandlingsprosjektene er nyttige. Dette gjør de selv om de samtidig er kritiske til deler av forvaltningspraksisen eller til sider ved organiseringen.

Andre momenter

8. Helsefellesskapene opererer med ulike modeller for tildelingen av RS-tilskuddet, og flere benytter ulike modeller parallelt. De fleste bygger på eksisterende samhandlingsstrukturer, noen supplert med egne RS-utvalg som vurderer prosjektbeskrivelser. Etableringen av en egen samhandlingskoordinator for kommunene i hvert helsefellesskap er ganske nytt. De første kom på plass i 2020–21, altså før RS-tilskuddet ble etablert. Innføringen av RS-tilskuddet har bidratt til å styrke rollen og samhandlingsfunksjonen på kommunesiden. I modell 1 (tabell 14) gjennomfører helsefellesskapet en åpen utlysning der alle kommunene og helseforetaket inviteres til å utforme prosjektbeskrivelser og søke om RS-tilskudd. I modell 3 og 4 utformes prosjektbeskrivelsene av et internt utvalg i helsefellesskapet. Deretter inviteres kommuner og helsefellesskap til å delta i ferdig utformede prosjekter. I begge disse vil det som oftest være SSU som fatter endelig vedtak. I en variant av modell 1 er faglig samarbeidsutvalg (FSU) vedtaksorganet (modell 1c). I en tredje modell i Helse Nord lyses prosjektmidler ut av det regionale helseforetaket som gjennom et helsefellesskapsovergripende utvalg (STU) også fatter tildelingsvedtakene (modell 2). Alle de nevnte løsningene/modellene har et administrativt beslutningsorgan. Men i noen

helsefellesskap (modell 4 og 5) fattes vedtakene imidlertid i et politisk organ. Til slutt har vi en løsning vi har kalt for «sidesporet». Dette er prosjekter der midler tildeles uten å ha vært utlyst eller bearbeidet i et av helsefellesskapenes utvalg.

9. Det er stor variasjon i størrelsen på RS-prosjektene. I nord er prosjektene gjennomgående størst, mens de i Telemark, Agder og Rogaland ofte er minst. Det er en tendens til at flere helsefellesskap ønsker færre, men større prosjekter, selv om det finnes unntak. Blant kommunene er det særlig de litt større som tar til orde for en slik utvikling.
10. De åtte helsefellesskapene i Helse Sør-Øst hadde på undersøkelsestidspunktet mottatt 116 millioner kroner. De fire helsefellesskapene i Helse Nord hadde fått nesten like mye, mens de fire helsefellesskapene i Helse Vest hadde fått det halve. Helse Midt-Norges tre helsefellesskap fikk en bevilgning som lå på tredjedel av beløpet til Helse Nord. Det foreligger med andre ord en viss skjevdeling, der ekstraordinære utfordringer i Helse Nord er blitt tillagt betydelig vekt av regjeringen.

Kritiske momenter

11. RS-prosjektene utvikles i fellesskap mellom kommuner og helseforetak. Mange kommuner uttrykker likevel at samarbeidsrelasjonen med helseforetakene ikke er likeverdig. De mener at helseforetakene får for stort gjennomslag i utformingen av prosjektene. De mindre kommunene beskriver ofte en liknende skjevhet overfor større kommuner.
12. I Nord RHF tildeles en del av RS-midlene til prosjekter i hele regionen styrt fra Sentralt tildelingsutvalg. Dette er begrunnet i regionale strategier som har liten støtte blant lokale aktører.
13. Kommunene har reist kritikk mot enkelte prosjekter som de ikke oppfatter som samhandling. Dette gjelder særlig prosjekter som innebærer såkalt oppgaveforskyvning, der kommunene overtar ansvar for tjenester helseforetakene avvikler.
14. Kompenserende bruk av RS-midlene kan forekomme for å opprettholde eller gjenopprette tjenester som helseforetakene har lagt ned. Enkelte tildelinger er også gitt til prosjekter med en lang forhistorie, der det stilles spørsmål ved om de burde vært overført til ordinær drift.
15. Samhandlingsprosjekter fører ofte til at flere tjenester utføres i kommunene. Dette kan i utgangspunktet være positivt både for kommunene og pasientene. Kommunene er imidlertid kritiske til at det ofte ikke følger med driftsmidler (slik helseforetakene kan ha hatt for samme tjeneste) når et utviklingsprosjekt går over i ordinær drift.

Kort sagt: Rekrutterings- og samhandlingstilskuddet har på kort tid blitt et sentralt styrings- og utviklingsverktøy i helsefellesskapene. Midlene har bidratt til både strukturendringer og konkret utviklingsarbeid.

Det er for tidlig å konkludere om effekter på tjenestekvalitet og bærekraft, men prosessanalysen viser at tilskuddet har påvirket:

- Hvordan partene samarbeider
- Hvordan prioriteringer gjøres
- Hvordan likeverd forstås og praktiseres
- Hvordan strategi omsettes i handling

Nærmere drøfting av utvalgte spørsmål

Tillit

Initiativ som sikrer kommunene reell involvering, styrker opplevelsen av likeverdighet mellom kommuner og helseforetak. Generelt ser vi at tilliten til ordningen øker når beslutningsprosessen om RS-tilskuddet involverer organer på flere nivåer i helsefelleskapene, inkludert lokale og faglige fora, og når arbeidet forankres i felles strategier og handlingsplaner. Hvis beslutningsmyndigheten oppfattes som svært sentralisert, og muligheten til deltakelse i RS-beslutningene er begrenset, kan mistilliten til ordningen, og mer generelt mellom partene, øke.

Det kan se ut til at kommuner i helsefelleskap med direkte og planstyrt utforming av RS-prosjekter har noe høyere tillit til ordningen enn kommuner i helsefelleskap med åpne utlysninger. Kommuner i helsefelleskap der politiske organer fatter beslutningene, svarer litt oftere positivt på spørreundersøkelsens tillitsspørsmål. Uavhengig av tildelingsmodell vil åpenhet om beslutningsprosessen og offentliggjøring av grundige begrunnelser for tildelingsvedtakene styrke RS-tilskuddets legitimitet.

Hensiktsmessighet

Med utgangspunkt i materialet er det vanskelig å si sikkert om én tildelingsmodell er bedre egnet enn andre til å fremme RS-tilskuddets samhandlingsmål.

De ulike tildelingsprosedyrene (modellene) har både styrker og svakheter. Men de fleste positive og negative aspektene ved RS-beslutningene ikke kobles direkte til selve modellen. Modell 1 med åpne utlysninger framstår likevel som den mest demokratiske, fordi den gir alle kommuner mulighet til å delta i utviklingsarbeid som kan møte lokale behov innenfor de nasjonale føringene for RS-tilskuddet. I denne modellen skal det i utgangspunktet være rom for bred idéutvikling og lokale initiativ.

Siden både kjennskap til RS-midlene og ressurser til å utvikle og gjennomføre RS-prosjekter er skjevt fordelt, og mindre, enkeltstående tiltak har lav legitimitet blant de administrative beslutningstakerne, er det relativt få prosjekter med begrenset nedslagsfelt som får gjennomslag.

De utvalgsdrevne helsefelleskapene (modell 3 og 4) bygger i stor grad forvaltningen av RS-tilskuddet på etablerte samarbeidsstrukturer. De er mindre orientert mot enkeltstående, lokale behov. I disse modellen utformes RS-prosjektene av sentrale utvalg bestående av representanter fra helseforetakene og enkelte kommuner/bydeler med særlig kunnskap om samhandlingsproblematikken. Prosjektidéene formuleres i tråd med strategiske, politiske og administrative føringer. Modellene er partsbaserte, men framstår samtidig som mindre demokratiske enn modell 1. Helsefelleskapene i modell 4 kombinerer en utvalgsdrevet utforming med politisk beslutning i partnerskapsmøtet. I modell 3 fattes beslutningene administrativt i SSU.

Spørreundersøkelsen gir ikke grunnlag for å fastslå at én tildelingsmodell fungerer bedre enn andre. Intervjumaterialet tyder likevel på at noen modeller fungerer bedre med hensyn til likeverd og etterlevelse av nasjonale føringer. Samtidig finner vi ikke tydelige mønstre der gode løsninger samler seg i noen helsefelleskap og dårlige

løsninger i andre. Helsefellesskapene i Helse Vest kommer gjennomgående godt ut. I de fleste helsefellesskapene har det likevel vært noe kritikk, gjerne om for stor maktubalanse mellom helseforetak og kommuner, nedprioritering av prosjektinitiativ fra kommunene, arbeidskrevende prosesser for prosjektutvikling og tildeling, samt uklarheter og uenighet om tildelingskriterier. Slik kritikk går imidlertid på tvers av modellene og kan snarere tilskrives oppstartsvansker enn strukturelle forskjeller. Utviklingen det siste året gir grunn til å forvente at kritikken avtar når ordningene modnes og «setter seg».

Modell 2 som praktiseres av Nord RHF, framstår som et unntak. Her tildeles prosjektmidler fra Sentralt tildelingsutvalg og slik inngår maktubalansen i en ønsket strategi.

Likevekt og likeverd

«Likeverdige partnere» er et mål som oppleves ulikt. Opplevd likeverd blir et spørsmål om representasjon der beslutninger fattes, definisjonsmakt og kapasitet til å delta. I intervjuene får kapasitetsutfordringer i små kommuner særlig oppmerksomhet. Da blir likeverd i praksis et spørsmål om kjennskap til ordningen, tilgang til kunnskapsgrunnlag og kapasitet til å delta i og påvirke beslutninger. Særlig mindre kommuner mangler personell til å delta i helsefellesskapets ulike organer, der informasjon deles, saker drøftes og beslutninger tas. De mangler også ressurser til å skrive søknader og utvikle prosjekter, og har sjelden anledning til lede prosjektene. Slik blir de avhengige av at større kommuner tester ut tiltak først, og kobler seg heller på når prosjektene utvides til flere kommuner. Her står vi overfor en størrelses- og kapasitetsmessig asymmetri.

Ser vi på representasjonen i ulike beslutningsfora, er denne vanligvis jevnt fordelt. Der den ikke er det, vil kommunene oftere være i flertall enn i mindretall. Så her står vi overfor en representasjonsmessig symmetri.

Definisjonsmakt og spørsmålet om hvem som har mest innflytelse på bruken av RS-tilskuddet, handler om mer enn representasjonsmessig symmetri. Spesialisthelsetjenesten og store kommuner dominerer søknadsbildet, ikke bare fordi de har kapasitet til å delta i alle beslutningsfora, men også fordi de har styrke til å definere samhandlingsfeltet. Dette dreier som hva slags prosjekter som framstår som viktige for dem selv og deres samarbeidspartnere, hva som vurderes som realistisk og relevant, og hva som gir gevinst for flest. Dette påvirker igjen hva som prioriteres når RS-midlene skal fordeles. Kommunenes opplevelse av slik maktasymmetri er ikke overveldende, men kommer likevel tydelig fram i intervjuene.

Forståelsen for kommunenes behov

En av problemstillingene for evalueringen er formulert slik: Hvordan har prosessene påvirket forståelsen av kommunenes behov? Dette er det vanskelig å svare entydig på. Kunnskapen om kommunenes behov for bedre samhandlingsløsninger har utvilsomt økt som følge av konkrete. Kommunenes, og da særlig de mindre kommunenes misnøye med å ikke bli hørt, er godt kjent av representantene i de ulike helsefellesskapsforaene som diskuterer RS-prosjekter. Det kommer også fram i materialet at samhandlingskoordinatorene bidrar til å spre kunnskap om kommunenes ønsker og behov.

Intervjuene viser at forståelsen for kommunenes behov har økt. Men om dette i siste instans har ført til at kommunenes behov i større grad blir ivaretatt, krever et litt mer

sammensatt svar. Eksempler på oppgaveforskyvning, kompensierende bruk av midlene og opplevelser av sterk gjennomslagskraft fra helseforetakene, og til en viss grad også de store kommunene, taler imot. Erfaringer med prøving og feiling i startfasen og færre nye prosjekter inn fra «sidesporet» kan tale for. Det kan også se ut til at antallet kompensasjonsprosjekter har gått ned. Det taler i samme retning. Vi har imidlertid ikke grunnlag for å si om forskyvningsprosjektene også har blitt færre. Vi har heller ikke grunnlag for å konkludere med at de største aktørene lytter mer til de mindre kommunene enn tidligere. Det kan fortsatt være en tendens til at store aktører mener de vet hva som er best, og hvor RS-midlene vil ha størst effekt, både ut fra faglige og økonomiske betraktninger og ut fra hvilke prosjekter som antas å gi størst ringvirkninger for flest kommuner og pasienter.

Veien videre

Styrke helsefellesskapene

RS-prosjektenes innretning, det vil si de satsingsområdene som RS-tilskuddet benyttes til, hvem som deltar, og hvordan tildeling besluttet, er naturlig nok gjenstand for betydelig diskusjon, og tidvis omfattende kritikk. Det er ikke bare Helse Nord RHF som har hatt sterk styring på fordelingen av RS-midlene.

Informantene er nesten samstemte i at helsefellesskapets rolle som strategisk nav bør styrkes. Helsefellesskapet bør ha en tydelig rolle i prioritering og tildeling av RS-tilskuddet, støttet av klare rutiner. I evalueringen har vi pekt på enkelte skjevheter. En del av disse kan tilskrives oppstartsutfordringer: Helsefellesskapene er unge, mens helseforetak og store kommuner er veletablerte aktører. Flere informanter forteller at de har brukt mye krefter på å utvikle en god struktur og et funksjonelt administrativt apparat. Samtidig peker særlig kommunesiden på at det fortsatt kan være for mange fora, hyppige møter og omfattende rapporteringskrav, som i sum blir beskrevet som tungrodd og ressurskrevende.

Prosedyrebalanse

Det kreves en viss formalisering av arbeidet med RS-tilskuddet (søknadsmaler, vurderingskriterier og rollefordeling mellom ulike organer) for å unngå tilfeldige prioriteringer og sikre beslutningslegitimitet. Samtidig må prosessen ikke være så omstendelig at mange kommuner velger å ikke delta. På dette feltet er helsefellesskapene i utvikling, noe som blant annet gjenspeiles i utviklingen av deres digitale nettsteder i evalueringsperioden.

Videreutvikle felles kunnskapsgrunnlag

Et felles kunnskapsgrunnlag er under utvikling, ikke minst fordi RS-tilskuddet har bidratt til å styrke samhandlingskulturen både på operativt og strategisk nivå hos partene og i helsefellesskapet. Det er likevel behov for å nå ut med mer informasjon til alle kommuner for å stimulere til deltakelse.

Utlysninger med kommuneoverskridende mål

Helsefellesskap som praktiserer åpne utlysninger, bør videreutvikle ordningen ved å stille tydeligere krav til RS-prosjektenes innhold. Det kan for eksempel vurderes kriterier

som i større grad retter seg mot kommuneoverskridende mål. Samtidig kan helsefellesskapene hente læring fra utvalgene som formulerer prosjektbeskrivelser uten åpne utlysninger (modell 3 og 4), uten at dette behøver å gå på bekostning av lokalt initiativ, som modell 1-ordningen bygger på.

To pottes i hvert helsefellesskap

Valget mellom fri idéfangst (utlysninger) og styrt plan (tildeling uten utlysning) avspeiler to grunnleggende idealer: innovasjon versus implementerbarhet. I praksis går disse litt over i hverandre. Søknadsbaserte løsninger er ikke nødvendigvis mer innovative, og planstyrte løsninger er ikke nødvendigvis mer implementerbare, selv om de oftere bygger på tidligere løsninger. En mulig løsning er at hvert helsefellesskap setter av én pott til strategiske satsinger, der prosjekter utformes av et samarbeidsutvalg, og én pott til åpne søknader.

De regionale helseforetakene

Vi har ikke grunnlag for å foreslå finansieringsmodeller som går utenom de regionale helseforetakene. Bruk av aktører som KS, Statsforvalteren eller Nav framstår heller ikke som nærliggende. Noen nevner direkte overføringer fra HOD til kommunene. Andre peker på at dette kan gi mer styring til enkeltkommuner og dermed snarere hemme enn fremme utviklingen av helhetlige samhandlingsløsninger som kommer hele helsefellesskapet og regionen til gode. Flere informanter har tatt til orde for direkte overføringer fra HOD til helsefellesskapene, men siden helsefellesskapene ikke er etablerte som juridiske enheter med organisasjonsnummer, er dette ikke et realistisk alternativ i dag. Dette ble også påpekt i en rapport fra Rambøll (2024). Sykehusutvalgets forslag om å erstatte tilskuddsordningen med faste budsjetter kan være en vei å gå.³⁵ Det ligger imidlertid utenfor denne evalueringen å ta stilling til disse forslagene.

Derimot er det grunnlag for å foreslå en styrking av den direkte kommunikasjonen mellom de regionale helseforetakene og helsefellesskapene, samt bedre informasjonsdeling med kommunene. Omfanget av «sidesporløsninger», der tildelinger skjer uten forankring i helsefellesskapene, bør reduseres.

Bærekraft for kommunene

Når prosessbyrden blir høy, forsterkes forskjellen mellom store aktører med utviklings- og prosjekttressurser og små kommuner med bemanningskrise og ledere som må stå i produksjonen. Da kan selv gode tiltak oppleves som en belastning. Når rapportering blir en egen friksjonskilde, får kostnadseffektivitet i OECD-forstand et praktisk innhold: Hvor mye tid går med til å skrive, rapportere og justere krav, i stedet for å utvikle og iverksette tiltak? Dermed blir kostnadseffektivitet i praksis også et spørsmål om prosessdesign: Hvor stor andel av midlene og energien går til utvikling og gjennomføring, og hvor mye går til koordinering, rapportering og «tilskuddshåndverk»?

³⁵ Sykehusutvalget mener at samhandlingsbudsjetter bør erstatte dagens frivillige tilskuddsordninger. Slike budsjetter skal være forpliktende og sikre varig finansiering av tiltak som gir gode pasientforløp. Midlene skal kun utløses når kommuner og helseforetak i fellesskap identifiserer og prioriterer samarbeidsområder. Helsefellesskapene pekes ut som den naturlige arenaen for dette arbeidet.

Fra kommunesiden uttrykkes det bekymring for at RS-prosjekter ikke er bærekraftige. Kortvarige tilskudd går med til å etablere varige oppgaver i kommunene uten at disse finansieres videre. Kommunene foreslår derfor at prosjektene i tillegg til å være tydelig forankret hos begge parter, må ha en plan for finansiering etter prosjektavslutning som angir økonomisk gevinst for begge nivåer.

Litteratur

- Ingstad, K. (2024). Systematisk behovsstyrt personalplanlegging. I K. Ingstad (Red.), *Helhetlig personellplanlegging for framtidens helse- og omsorgstjenester*. Gyldendal Akademisk.
- Helsedirektoratet. (u.å.-a). [Digital hjemmeoppfølging](#). Lest 27. mars 2026.
- Helsedirektoratet. (u.å.-b). Helseteknologiordningen, <https://www.helsedirektoratet.no/digitalisering-og-e-helse/helseteknologiordningen>. Lest 22. mars 2026.
- Helsedirektoratet. (u.å.-c). Bra mat for bedre helse – veiledning for kursholdere, <https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/organisering-og-tjenestetilbud/frisklivssentra-ler/bra-mat-for-bedre-helse>. Lest 12. april 2026.
- Helsedirektoratet. (2025). *Kompetanseløft 2025 – Årsrapport 2024*.
- Helsedirektoratet. (2023). *Statusrapport 2022 – gjennomføring av Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*.
- Hjemås, G., Zhiyang, J., Kornstad, T. & Stølen, N. M. (2019). *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035* (SSB-rapport 2019/11). Statistisk sentralbyrå.
- Holmøy, E., Hjemås, G. & Haugstveit, F. (2023). *Arbeidsinnsats i offentlig helse og omsorg: Fremskrivninger og historikk* (SSB-rapport 2023/3). Statistisk sentralbyrå.
- Helse- og omsorgsdepartementet & KS. (2024). Avtale mellom regjeringen og KS om videreutvikling av helsefelleskapene for en mer sammenhengende helse- og omsorgstjeneste», Helsedirektoratet og KS, 26/4-24.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2024a). Oppdragsdokument 2024 - Tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 104 S (2023–2024) 3. juli 2024.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2024b). Nytt rekrutterings- og samhandlingstilskudd for helsetjenesten. Presentert på departementets nettside 05.07.2024.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2025). Svar fra helseminister Jan Christian Vestre ga til Stortinget 31. mars 2025 på spørsmål 1687 om i hvilken grad RS-midlene er tatt i bruk.
- Meld. St. 31 (2023–2024). Perspektivmeldingen 2024. Melding til Stortinget. Tilråding fra Finansdepartementet 9. august 2024.
- Meld. St. 9 (2023–2024). *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027. Vår felles helsetjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 7 (2019–2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Moland, L. E., Tofteng, M. & Bråthen, K. (2025). *Lederes handlingsrom for å gjennomføre vikarreduserende tiltak i pleie- og omsorgstjenestene* (Fafo-rapport 2025:23). Fafo
- Moland, L. E., Tofteng, M. & Nesland, A. (2023a). *Vikarbruk i sykehus og kommunale helse- og omsorgstjenester* (Fafo-rapport 2023:17). Fafo.
- Nielsen, R. A. & Moland, L. E. (2025). *Mobilitet i helse- og omsorgstjenestene i perioden 2015–2024. Utvidet og oppdatert versjon av Fafo-rapport 2023:30 og 2024:31 med 2024-tall* (Fafo-rapport 2025:19). Fafo.
- NOU 2023: 4. *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- NOU 2023: 8. *Felleskapets sykehus. Styling, finansiering, samhandling og ledelse*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Rambøll. (2024). *Kartlegging av status for helsefelleskapene* (Rapport nr. 24:17. FOU-nr: 236010). KS/FoU.
- Rambøll Management Consulting og Menon Economics. (2022) *Bemanningsutfordringene i helse- og omsorgssektoren – utfordringsbildet og løsningsdimensjoner*.

Regjeringen. (2025, 20. oktober). I gang med rettleiings- og godkjenningsordning for helseteknologi, <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/i-gang-med-rettleiings-og-godkjenningsordning-for-helse-teknologi/id3125439/>.

Tabellvedlegg

Kjennskap til RS-tilskuddet

Vedleggstabell 1 Kommunes kjennskap til rekrutterings- og samhandlingstilskudd etter kommunestørrelse

	Svært godt	Ganske godt	Ganske dårlig	Svært dårlig	Sum	Antall
Alle (138)	22,50 %	50,7 %	19,6 %	7,2 %	100,0 %	138
Under 5000 (50)	10,00 %	44,0 %	34,0 %	12,0 %	100,0 %	50
5000–19999 (52)	23,10 %	55,8 %	15,4 %	5, %	100,0 %	52
20000 eller flere (36)	38,90 %	52,8 %	5,6 %	2,80 %	100,0 %	36

Vedleggstabell 2 Kommunes kjennskap til rekrutterings- og samhandlingstilskudd i de regionale helseforetakene

	Svært godt	Ganske godt	Ganske dårlig	Svært dårlig	Sum	Antall
Alle (138)	22,5 %	50,7 %	19,6 %	7,2 %	100,0 %	138
Sør-Øst (58)	19,0 %	56,9 %	10,3 %	13,8 %	100,0 %	58
Vest (27)	18,5 %	44,4 %	37,0 %	0,0 %	100,0 %	27
Midt (26)	15,4 %	57,7 %	26,9 %	0,0 %	100,0 %	26
Nord (27)	40,7 %	37,0 %	14,8 %	7,4 %	100,0 %	27

Vedleggstabell 3 Kommunenes kjennskap til rekrutterings- og samhandlingstilskudd etter helsefellesskap. Antall. N = 138

Helsefellesskap	Svært godt	Ganske godt	Ganske dårlig	Svært dårlig	Sum
Østfold	1	4	0	0	5
Ahus og kommunene	2	4	0	0	6
Oslo	0	3	1	1	5
Innlandet	3	7	0	3	13
Vest-Viken	2	4	1	1	8
Vestfold	1	2	0	0	3
Telemark	1	3	4	2	10
Agder	1	6	0	1	8
Sør-Rogaland	2	5	1	0	8
Helse Fonna	0	3	2	0	5
Helse Bergen	3	2	3	0	8
Sogn og Fjordane	0	2	4	0	6
Møre og Romsdal	2	6	2	0	10
St. Olavs og kommunene	1	4	2	0	7
Nordre Trøndelag	1	5	3	0	9
Helgeland	3	1	0	0	4
Lofoten, Vesterålen og Salten	3	5	1	0	9
Troms og Ofoten	3	4	1	1	9
Finmark	2	0	2	1	5
Alle	31	70	27	10	138

Deltakelse i søknadsarbeid

Vedleggstabell 4 Har kommunen deltatt i arbeid med en eller flere søknader etter kommunestørrelse? (innbyggertall)

På eget initiativ?	Ja	Nei	Ikke sikker	Sum
Under 5000	3	15	1	19
5000–19999	9	21	3	33
20000 eller flere	19	10	0	29
Alle	31	46	4	81

På initiativ sammen med helseforetak?	Ja	Nei	Ikke sikker	Sum
Under 5000	5	12	2	19
5000–19999	18	14	1	33
20000 eller flere	20	8	1	29
Alle	43	34	4	81

Vedleggstabell 5 Hvilken rolle har din kommune hatt i prosjektaktiviteter finansiert av RS-tilskuddet? Dersom kommunen har deltatt i flere prosjekter, svar for det prosjektet der kommunen har vært mest aktiv

	Prosjektledelse alene eller sammen med andre kommuner/helseforetak	Aktiv prosjektdeltakelse uten hovedansvar	Begrenset deltakelse	Sum	Antall
Sør-Øst	25,6 %	44,2 %	30,2 %	100,0 %	43
Vest	30,8 %	23,1 %	46,2 %	100,0 %	13
Midt	21,4 %	35,7 %	42,9 %	100,0 %	14
Nord	52,9 %	41,2 %	5,9 %	100,0 %	17
Alle	31,0 %	39,1 %	29,9 %	100,0 %	87
Under 5000	5,3 %	47,4 %	47,4 %	100,0 %	19
5000–19999	24,3 %	40,5 %	35,1 %	100,0 %	37
20000 eller flere	54,8 %	32,3 %	12,9 %	100,0 %	31
Alle	31,0 %	39,1 %	29,9 %	100,0 %	87

Vedleggstabell 6 I hvilken grad vil du si at disse har hatt betydning for at dere ikke har deltatt?

	Svært stor grad	Ganske stor grad	Ganske liten grad	Svært liten grad	Ikke sikker	Sum	Antall
Har ikke fått tildelt midler vi har søkt om	8,4	4,8	6,0	47,0	33,7	100,0	83
Har ikke mottatt noen forespørsler	6,0	8,4	12,0	45,8	27,7	100,0	83
Annen forklaring	10,8	4,8	6,0	20,5	57,8	100,0	83
Deltakelse bidrar ikke til å løse våre utfordringer	8,4	12,0	15,7	31,3	32,5	100,0	83
Mangler ressurser	25,3	22,9	12,0	19,3	20,5	100,0	83

Vedleggstabell 7 Har kommunen de siste tre årene deltatt i annet utviklingsarbeid for å styrke samarbeidet/samhandlingen mellom kommunen og helseforetaket?

Størrelse	Ja	Nei	Ikke sikker	Sum
Under 5000	24 (49 %)	13	12	49
5000-19999	33 (65 %)	5	13	51
20000 eller flere	28 (80 %)	3	4	35
Helsefelleskap				
Sør-Øst	38 (66 %)	9	11	58
Vest	21 (81 %)	0	5	26
Midt	13 (54 %)	4	7	24
Nord	13 (48 %)	8	6	27
Alle	85 (63 %)	21	29	135

Prosjektinnhold

Vedleggstabell 8 RS-prosjektene fordelt på tematisk innretning og helsefelleskap. Absolutte tall. Kilde: Innrapporterte tall til HOD

	Sum	Rekruttere beholde- hospitere- kombi- stilling	Bedre pasientfor- løp	Felles kart- leggings-, vurde- rings-, inn- sats-/sam- handlings- team	Digitale verktøy, simu- lering	Samord- ning av akutt- hjelp	Forskning, metodeut- vikling	Konferan- ser, tjene- ste- utvikling, annet
Østfold	13	0	6	0	4	0	0	3
Ahus og kommunene	8	1	2	2	2	0	0	1
Oslo	11	2	2	2	5	0	0	0
Innlandet	9	0	3	0	2	1	0	3
Vest-Viken	2	0	1	1	0	0	0	0
Vestfold	3	0	0	2	0	0	0	1
Telemark	8	0	3	3	1	0	0	1
Agder	4	0	2	0	0	1	0	1
Sør-Rogaland	9	1	1	4	2	0	1	0
Fonna	13	0	7	1	1	1	0	3
Bergensområdet	13	0	8	3	1	1	0	0
Sogn og Fjordane	7	0	1	0	1	0	0	5
Møre og Romsdal	5	0	1	1	1	0	0	2
Søndre Trøndelag	8	2	2	0	2	0	0	2
Nordre Trøndelag	13	4	0	0	2	0	3	4
Helgeland	6	1	1	1	2	0	0	1
Lofoten, Vesterålen, Salten	4	0	0	0	3	1	0	0
Troms og Ofoten	14	1	6	0	3	0	1	3
Finnmark	8	0	2	3	2	0	1	0

Vedleggstabel 9 Antall og andel brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester etter alder. Kilder: Helse- og omsorgsdepartementet. Kommunale helse- og omsorgstjenester 2023, kapittel 2.2. Tall for 2024 er fra SSB-tabell 12652

Alder	2023		2024	
	Antall	Andel	Antall	Andel
0-17	20 578	5,2	21 543	5,4
18-49	88 144	22,2	86 720	21,7
50-66	55 897	14,1	55 273	13,8
67-79	84 631	21,3	84 714	21,2
80-89	98 719	24,9	102 432	25,7
90+	49 244	12,4	48 650	12,2
Totalt	397 213	100,0	399 332	100,0

Økonomi

Vedleggstabel 10 Fordeling av prosjektmidler fordelt på fem grupper

Tilskuddets størrelse	Antall
Under 500 000	40
500 000-999 000	29
1-1,99 mill	36
2-3,9 mill	36
4 mill-11 mill	25
Alle	166

Vedleggstabel 11 Er det eller de prosjektene kommunen deltar eller har deltatt i, fullfinansiert av RS-tilskuddet? Fordelt etter kommunestørrelse

	Ja	Nei	Ikke sikker	Sum
Under 5000	4	10	5	19
5000-19 999	6	20	11	37
20 000 eller flere	2	23	6	31
Alle	12	53	22	87

Vedleggstabell 12 Er det eller de prosjektene kommunen deltar eller har deltatt i, fullfinansiert av RS-tilskuddet? Fordelt på helseregion

	Ja	Nei	Ikke sikker	Sum
Sør-Øst	4	30	9	43
Vest	2	7	4	13
Midt	2	8	4	14
Nord	4	8	5	17
Alle	12	53	22	87

Størrelse og nytte

Vedleggstabell 13 RS-tilskuddet kan fordeles på et begrenset antall store prosjekter eller et større antall mindre prosjekter eller aktiviteter. Mener du midlene bør spres på flere små prosjekter eller færre store prosjekter?

RHF	Flere små prosjekter	Færre, men større prosjekter	En kombinasjon	Ikke sikker	Sum
Sør-Øst	2	13	33	10	58
Vest	2	6	12	6	26
Midt	4	4	14	2	24
Nord	2	6	16	3	27
Alle	10	29	75	21	135
Kommune-størrelse	Flere små prosjekter	Færre, men større prosjekter	En kombinasjon	Ikke sikker	Sum
Under 5000	7	4	26	12	49
5000–19 999	2	10	32	7	51
20 000 eller flere	1	15	17	2	35
Alle	10	29	75	21	135
Alle, prosent	7,4 %	21,5 %	55,6 %	15,6 %	100,0 %

Vedleggstabell 14 RS-tilskuddet kan fordeles på et begrenset antall store prosjekter eller et større antall mindre prosjekter eller aktiviteter. Mener du midlene bør spres på flere små prosjekter eller færre store prosjekter?

	Flere små prosjekter	Færre, men større prosjekter	En kombinasjon	Ikke sikker	Sum
Østfold	1	0	4	0	5
Ahus og kommunene	0	3	3	0	6
Oslo	0	2	1	2	5
Innlandet	0	5	7	1	13
Vest-Viken	0	1	7	0	8
Vestfold	0	0	3	0	3
Telemark	1	1	3	5	10
Agder	0	1	5	2	8
Sør-Rogaland	1	2	3	1	7
Helse Fonna	0	1	3	1	5
Helse Bergen	1	2	5	0	8
Sogn og Fjordane	0	1	1	4	6
Møre og Romsdal	3	1	6	0	10
St. Olavs og kommunene	1	2	2	1	6
Nordre Trøndelag	0	1	6	1	8
Helgeland	0	1	3	0	4
Lofoten, Vesterålen og Salten	1	2	6	0	9
Troms og Ofoten	1	3	4	1	9
Finnmark	0	0	3	2	5
Alle	10	29	75	21	135

Vedleggstabell 15 I hvilken grad har RS-tilskuddet hatt innvirkning på samarbeid/samhandling mellom helseforetak og kommuner i helsefellesskapet?

Størrelse, innbyggertall	I svært stor grad	I ganske stor grad	I ganske liten grad	I svært liten grad	Ikke sikker	Sum	Antall
Under 5000	2,0 %	28,6 %	14,3 %	16,3 %	38,8 %	100,0 %	49
5000–19 999	7,8 %	35,3 %	17,6 %	9,8 %	29,4 %	100,0 %	51
20 000 eller flere	8,6 %	57,1 %	20,0 %		14,3 %	100,0 %	35
Alle	5,9 %	38,5 %	17,0 %	9,6 %	28,9 %	100,0 %	135

Vedleggstabell 16 I hvilken grad tror du RS-tilskuddet vil ha innvirkning på samhandlingen på lengre sikt?

Størrelse, innbyggertall	I svært stor grad	I ganske stor grad	I ganske liten grad	I svært liten grad	Ikke sikker	Sum	Antall
Under 5000	10,2 %	38,8 %	8,2 %	10,2 %	32,7 %	100,0 %	49
5000–19 999	13,7 %	37,3 %	13,7 %	2,0 %	33,3 %	100,0 %	51
20 000 eller flere	11,4 %	60,0 %	14,3 %		14,3 %	100,0 %	35
Alle	11,9 %	43,7 %	11,9 %	4,4 %	28,1 %	100,0 %	135

Vedleggstabell 17 I hvilken grad har kommunen tillit til dagens system for tildeling av RS-tilskudd?

befolk2	I svært stor grad	I ganske stor grad	I ganske liten grad	I svært liten grad	Ikke sikker	Sum	Antall
Under 5000	10,2 %	34,7 %	16,3 %	4,1 %	34,7 %	100,0 %	49
5000–19 999	25,5 %	43,1 %	3,9 %	3,9 %	23,5 %	100,0 %	51
20 000 eller flere	22,9 %	42,9 %	17,1 %	2,9 %	14,3 %	100,0 %	35
Alle	19,3 %	40,0 %	11,9 %	3,7 %	25,2 %	100,0 %	135

Vedleggstabell 18: Eksempel på tildelte midler til RS-prosjekter hentet fra de fire helsefelleskapene i Nord

Til- de- ling	Navn på prosjekt	HFT	Eiere (kommuner og helsefelleskap)	For- pr.	25	26	27	28	29
1/25	Dig pas.forløp for fedme og sykelig overvekt	Finnmark	Vardø, Nesseby, Båtsfj. Berlev. Tana, Finnm. syk	Nei	2063	-	-	-	-
1/25	Effektiv utnyttelse av firepartssamarbeidet	Finnmark	Hammerfest, Finnmarkssykeh. HFT	Komb	300	1950	2400	1350	-
1/25	Holterprosjektet	Finnmark	Vardø, Nesseby, Båtsfj. Berlev. Tana, Finnm. Sykeh. HFT	Nei	740	-	-	-	-
1/25	Integr. tjenester, under-ernæring. sammenheng-ende pasientforløp	Finnmark	Alta, Sør-Varanger, Finnmarkssykehuset HFT	Ja	1700	-	-	-	-
1/25	Klinsik obs.kompetanse som samhandl.verktøy	Finnmark	Sør-Varanger, Finnmarkssykehuset HFT	Nei	1100	1151	1207	1268	-
1/25	Forprosjekt - tverretattlig rehabilitering	Helgeland	Vefsn, Rana, Lurøy, Hemnes, Leirfjord HelgelandssykehusetvHFT	Ja	2000	-	-	-	-
1/25	Observasjonspost Sør-helgeland	Helgeland	Brønnøy, Helgelands-sykehuset HFT	Ja	1800	-	-	-	-
1/25	Fremtidens pasientforløp og digital oppfølging	Helgeland	Vefsn, Rana, Lurøy, Hemnes, Leirfjord Helgelandssykehuset HFT	Komb	3954	-	-	-	-
1/25	Helgelandssykepleieren- utdanning, rekruttering og stabilisering av spl.	Helgeland	Vefsn, Rana, Lurøy, Hemnes, Leirfjord Helgelandssykehuset HFT	Nei	2000	2000	2000	2000	2000
1/25	Interkom. innsats- og vurderingsteam	Helgeland	Rana, Vefsn, Alstads- haug, Helgelandssykehuset HFT	Nei	1553	1552	1552	-	-
1/25	Homecare+: Integrrert Hj.helse for sømløs pas.reise	Lofot, Vest.ål, Salten	Bodø, Nordlandssykehuset HFT	Komb	2223	-	-	-	-
1/25	Inovacare som fasilitator for implementering av regionale og nasjonale e-helseløsninger	Lofot, Vest.ål, Salten	Fauske, Saltdal, Vågan, Vestvågøy, Bodø, Hadsel	Komb	5000	-	-	-	-
1/25	Utredning av samhandling rundt akutt-pasienter mellom kom. i Vesterålen og Nordlandssykehuset	Lofot, Vest.ål, Salten	Sortland, Øksnes, Hadsel, Andøy, Bø Nordlandssykehuset HFT	Ja	4000	-	-	-	-
1/25	Bedre i lag i Troms og Ofoten	Troms, Ofoten	Harstad, UNN HFT	Nei	391	391	391	-	-

1/25	Det trygge boalternativet	Troms, Ofoten	Tromsø, UNN HFT	Ja	1700	-	-	-	-
1/25	Felles innsats for implementering av digital støtte i pasientforløp og samhandling	Troms, Ofoten	Tromsø, Harstad, Narvik, Senja, Kvænanngen, Skjervøy, N. reisa, Kåfjord, Lyngen Storfjord, UNN HFT	Komb	5000	-	-	-	-
1/25	Forprosjekt: Utredning av piloter for samordning av psykisk helsevern og rusbehandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten	Troms, Ofoten	Balsfjord, Dyrøy, Kvænanngen, Kåfjord, Lyngen, Målselv, Nordreisa, Senja, Skjervøy, Storfjord, Sørreisa, Bardu, UNN, Finnmarkssykehuset HFT	Ja	3400	-	-	-	-
1/25	Hvor er samhandlingsrommet?	Troms, Ofoten	Bardu, Salangen, Lavangen, Målselv, Dyrøy, Sørreisa, Senja	Ja	2200	-	-	-	-
1/26	Det digitale sykehuset	Finnmark	Alta, Kautokeino, Sør-Varanger, Vadsø, Vardø, Finnmarkssykehuset HFT	Ja		1500	-	-	-
1/26	Desentraliserte spesialisthelsetjenester	Lofot, Vest.ål, Salten	Vågan, Saltdal, Bodø, Hadsel, Nordlandssykehuset HFT	Ja		1500	-	-	-
1/26	Kombi-stillinger mellom ambulans- og primærhelsetj.	Lofot, Vest.ål, Salten	Øksnes, Sortland, Nordlandssykehuset HFT	Ja		1500	-	-	-
1/26	Opinor	Lofot, Vest.ål, Salten	Bodø, Nordlandssykehuset HFT	Nei		950	950	-	-
1/26	Sikkerhetspsykiatr. rehab. på tvers av omsorgsnivå	Lofot, Vest.ål, Salten	Rana, Bodø, Nordlandssykehuset HFT	Ja		2500	-	-	-
1/26	Trygg akuttpsykiatri	Lofot, Vest.ål, Salten	Vågan, Vestvågøy, Flakstad, Moskenes, Hadsel, Nordlandssykehuset HFT	Nei		2000	2000	2000	-
1/26	Innovativ modell for døgntilbud i psykisk helse og rus	Troms, Ofoten	Senja, UNN HFT	Ja		1500	-	-	-
1/26	Rehabsenter: Et tverrsektorielt kompetansenettverk	Troms, Ofoten	Senja, Nordreisa, Tromsø, UNN HFT	Nei		1500	2750	2750	-
1/26	Trygg eldremedisin	Troms, Ofoten	Narvik, Harstad, Tromsø, UNN HFT	Nei		300	-	-	-

Vedleggstabell 19: Svarfordeling fra de 19 helsefelleskapene

	Antall	Prosent
Østfold	6	4,1
Ahus og kommunene	6	4,1
Oslo	5	3,4
Innlandet	15	10,3
Vest-Viken	10	6,9
Vestfold	3	2,1
Telemark	10	6,9
Agder	8	5,5
Sør-Rogaland	8	5,5
Helse Fonna	5	3,4
Helse Bergen	8	5,5
Sogn og Fjordane	6	4,1
Møre og Romsdal	10	6,9
St. Olavs og kommunene	7	4,8
Nordre Trøndelag	10	6,9
Helgeland	4	2,8
Lofoten, Vesterålen og Salten	9	6,2
Troms og Ofoten	10	6,9
Finnmark	5	3,4
Total	145	100,0

