



Steinkjer, 30.09.2022

Til Helse- og Omsorgsdepartementet

v/ Statsråd Ingvild Kjerkol

Innspill til Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–27

Felles svar fra kommunene Bindal, Flatanger, Frosta, Grong, Høylandet, Leka, Levanger, Lierne, Namsskogan, Namsos, Nærøysund, Osen, Overhalla, Røyrvik, Snåsa, Steinkjer, Stjørdal og Verdal.

1. Innledning

Kommunene i nordre Trøndelag takker for muligheten til å komme med innspill til neste Nasjonale helse- og samhandlingsplan (2024-27) (NHSP) fra Helse- og Omsorgsdepartementet (HOD).

Som kjent har det tidligere vært en innspillsrunde til NHSP, og da med ett særlig fokus på at det var helsefellesskapene som skulle avgi innspill i fellesskap. [Helsefellesskapet i nordre Trøndelag avga en felles høring](#) da. I dette innspillet ble det skissert at kommunene og helseforetakene burde avgi innspill hver for seg, med momenter som er særlig viktige for kommunesektoren. Vi har derfor basert innspillene på dette, men innspillene som ble avgitt fra helsefellesskapet i forrige runde er fortsatt svært aktuelle og viktige ift. utarbeidelsen av neste NHSP. Vi forventer at disse innspillene fortsatt er på dagsorden hos HOD, og gjentar derfor ikke de samme innspillene i denne runden.

2. Innspill

2.1 Hva er de viktigste utfordringene å adressere?

Både kommunehelsetjenestene og den kommunale forvaltningen i sin helhet står overfor store utfordringer i årene som kommer. Et helhetlig og sammenhengende nasjonalt planverk og godt fungerende helsefellesskap vil kunne hjelpe på dette, men det er ikke mulig å komme unna at de største utfordringene vi står overfor er av et så massivt omfang at de kun kan løses av nasjonale myndigheter. Dette gjelder spesielt følgende:

- a) En fungerende og bærekraftig fastlegeordning er en forutsetning for at de øvrige helsetjenestene skal fungere. Dette gjelder både kommune- og spesialisthelsetjenester. Dersom denne ordningen kollapser vil ikke en ny NHSP være mye til hjelp, uansett hvor god denne planen blir. Nasjonale myndigheter må løse dette problemet og sørge for tilstrekkelige rammevilkår, slik at det skal være mulig for kommunene å ha en fungerende fastlegeordning.



- b) Gapet mellom befolkningens forventninger til helsetjenestene og det kommunene (for så vidt også helseforetakene) har kapasitet til å levere er allerede merkbart, og vil øke i årene som kommer. Alt tyder på at det ikke vil være mulig å tilby helsetjenester med både full valgfrihet og full dekningsgrad i framtiden. Det er/vil bli svært krevende for kommunene å løfte debatten om at innbyggerne må tilpasse sine forventninger til framtidige helsetjenester, samtidig som denne diskusjonen unnviktes på nasjonalt nivå. Nasjonale myndigheter må derfor ta et ansvar for å belyse denne utfordringen og finne en helhetlig tilnærming som kan oppfattes som troverdig, på tvers av partipolitikk og særinteresser.
- c) Omfordelingen av ressurser for å svare på demografiendringene innad i kommunene (primært mellom oppvekst og helse/omsorg), er utfordrende blant annet fordi statlige myndigheter har fastsatt bemanningsnormer i barnehage og skole. Det bør ses på om dette er bærekraftig framover og om det er løsbart med de endringene vi har demografisk og rekrutteringsutfordringene nasjonen har.
- d) Tjenester innen rus og psykisk helse må videreutvikle samarbeidet med spesialisthelsetjenesten, politi og domstolene. hvor de med alvorligste og komplekse problemer ivaretas med adekvat behandling og oppfølging. Kommunene ber regjeringen se på lovverket om makt og tvang når domstolene og psykiatrien overfører dømte til kommunene slik at samfunnsikkerheten for øvrige borgere ivaretas på en forsvarlig måte.

Sammenheng mellom NHSP og andre reformer og omstillingsarbeid i andre sektorer

Hovedtemaene til NHSP som skisseres i innspillbrevet er viktige og relevante tema som kommunene støtter. Hver for seg er disse viktige for nødvendig omstilling innenfor ulike deler av helsesektoren, men sett i en større sammenheng kan alle disse ses på som en nødvendig tverretattlig omstilling, også utenfor helsesektoren. Selv om NHSP er en helseplan, er det viktig at denne har en klar sammenheng med planleggingen av omstillinger på andre områder i offentlig sektor. Når Regjeringen i både ny [distriktmelding](#) og ny [tillitsreform](#) legger opp til ett bredt omstillingsarbeid og lokale initiativ for å finne innovative løsninger på ulike utfordringer, er det viktig at NHSP går i takt med dette.

NHSP 2020-23 har lagt vekt på en nasjonal implementering og iverksetting av helsefellesskap. Dette har høstet kritikk fra mange områder, men vi anser det ikke som hensiktsmessig å bruke energi på dette når vi nå skal se framover. Den nasjonale strukturen er fastsatt for helsefellesskapene gjennom denne fireårsperioden, og i neste fireårsperiode må alt fokus rettes mot kulturbygging og forsterkning av virkemidler som helsefellesskapene trenger for å kunne lykkes med kompliserte utfordringer. I dette må det også ligge en erkjennelse i at bygging av gjensidig tillit og en god samarbeidskultur er noe som tar tid, og at det er ulike forutsetninger for dette rundt om i landet.

I kjølvannet av NHSP 2020-23 har forventningene til helsefellesskapene økt kraftig. Det er i utgangspunktet positivt å ha ambisjoner for at dette samarbeidet skal gi resultater, men de må ses i sammenheng med hva som er helsefellesskapenes rammevilkår. Helsefellesskap er ikke ett forvaltningsnivå, og ansvarsområder kan ikke overføres dit direkte. Det er viktig at dette ikke utvikler seg til å bli en ny oppgaveoverføringsreform, dette frykter vi at til sjuende og sist vil gå utover kommunene.



2.2 Hvilke tiltak er aktuelle?

Sammenheng mellom planarbeid i helsefellesskapene og NHSP

Alle de aktuelle tiltakene som nevnes i innspillbrevene er aktuelle, men hvem som er aller viktigst kan variere fra helsefellesskap til helsefellesskap. I stedet for å rangere disse i en rekkefølge, ønsker vi å presisere at det her vil være viktig at det enkelte helsefellesskapet får både tillit og ansvar til å rangere hva som er viktigst i sine respektive områder. En slik tilnærming til også bygge videre på dagens plan, samt den nye lovgivningen som har forpliktet kommuner og helseforetak til å planlegge og utvikle tjenester i fellesskap. For nordre Trøndelag sin del er [disse prioriteringene samlet i en handlingsplan](#). Denne gjelder for fire år, men kan revideres årlig. Det vil dermed være åpning for å tilpasse planen etter både lokale ønsker om prioriterte tiltak, og etter nasjonale føringer med jevne mellomrom. Vi oppfordrer derfor HOD til å følge opp dette planarbeidet i alle helsefellesskap, slik at forutsetningene for å følge opp disse aktuelle tiltakene, og prioritere/tilpasse dem etter lokale forhold blir gjort på en noenlunde lik måte over hele landet med tiden.

Statlig finansieringsordning for helsefellesskap

Behov for utvikling en statlig finansieringsordning for helsefellesskapene og felles satsinger som er tillagt dette samarbeidet. Ordningen må være proporsjonal med ambisjonsnivået som legges for dette samarbeidet fra nasjonale myndigheter. Finansieringen må være likeverdig fordelt mellom kommuner og helseforetak, og fordeles til disse hver for seg, så lenge det ikke utarbeides en felles finansieringsordning for helsetjenester. I tillegg vil del kommunale helse- og omsorgstjenestene ha behov for å bygge opp kompetanse innen digitalisering/velferdsteknologi slik at teknologi blir en del av helsetjenestetilbudet. Dette må kompenseres økonomisk gjennom inntektssystemet.

Andre aktuelle tiltak

Forebygging, helsefremming og læring- og mestringstilbud må prioriteres og utvikles i samspill med befolkningen. Vi oppfordrer til at [Hagen-utvalgets \(NOU 2011:11\) «Innovasjon i omsorg»](#) må revitaliseres, slik at kommunenes innsatser bidrar til å legge til rette for medborgerskap og solidaritet mellom generasjoner i utviklingen av velferdsordningene. Ressursøkningene de fleste kommuner har i den yngste aldersgruppen 18-25 år i helse og velferd, må håndteres slik at de ikke blir konsumenter av helse- og velferdstjenestene framover.

Fagfolk blir et knapphetsgode framover, digitale samhandlingsløsninger for beslutningsstøtte mellom nivåene, mellom kommunene, er avgjørende for å fatte forsvarlige beslutninger i forløpene og for å styrke pasientsikkerheten. Det krever standardisering og tilgjengelighet på relevant fagkompetanse i de ulike organisasjonene/nettverkene framover. NHSP må følge opp dette i et perspektiv som ser det samlede behovet under ett.

2.3 Er dere kjent med pågående arbeid eller gode eksempler som departementet bør være kjent med?

Organisering, politisk styring og finansieringsordninger fra helsefellesskap i Danmark

Danmark har etablert formaliserte partnerskap mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, kalt -sundhetsklynger. Disse er i stor grad innrettet slik helsefellesskap er i Norge. I Danmark er imidlertid forskjellene mellom politisk og administrativt nivå tydeliggjort i større grad. I [deres samarbeidsavtale framkommer det at «i de formaliserte sundhedsklynger skal der både være en politisk dialog»](#) og at «*der er i den forbindelse enighet om en samlet forenkling af den politiske, tværsektorielle samarbejdsstruktur*». Det politiske nivå er tydeliggjort som ett eget organ, og deres oppgaver er skilt fra det strategiske nivået. I dagens ordning for helsefellesskap i Norge er dette skillet etter vår mening



alt for utydelig. Ordningen med «partnerskapsmøtet» som helsefellesskapets øverste organ kan fungere som en slags generalforsamling, men er etter vår mening utilstrekkelig for at politikerne skal kunne følge opp dette kontinuerlig gjennom året. I alle andre offentlige etater er skillet mellom politikk og administrasjon tydelig, og dette må gjelde også i helsefellesskap. Vi anbefaler derfor HOD å se til helsefellesskapet i nordre Trøndelag sin [innretning på Politisk Samarbeidsutvalg](#) (punkt 6.2 i samarbeidsavtalen), og at dette skillet tydeliggjøres i neste NHSP.

Danmark har også [endret sin helse- og omsorgstjenestelovgivning](#) for å tilpasse denne til sunhedsklyngene. Her er både samarbeidskonstellasjonene og organene omtalt. Merk at skillet mellom politisk og administrativt nivå er ett lovkrav. Krav om felles planlegging ligger også inne. Sett fra vårt ståsted er det ikke nødvendig med en så omfattende lovgivning om helsefellesskap i Norge, men den danske lovgivningen setter veldig tydelige rammevilkår for samarbeidet mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten, og vi oppfordrer HOD til å se på om deler av dette kan brukes som en videre innramming av hva helsefellesskap skal være framover, enten i neste NHSP, eller dersom en revidering av [samarbeidsavtalen mellom KS og forrige Regjering](#) (fra 2019) er aktuell i framtiden.

Når det gjelder finansieringsordninger for helsefellesskap så anbefaler vi at det også her ses til Danmark. Det danske [Sundhetsministeriet \(tilsvarende HOD\) har i 2022 avsatt 80 millioner DKK](#) til oppstart av sunhedsklyngene og av arbeidet som skal gjøres i fellesskap. Danmark har prioritert fem ulike grupper som skal prioriteres, nokså likt de fire pasientgruppene som er prioritert i Norge. Hvordan pengene skal fordeles og prioriteres er nøye planlagt, de deles 50/50 mellom kommune og spesialisthelsetjeneste og etter en fordelingsnøkkel basert på bl.a. folketall. Dersom helsefellesskapene i Norge skal kunne følge opp de ambisjonene som er satt både nasjonalt og regionalt er vi helt avhengige av at vi har finansieringen på plass. Vi oppfordrer HOD til å se på en lignende ordning for Norge, og at dette kommer som øremerkede tildelinger til hhv. kommunene og helseforetakene, og ikke gjennom den ordinære tildelingen.

Evaluering og oppfølging av koronapandemien

Koronapandemien har gitt oss noen viktige erfaringer som må evalueres og utnyttes i framtidig planlegging av beredskap. Det må trenes på samhandling mellom nasjonale myndigheter, spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten hvor inngangen bør ha søkelys på tilgang på tilstrekkelige ressurser der folk bor – det vil si i kommunene. Erfaringene fra pandemien er at kommunene har den største arbeidsbyrden med isolasjon av institusjonsbeboere, håndtering av smittede hjemmeboende, testing, skjerming av fastlegekontor, planlegging og gjennomføring av vaksiner mm, mens nasjonale myndigheter ga f.eks. mest smittevernuttstyr til spesialisthelsetjenesten. Slik kommunene erfarte nasjonale myndigheters håndtering, kom informasjon og samarbeidsinitiativ for sent i gang. Det må derfor planlegges for hvordan nasjonale myndigheter skal kunne gjøre dette bedre og raskere dersom situasjonen oppstår igjen. Mye av samhandlingen regionalt vil kunne koordineres via helsefellesskapene, men da må det tilrettelegges for at disse har både tilstrekkelig mandat og ressurser til å koordinere dette. Innenfor dette temaet blir det viktig at neste NHSP henger sammen med det som blir tematisert i Helseberedskapsmeldingen, som kommer i 2023.

Pågående prosjekter i nordre Trøndelag

Avslutningsvis vil vi gi ett par gode eksempler på to samarbeidsområder i helsefellesskapet i nordre Trøndelag, som kan være av interesse til neste NHSP. Dette er to områder som ikke er nevnt spesifikt i innspillbrevet, men som vil være svært viktige samarbeidsområder i årene som kommer. Disse er [helhetlige og sammenhengende tjenester for barn og unge](#), og [helhetlige akuttforløp fra hjem til hjem](#). Dette er pågående prosjekter, og dersom det er aktuelt å bruke disse inn mot neste NHSP på en eller annen måte, vil vi kunne gi både mer utdypende informasjon på ett senere tidspunkt. Ta gjerne kontakt dersom/når dette er ønskelig.



3. Avsluttende merknader

Dette innspillet er vedtatt administrativt i alle kommunene, ved helse- og omsorgssjefene.

Med hilsen

Arnt Myrvold Bindal kommune	Liv Brønstad Flatanger kommune	Elisabeth E. Borg Frosta kommune
Eyvind Gartland Grong kommune	Frode Grevskott Høylandet kommune	Edith B. Valfridsson Lierne kommune
Helga B. Størseth Leka kommune	Kristin Bratseth Levanger kommune	Ingrid B. Pedersen Namsskogan kommune
Gørhill S. Andreassen Namsos kommune	Marit E. Pedersen Nærøysund kommune	Endre Mølseth Osen kommune
Bente Eidesmo Overhalla kommune	Milda A. Svestad Røyrvik kommune	Ester Brønstad Snåsa kommune
Anita Ulstad Steinkjer kommune	Ann Kristin Hoås Stjørdal kommune	Anne Kari Haugdal Verdal kommune

Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ingen signaturer.