



Saksprotokoll

Høring - planer for utvikling av helsesektoren i Trøndelag

Arkivsak-dok. 201800629
Saksbehandler John Georg Tuseth

Saksgang	Møtedato	Saknr
1 Fylkesutvalget	23.01.2018	12/18

Fylkesutvalget har behandlet saken i møte 23.01.2018 sak 12/18

Fylkesutvalgets Vedtak

1. Saken tas til foreløpig orientering, og som en innledning til Trøndelag fylkeskommunes tilnærming til helsesektoren i Trøndelag.
2. Den regionale samhandlingen mellom primærhelsetjenesten, lokalsykehusene og St. Olavs hospital, er den grunnleggende problemstillingen for utviklingen av en velfungerende helsesektor i den nye Trøndelagsregionen.
3. De to framlagte helseplanene for de sentrale helseaktørene i tidligere Nord-Trøndelag, viser at samhandlingen mellom sykehusene og kommunene er godt etablert og i god utvikling.
Dette gode samarbeidet er framtidsrettet og betryggende for innbyggerne generelt og for pasientene spesielt, og må derfor berømmes og verdsettes høyt.
4. Helsesektoren er svært viktig for innbyggernes velferd og trygghet, og har stor indirekte betydning for utviklingen av arbeids- og næringsliv. En tilstrekkelig og velfungerende helsesektor er derfor en forutsetning og grunnpilar for bærekraftig samfunnsutvikling i alle deler av den nye Trøndelagsregionen.
5. Helsesektoren må derfor integreres i fylkesplanleggingen for nye Trøndelag – herunder i prosesser, partnerskap og dokumenter – og dermed bidra til helhetlig og bærekraftig utvikling av hele Trøndelagsregionen.
Fylkesplanen må integrere alle deler og sider av helsesektoren, herunder den offentlige tannhelsetjenesten og folkehelsearbeidet som fylkeskommunen selv er direkte involvert i.
6. I tillegg til informasjon i tilknytning til fylkesplanen og styringsdokumenter innenfor tannhelse og folkehelse, må folkevalgte organer i TRFK også på andre måter holdes løpende orientert om utviklingen i helsesektoren, f.eks. gjennom høringssaker o.l.

Votering

Fylkesrådmannens innstilling	Enstemmig vedtatt
------------------------------	-------------------

Fylkesrådmannens innstilling:

1. Saken tas til foreløpig orientering, og som en innledning til Trøndelag fylkeskommunes tilnærming til helsesektoren i Trøndelag.
2. Den regionale samhandlingen mellom primærhelsetjenesten, lokalsykehusene og St. Olavs hospital, er den grunnleggende problemstillingen for utviklingen av en velfungerende helsesektor i den nye Trøndelagsregionen.
3. De to framlagte helseplanene for de sentrale helseaktørene i tidligere Nord-Trøndelag, viser at samhandlingen mellom sykehusene og kommunene er godt etablert og i god utvikling.
Dette gode samarbeidet er framtidsrettet og betryggende for innbyggerne generelt og for pasientene spesielt, og må derfor berømmes og verdsettes høyt.
4. Helsesektoren er svært viktig for innbyggernes velferd og trygghet, og har stor indirekte betydning for utviklingen av arbeids- og næringsliv. En tilstrekkelig og velfungerende helsesektor er derfor en forutsetning og grunnpilar for bærekraftig samfunnsutvikling i alle deler av den nye Trøndelagsregionen.
5. Helsesektoren må derfor integreres i fylkesplanleggingen for nye Trøndelag – herunder i prosesser, partnerskap og dokumenter – og dermed bidra til helhetlig og bærekraftig utvikling av hele Trøndelagsregionen.
Fylkesplanen må integrere alle deler og sider av helsesektoren, herunder den offentlige tannhelsetjenesten og folkehelsearbeidet som fylkeskommunen selv er direkte involvert i.
6. I tillegg til informasjon i tilknytning til fylkesplanen og styringsdokumenter innenfor tannhelse og folkehelse, må folkevalgte organer i TRFK også på andre måter holdes løpende orientert om utviklingen i helsesektoren, f.eks. gjennom høringssaker o.l.



Arkivsak-dok. 201800629-1
Saksbehandler John Georg Tuseth

Saksgang
Fylkesutvalget

Møtedato
23.01.2018

Utvalgssaksnr

Høring - planer for utvikling av helsesektoren i Trøndelag

Fylkesrådmannens innstilling:

1. Saken tas til foreløpig orientering, og som en innledning til Trøndelag fylkeskommunes tilnærming til helsesektoren i Trøndelag.
2. Den regionale samhandlingen mellom primærhelsetjenesten, lokalsykehusene og St. Olavs hospital, er den grunnleggende problemstillingen for utviklingen av en velfungerende helsesektor i den nye Trøndelagsregionen.
3. De to framlagte helseplanene for de sentrale helseaktørene i tidligere Nord-Trøndelag, viser at samhandlingen mellom sykehusene og kommunene er godt etablert og i god utvikling. Dette gode samarbeidet er framtidsrettet og betryggende for innbyggerne generelt og for pasientene spesielt, og må derfor berømmes og verdsettes høyt.
4. Helsesektoren er svært viktig for innbyggernes velferd og trygghet, og har stor indirekte betydning for utviklingen av arbeids- og næringsliv. En tilstrekkelig og velfungerende helsesektor er derfor en forutsetning og grunnpilar for bærekraftig samfunnsutvikling i alle deler av den nye Trøndelagsregionen.
5. Helsesektoren må derfor integreres i fylkesplanleggingen for nye Trøndelag – herunder i prosesser, partnerskap og dokumenter – og dermed bidra til helhetlig og bærekraftig utvikling av hele Trøndelagsregionen.
Fylkesplanen må integrere alle deler og sider av helsesektoren, herunder den offentlige tannhelsetjenesten og folkehelsearbeidet som fylkeskommunen selv er direkte involvert i.
6. I tillegg til informasjon i tilknytning til fylkesplanen og styringsdokumenter innenfor tannhelse og folkehelse, må folkevalgte organer i TRFK også på andre måter holdes løpende orientert om utviklingen i helsesektoren, f.eks. gjennom høringsaker o.l.

Vedlegg:

Nummererte vedlegg som følger saken:

1. Helhetlige helsetjenester – felles ansvar:

og

2. Strategisk utviklingsplan for Helse Nord-Trøndelag HF 2018 – 2035:

<https://hnt.no/nyheter/2017/hvordan-skal-framtidas-sykehus-vere>

3. Pilot primærhelseteam – forsøk:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing---gjennomforing-av-forsok-med-primarhelseteam/id2580609/>

Andre refererte dokumenter i saken:

Nasjonal helse og sykehusplan:

<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/nasjonal-helse--og-sykehusplan2/id2461509/>

Sammendrag:

I denne saken presenteres og drøftes 3 ulike høringssaker vedr. utviklingen av helsesektoren i Trøndelag.

Sakene har ulike utgangspunkt og omhandler en rekke ulike temaer, problemstillinger og aspekter. Sakene gir innblikk og oversikt over viktige generelle problemstillinger for videreutviklingen av helsesektoren. Dette kan være nyttig informasjon også for fylkeskommunene, som nå får koordinering av helhetlig samfunnsutvikling som ny og krevende hovedoppgave.

Helsesektoren er meget stor mht. økonomisk omfang og antall arbeidsplasser, og dessuten viktig og kritisk for befolkning og pasienter.

Med dette som utgangspunkt vil det være naturlig å inkludere helsesektoren i fylkesplanens samfunnsutviklingsperspektiv.

Et slikt planengasjement kan ivaretas av fylkeskommunen - uavhengig av at det er andre aktører som primært har ansvar for drift innenfor helsesektoren. Fylkeskommunen kan også innta en ombudsrolle for helsetjenester, med sikte på å sikre regionens befolkning tilstrekkelige og likeverdige helsetjenester.

1. Bakgrunn:

I løpet av desember 2017 kom det inn 3 ulike høringssaker, som alle legger premisser for videre utvikling innenfor helsesektoren i Trøndelag.

De foreliggende høringssakene har følgende temaer:

1. Helhetlige helsetjenester – felles ansvar
Dette er en plan for samhandling mellom sykehusene og kommunehelsetjenestene i det tidligere Nord-Trøndelag.
Høringsfrist 19.01
Mottaker: KS N-T og Helse N-T
2. Strategisk utviklingsplan for Helse Nord-Trøndelag HF.
Høringsfrist 28.01:
Mottaker: Helse N-T
3. Forsøk (pilot) med primærhelseteam i kommunehelsetjenesten.
Høringsfrist 01.02:
Mottaker: Helse og omsorgsdepartementet (HOD)

Nevnte høringssaker er svært forskjellige mht. problemstillinger. Sakene gir likevel samlet sett innsyn i planlagt utvikling innenfor et av de største og viktigste velferdsområdene innenfor Trøndelag.

Sakene har derfor direkte relevans for fylkeskommunens regionale samhandlingsrolle.

Fellesnemndas arbeidsutvalg (AU) behandlet i 2017 en nasjonal høringssak fra det såkalte Kvinnslandutvalget, som hadde utredet framtidig eierskap og styring av de offentlige sykehusene i Norge. De ulike høringsuttalelsene til denne saken (herunder fra Trøndelag fylkeskommune) finnes på følgende link:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing---nou-2016-25-organisering-og-styring-av-spesialisthelsetjenesten/id2522590/>

I sin høringsuttalelse sluttet AU i TRFK seg til Kvinnslandutvalgets hovedkonklusjon om at de offentlige sykehusene fortsatt bør styres regionalt/lokalt – og ikke nasjonalt/sentralt - slik Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) hadde forutsatt:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing---nou-2016-25-organisering-og-styring-av-spesialisthelsetjenesten/id2522590/?uid=c4088e74-eb67-4cd6-9906-278243b04ec9>

En viktig begrunnelse for regional/lokal styring er at sykehusene må driftes i nær samhandling og samspill med kommunehelsetjenesten. Dette er i samsvar med målsettinger og prinsipper innenfor den såkalte samhandlingsreformen, som kom i kjølvannet av statens overtakelse av sykehusene.

I nevnte høringsvedtak hadde arbeidsutvalget (AU) for Trøndelag fylkeskommune følgende regionalpolitiske programerklæring:

3.De offentlige sykehusene er basisinstitusjoner for regional samfunnsutvikling, og bør derfor koordineres med øvrige viktige samfunnssektorer. Regionalpolitisk samspill med sykehusene bør derfor videreutvikles».

Her uttrykkes at folkevalgt/politisk nivå i Trøndelag fylkeskommune har ambisjoner om økt engasjement overfor helsesektoren i regionen.

Begrunnelser for et slikt engasjement kan bl.a. være følgende:

- Fylkestinget har som direkte folkevalgt organ demokratisk legitimitet som ombud for befolkningen i Trøndelag, bl.a. mht. sikring av tilstrekkelige helsetjenester overfor befolkningen.
- Fylkeskommunen v/fylkestinget er tildelt en ny/utvidet rolle som koordinator for regional samfunnsutvikling i Trøndelag, hvor helsesektoren i kraft av størrelse og viktighet er et avgjørende virkemiddel.

Det er åpenbar og nær sammenheng mellom disse to begrunnelsene for regionalpolitisk engasjement overfor helsesektoren i Trøndelag:

- Helsetjenester er for de fleste innbyggere et avgjørende velferdsgode. Tilgjengelighet og kvalitet på helsetjenester er derfor sentrale kriterier for likeverdighet for alle innbyggere.
- Personer med høy/kritisk yrkeskompetanse, har ofte størst valgmulighetene mht. valg av bo- og etableringssted. Mange av disse har høye krav til velferdstilbud og øvrig grunnleggende infrastruktur. Tilgang på helsetjenester er en viktig del av den infrastrukturen som påvirker mulighetene for utvikling av næringsliv og arbeidsplasser, og er spesielt kritisk for utviklingen i rurale deler av fylket.

Dette innebærer at mangelfullt lokalt helsevesen indirekte kan utløse rekrutteringsproblemer hos nøkkelpersonell innenfor alle sektorer og bransjer, og medføre en negativ spiral i den regionale samfunnsutviklingen.

En del av denne problematikken består i at høyt kvalifisert helsepersonell har partner/ektefelle med høy kompetanse innenfor andre fagområder (jobb-for-2 problematikk). Helsesektoren er trolig en av de viktigste sektoren for sysselsetning av ektefelle/partner til arbeidstakere med høy kompetanse innenfor andre sektorer, f.eks. i privat næringsliv.

Eksempelvis sysselsetter sykehusene i Trøndelag (St.Olavs hospital og sykehusene i Levanger og Namsos) til sammen 14 000 personer (10750 årsverk), med et samlet budsjett på 13,5 milliarder kroner pr. år. I tillegg Samlet helsesektor i Trøndelag er dermed flere ganger så stor som den nye Trøndelag fylkeskommune, mht. både sysselsetting og omsetning.

For enkelte pasientgrupper vil reiseavstand til aktuelle helsetjenester være et kritisk velferdsbehov. Dette gjelder f.eks. fødende, geriatriske og kroniske pasienter. Sistnevnte to pasientgrupper er storbrukere av helsetjenester og en sterkt voksende pasientgruppe, som vil utgjøre en hovedutfordring innenfor det framtidige helsevesenet.

Samhandlingsreformens generelle målsetting om desentraliserte helsetjenester må sees i sammenheng med dette.

2.Faktiske opplysninger:

2.1 Nærmere om tematisk innhold i de 3 foreliggende hørings sakene:

2.1.1 Strategisk utviklingsplan for Helse N-T HF:

Dette er den mest omfattende av de tre hørings sakene, og dermed trolig den mest interessante - sett i et regionalt utviklingsperspektiv.

Planen er grundig utredet, og bygger på føringer fra det regionale helseforetaket (Helse Midt-Norge) – som for sin del bygger på nasjonale helseplaner fra sentrale helsemyndigheter.

Overordnede føringer i denne planen synes å være bl.a. følgende:

- A. Pasientens helsevesen: Pasienten skal settes i sentrum, og involveres sterkere i behandlingsforløpet. Dette innebærer enda tettere samhandling med primærkommunene.
- B. Bærekraftig utvikling: Eldrebølgen vil medføre økte behov og forventninger - samtidig med at økonomiske rammer i offentlig sektor ikke kan forventes å øke. Dette innebærer et generelt krav om stram prioritering og effektivisering innenfor offentlig sektor – herunder helsesektoren.

I presseoppslag nylig framkom det at Helse Nord-Trøndelag kun behandlet ca. 50 % av sine potensielle polikliniske pasienter selv. Resten blir behandlet av andre spesialister, hvorav et flertall innenfor private klinikker.

Denne utviklingen utløses av bl.a. økt privat velstand og egenbetalingsevne/-vilje hos deler av befolkningen, private helseforsikringer med ventegaranti, og ikke minst av Fritt behandlingsvalg - som er offentlig ventelistegaranti igangsatt i 2015.

Det pågår m.a.o. en betydelig og trolig økende overføring av pasienter fra lokalsykehusene til eksterne/private aktør. Dette medfører at lokalsykehusene tappes for kritiske inntekter. I neste omfang kan dette medføre krav til nedskjæringer, og dermed rekrutteringsproblemer for kritisk personell ved lokalsykehusene.

En slik utvikling kan utløse en nedadgående spiral som kan medføre nedbygging av tjenestetilbud, med bortfall av akuttfunksjoner som «worst case».

For befolkningen og pasientene i rurale vil en slik utvikling innebære økt reiseavstand til behandlingstilbud og mindre generell trygghet.

For lokalsamfunnene rundt lokalsykehusene vil konsekvensen kunne bli økt fraflytting, redusert tilflytting og dermed negativ samfunnsutvikling.

2.1.2 Høring: Helhetlige helsetjenester – felles ansvar: Samspillet mellom Helse N-T og kommunehelsetjenestene:

Dette er en plan for samhandling mellom Helse N-T og kommunene i tidl.NT. Denne samhandlingen er også omtalt i pkt. 6.3 i ovennevnte strategiske utviklingsplan for Helse N-T.

Et grunnleggende problem for slik samhandling er at kommunenes helsetjenester varierer sterkt mht. organisering og innhold. Det gjør det vanskelig for helseforetaket å finne fram til praktiserbare grensesnitt for samarbeidet. Kommunene bør derfor organisere seg sammen i mer harmoniserte grensesnitt overfor helseforetaket

Det økende rekrutteringsproblemet for fastleger et annet aktuelt tema i planen. Gjennom turnusordningen (nå LIS 1) er sykehusene – og ikke minst lokalsykehusene –den viktigste rekrutteringskanalen for kommunale fastleger.

Turnustjenesten for leger består av 12.mnd. på sykehus og deretter 6 mnd i kommunehelsetjenesten innenfor lokalsykehusets nedslagsfelt.

Lokalsykehusene har en forholdsvis større andel av turnusleger enn regionssykehusene, og disse brukes i stor grad i akuttmottakene. Dette gir turnuslegene en bratt læringskurve og er derfor populært blant nyutdannede leger.

Indirekte gir dette kommunene en jevn gratisstrøm av turnusleger med god akutterfaring, som etter turnus kan gå rett inn fastlegestillinger og i kommunal legevaktjeneste.

Fordi 95% av alle pasientforløp avsluttes i primærhelsetjenesten (95% effektivitet i portvaktfunksjonen for sykehusinnleggelse), vil rekrutteringssvikt i fastlegeordningen kunne øke antall sykehusinnleggelser vesentlig.

Dette vil i praksis kunne skje ved at pasienten pga. mangelfull fastlegekapasitet oppsøker den kommunale legevakten, hvor legen som regel ikke kjenner pasienten.

I praksis er sykehusinnleggelse via legevakten mer hyppig enn via fastlegen. Dette fordi fastlegen i prinsippet kjenner pasienten, og derfor bedre kan ivareta en faglig forsvarlig portvaktfunksjon overfor sykehuset.

Dette innebærer at eventuell svikt i rekrutteringen til fastlegeordningen lett får negative konsekvenser for tilstrømmingen til sykehusenes akuttfunksjoner, og dermed kan overbelaste sykehusenes kapasitet.

2.1.3 Høring: Forsøk (pilot) med primærhelseteam:

Helseministeren har nylig uttalt at hans svar på den økende rekrutteringssvikten innenfor fastlegeordningen, er følgende tiltak:

- A. Krav til spesialisering for fastleger (skal angivelig øke den faglige statusen for fastleger)
- B. Etablering av flerfaglige helseteam innenfor primærhelsetjeneste (jf. denne høringssaken).

Forsøket med primærhelseteam innebærer at det ansettes ekstra sykepleier ved legekantorene, som skal avlaste fastlegene med sykepleieroppgaver. Nye øremerkede tilskuddsmidler skal dekke merkostnadene med ordningen.

En god intensjon med ordningen er at ekstra sykepleier ved legekantorene kan gi pasientene bedre personlig veiledning og oppfølging, og samtidig redusere arbeidsbelastningen for fastlegen.

Rekrutteringssvikten til fastlegeordningen har imidlertid trolig mer sammenheng med noen av følgende forhold:

- 85 % av fastlegene i Norge er selvstendig næringsdrivende, som til dels har aktivitetsavhengig inntekt. Fastlegene må derfor ha et visst antall pasienter innom kontoret pr. dag for å opprettholde et konkurransedyktig inntektsnivå.
- Fastlegene er i de senere årene blitt pålagt nye administrative oppgaver, bl.a. som portvakt for NAV-utbetalinger. Slike administrative funksjoner og utgifter utløser ikke tilsvarende inntekter, og bidrar til å svekke inntektsgrunnlaget.
- Helsemyndighetenes ambisjon om økt pasientinvolvering og medvirkning kan innebære økt tidsforbruk pr. pasient, dermed svekke inntektsgrunnlaget.
- Nye administrative oppgaver har medført sterk økning i fastlegenes reelle arbeidstid, lagt til ettermiddager og i helger. Blant nye fastleger er det nå over 70% kvinner, som etter et langt medisinstudium ofte er klar for etablering av egen familie og påfølgende permisjonsbehov.

- Ny obligatorisk spesialiseringsordning for private fastleger medfører lengre perioder med fravær fra arbeidet - og dermed bortfall av inntekter.
- Økende praktisk og økonomisk utfordring med å skaffe legevikar i egne fraværperioder.

Følgende undersøkelse dokumenterer at preferansen for å drive privatpraksis har sunket sterkt blant norske fastleger i løpet av noen få år;

<https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/r6xme/Fastlonn-for-fastleger-Ja-takk--Anders-Danielsen-Lie>

Det viser seg at det særlig blant unge/kvinnelige fastleger er mange som ønsker seg fast ansettelse framfor å fortsette som privat næringsdrivende, dvs. samme ordning som ved sykehusene.

Det er grunn til å tro at samme preferanse for ansettelse framfor næringsdrivende gjør seg gjeldende hos nyutdannede leger, som er rekrutteringsgrunlaget for det framtidige generasjonsskiftet blant fastlegene. Over 70 % av de som nå begynner på legestudiet i Norge er kvinner.

Ekstra ansatt sykepleier ved privat legekantor kan innebære økt økonomisk risiko for fastlegen.

De fleste potensielle nye fastleger ønsker fast ansettelse og ikke arbeidsgiverforpliktelser overfor andre.

Det synes derfor lite trolig at ordningen med primærhelseteam vil bidra til styrking av rekrutteringen til fastlegeordningen.

Det blir derfor spennende å se om og hvor mange privatpraktiserende fastleger som ønsker delta i forsøket og eventuell i senere permanent ordning.

Et mer realistisk alternativ kan være at ekstra sykepleiere ansettes i kommunen, og at kapasiteten fordeles mellom fastlegene i kommunen.

For de 15% av fastlegene som er ansatt på fast lønn i en kommune, er det uansett kommunene som får ovennevnte praktiske og økonomiske utfordringer ved ordningen.

2.2 Samspill og arbeidsdeling innenfor helsesektoren i Trøndelag:

Hovedtyngden av helsetjenester i Norge utøves regionalt samspill og arbeidsdeling mellom følgende hovedaktører:

- Kommunehelsehelsetjenesten (primærhelsetjenester)
- Lokalsykehus (spesialisthelsetjenester)
- Regionsykehus (ultra-spesialisthelsetjenester)

Primærhelsetjenesten I Trøndelagsregionen utøves av ca. 50 kommuner, med vidt forskjellig størrelse og tilbud. Dette gir seg utslag i stor variasjon mht.

organisering, faglig nivå og tilbud, med Trondheim kommune (ca. 200.000 innbyggere) og småkommuner med under 1000 innbyggere som ytterpunkter.

Lokalsykehusene i Levanger og Namsos er de viktigste lokalsykehusene i Trøndelag. Disse er organisert innenfor statsforetaket Helse Nord-Trøndelag HF. Disse to sykehusene yter spesialisthelsetjenester hovedsakelig til befolkningen i det tidligere Nord-Trøndelag (ca. 130.000 innb.). De to øvrige lokalsykehusene i Trøndelag (Røros og Orkdal) er organisert som underenheter for St. Olavs hospital, som er eget helseforetak.

Behovet for kapasitet hos og nærhet til lokalsykehus øker vesentlig når kommunehelsetjenesten utøves av små kommuner med begrenset kapasitet og kompetanse.

Dette gjelder eksempelvis for sykehuset Namsos, med mange små omkringliggende kommuner, med til dels store geografiske avstander til sykehuset:

- I medieoppslag nylig ble det hevdet at andelen av fødsler som skjer under ambulansetransport er vesentlig større for befolkningen i Namdalsområdet enn landsgjennomsnittet. Dette forklarer muligens det store lokale engasjementet for fødeavdelingen ved sykehuset Namsos.
- Sykehuset Namsos har god sengekapasitet innenfor geriatri, og dette kan skyldes at mange små omkringliggende kommuner har begrenset kapasitet innenfor dette området.
- Den interkommunale levetakta for kommunene rundt sykehuset Namsos er samlokalisert med og forsterket av leger fra dette sykehuset.

Regionsykehuset St.Olavs hospital i Trondheim – som også er universitetssykehus - utøver utvalgte høyspesialiserte helsetjeneste - som det ikke er mulig eller hensiktsmessig å utøve ved lokalsykehusene i Midt-Norge. St.Olavs er dessuten lokalsykehus for mesteparten av befolkningen i tidligere Sør-Trøndelag fylke.

Det må også nevnes at både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i økende grad kjøper tjenester fra private helseaktører:

- Herunder er 85% av de kommunale fastlegene private næringsdrivende, som arbeider på vegne av kommunene.
- Det er videre en økende andel av private legespesialister som leverer tjenester etter rammeavtale med de regionale helseforetakene.

Økningen i privat helsevesen skjer i stor grad i større byer, og dette kan gi økende geografisk skjevfordeling av helsetjenester mellom hhv. innbyggere i storbyområder og den øvrige/rurale delen av befolkningen.

3. Drøftinger:

3.1. Forventede endringer innenfor helsesektoren i årene framover

Helsesektoren vil i årene framover trolig gjennomgå meget omfattende endringer, bla. som følge av:

- Sterk økning av antall eldre, spesielt personer over 80 år - som er de hyppigste brukerne av helsetjenester
- Sterk økning i behandlingsmuligheter, bl.a. som følge av ny teknologi og nye medisiner

Dette skulle ideelt sett innebære en sterk økning i helsektorens framtidige ressurstilgang.

Den såkalte perspektivmeldingen gir imidlertid en langsiktig utredning av at reduserte oljeinntekter gjør det urealistisk å forvente økte offentlige budsjetttrammer:

https://www.regjeringen.no/no/tema/okonomi-og-budsjett/norsk_okonomi/perspektivmeldingen-2017/id2484715/

Løsningen synes å være et generelt nasjonalt pålegg om økt effektivitet innenfor offentlige sektor – herunder også en ekspansiv helsesektor. Økt effektivitet kan tenkes oppnådd gjennom eksempelvis bedre organisering og samhandling, samt økt bruk av teknologi. Også løsninger som nedprioritering av enkelte offentlige helsetjenester samt økte brukerbetaling kan tenkes.

Perspektivmeldingen legges allerede til grunn for statlige overføringer, og synliggjøres i helseforetakenes og kommunenes budsjetter og tjenesteproduksjon.

Dette vil trolig framtvinge en grunnleggende endring i helseaktørens interne prioriteringer arbeidsmåter, og derfor også påvirke arbeidsdelingen mellom primærhelsetjenesten, lokalsykehusene og regionsykehuset.

I en framtid med strammere økonomiske rammer innenfor offentlig sektor, blir det derfor ekstra viktig med god samhandling og omforente prioriteringer mellom de ulike helseaktørene.

3.2 Framtidig samhandling og arbeidsdeling innenfor helsesektoren

Arbeidet med helhet og samordning innenfor helsesektoren (sømløs helsetjeneste) kompliseres av at sykehusene i dag drives av staten, mens kommunehelsetjenesten drives av kommunene.

Samordningen utfordres ytterligere ved at staten driver sykehusene gjennom en konsernmodell, som gir koordineringsutfordringer mellom 4 ulike nivåer:

- Helsedepartement m/helsedirektorat v/helseministeren (eier av regionalt helseforetak, og av nasjonale helseplaner).
- Regionale helseforetak (morselskap / eier av lokale helseforetak)

- Lokale helseforetak (eier/driver av sykehus)
- Kommunehelsetjenesten (drives av over 400 kommuner)

Den gjensidige avhengigheten mellom nevnte nivåer og enhetene, kan illustreres gjennom følgende grunnleggende eksempler:

- 95% av alle pasientforløp avsluttes hos primærhelsetjenesten (fastlege/legevakt), dvs. holdes unna sykehusene. De kommunale fastlegene er derfor en avgjørende portvakt for sykehusene. Enkelte mener derfor at fastlegene og kommunale legevakter burde vært organisert under nærmeste lokalsykehus.
- Dersom kommunene v/fastlegene ikke gjør denne 95%-jobben godt nok – f.eks. at portvakteffektiviteten reduseres til 90% av pasientene, dobles kapasitetsbehovet i sykehusene. Dette vil i tilfelle trolig sprengte sykehusenes nåværende kapasitet. Dette kan skje dersom fastlegeordningen forvitrer, f.eks. gjennom økende rekrutteringsproblemer - og dermed kommuneleger som ikke kjenner sine pasienter godt nok.
- Dersom ikke sykehusene gjør sin 5%-jobb godt nok, og sender pasientene for tidlig fra seg, vil disse pasientene i første omgang bli hjemkommunens problem – ofte med konsekvenser også for andre kommunale sektorer. I neste omgang vil slike pasienter kunne bli sykere, og dermed være kvalifisert for reinnleggelse ved sykehus (ny runde).

Ingen – aller minst pasientene – er tjent med et styringssystem som gjør pasientene til kasteball mellom ulike helseaktører.

Det er derfor svært viktig med tett samarbeid og samhandling mellom primærhelsetjenesten og vedkommende lokalsykehus.

3.3 Fylkeskommunens bidrag til videreutvikling av regionalt helsevesen

Bortsett fra den offentlige tannhelsetjenesten og folkehelsearbeidet, er ikke fylkeskommunen selv noen direkte aktør innenfor helsesektoren.

Styringsproblematikken innenfor tannhelsetjenesten har likevel mange likhetstrekk med øvrig helsevesen, herunder:

- Regional arbeidsdeling mellom hhv. allmenntannleger og tannlegespesialister
- Regional og praksis-basert videreutdanning av tannlegespesialister
- Private og offentlige tannklinikker samarbeider godt, både mellom allmentannleger og tannlegespesialister
- Andrelinjetjenesten har oppgaver også innenfor FOU.

Fylkeskommunens nye rolle som koordinator for regional samfunnsutvikling gir mulighet og begrunnelse for å involvere seg i utviklingen av helsesektoren innenfor regionen.

Behovet for regionalt helhetsperspektiv på helsesektoren er stort og trolig økende fordi:

- helsesektoren er i kraft av sin størrelse og viktighet avgjørende for dynamisk samfunnsutvikling i regionen
- Helsesektoren er avhengig av sømløse, dynamiske og fleksible grensesnitt mellom nevnte 3 ledd i den regionale arbeidsdelingen
- De økonomiske utfordringene som framgår av Perspektivmeldingen vil trolig tvinge alle offentlige virksomheter – også helsesektoren - til å foreta strammere prioriteringer, herunder redefinere oppgaver og ikke minst arbeidsdelingen for de ulike aktørene.

Innenfor dagens helseplansystem vil staten og helseforetakene lett kunne få en dominerende og rolle i forhold til mange/små kommuner.

Dette litt skjeve maktforholdet påpekes i vedlagte høringsuttalelse fra KS Møre og Romsdal, vedr. samhandlingen mellom helseforetaket og kommunene i fylket:

<http://www.ks.no/regioner/midt-norge/ks-more-og-romsdal-er-bekymret-for-sykehusokonomien/>

I denne høringsuttalelsen etterlyses økt NASJONAL samordning av samspillet mellom helseforetaket og kommunene.

Det kan alternativt hevdes at helsesektoren i hovedsak består av nevnte tredelte arbeidsdeling mellom hhv. region- og lokalsykehus samt primærhelsetjenesten, og at dette hovedsak er en REGIONAL samordning.

Trøndelag og øvrige fylkeskommuner har følgende kompetansefortrinn som kan bidra til hensiktsmessig utforming av framtidens regionale helsevesen:

- Mandat (jf. rollen som koordinator for regional samfunnsutvikling)
- Verktøy (jf. plan- og bygningsloven, nærmere bestemt fylkesplanen)
- Kompetanse/kapasitet (bl.a. på bred/helhetlig samfunnsplanlegging, jf. seksjon for fylkesplanlegging, ulike samarbeidsnettverk innenfor ulike sektorer, mv.)
- Legitimitet/forankring (fylkestinget er demokratisk og direkte valgt av folket i regionen).

4.Fylkesrådmannens konklusjon:

Formålet med denne saken er primært å øke fylkeskommunens bevissthet om den dynamiske utviklingen innenfor helsesektoren, samt helsesektorens innvirkning på samfunnsutviklingen i Trøndelag.

Et slikt engasjement kan begrunnes ut fra den regionale ombudsrollen overfor innbyggere og pasienter i Trøndelag, og ikke minst fylkeskommunes rolle som koordinator for regional samfunnsutvikling.

Dette gjelder ikke minst for samfunnsutviklingen i Trøndelag utenfor Trondheimsområdet. Her kan foreliggende tendenser til rekrutteringssvikt i kommunehelsetjenesten samt pasient-/inntektssvikt ved lokalsykehusene få negative konsekvenser for utviklingen i helsesektoren.

En velfungerende helsesektor er viktig og trolig avgjørende for bolyst og etableringsvilje, og dermed for samfunnsutviklingen framover.

Helsesektoren er omfattende og tilgjengelig informasjon er derfor enorm. Informasjon og oppbygging av kompetanse om helsesektoren må derfor skje i et litt langsiktig tidsperspektiv.

Fylkeskommunens rolle og engasjement overfor regionens helsesektor må derfor skje gradvis og i takt med både egen kompetanseoppbygging og aktuelle problemstillinger som dukker opp.

Direkte innspill til konkrete forhold i de tre foreliggende høringssakene vil derfor være mindre aktuelt å foreslå nå - men dette er likevel en mulighet dersom de folkevalgte selv ønsker å ta initiativ til dette under behandlingen av saken.

