Saksframlegg

Saksgang:

Styre	**Møtedato**
Styret Helse Sør-Øst RHF	21. juni 2023

Sak 082-2023

Driftsorienteringer fra administrerende direktør

Forslag til vedtak:

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Hamar, 14. juni 2023

Terje Rootwelt
administrerende direktør

1. Oppdrag fra HOD om trusselvurdering

I foretaksmøter 17. januar 2023 ble de regionale helseforetakene bedt om å «*utarbeide en årlig rapport i samarbeid med Norsk helsenett SF om trusler og trender som spesialisthelsetjenesten kan benytte i sitt arbeid med risiko- og sårbarhetsvurderinger innen 1. juni hvert år. Erfaringer fra hendelser, penetrasjonstesting og portskanningstester vil være relevant*».

Trusselvurderingen for 2023 er utarbeidet, og rapporten er oversendt Helse- og omsorgsdepartementet. Rapporten er utarbeidet av Sykehuspartner HF og Helse Nord IKT, i samarbeid med og støtte fra de øvrige helseregionene og HelseCERT.

Nasjonal sikkerhetsmyndighet (NSM) fremhever viktigheten av at norske myndigheter har en omforent situasjonsforståelse av trussel- og risikobildet[1]. Gjennom en omforent forståelse av trusselaktørers evne og vilje til negativt å påvirke spesialisthelsetjenestens verdier, primært gjennom digitale operasjoner og verktøy, kan helseregionene bedre samarbeide og legge til rette for en felles innsats innen informasjonssikkerhetsområdet.

Det er viktig å erkjenne at det eksisterer trusselaktører med både evne og vilje til å påføre betydelig skade på spesialisthelsetjenestens IKT-systemer. Kunnskap om dette er nødvendig for å kunne håndtere truslene vi står ovenfor.

Trusselaktørene er avanserte, motiverte og dyktige. De vil søke å utnytte sårbarheter, svakheter, feil eller mangler til sin fordel. Trusselvurderingen har som formål å gi en bedre situasjonsforståelse, og dermed bidra som beslutningsstøtte på strategisk nivå for å redusere risiko for vellykkede angrep. Å forstå trusselbildet og aktørenes motivasjon, evne og vilje setter oss i bedre stand til å ta gode beslutninger både før, under og etter et digitalt angrep.

Trusselvurderingen er publisert på internett under Sykehuspartner HFs ledelsessystem og bruksvilkår: Ledelsessystem og bruksvilkår - Sykehuspartner HF

[1] Sikkerhetsfaglig råd - Et motstandsdyktig Norge (NSM 2023)

2. Status og fremdrift for tilpasning av landingsplasser for nye redningshelikoptre ved Oslo universitetssykehus HF (NAWSARH)

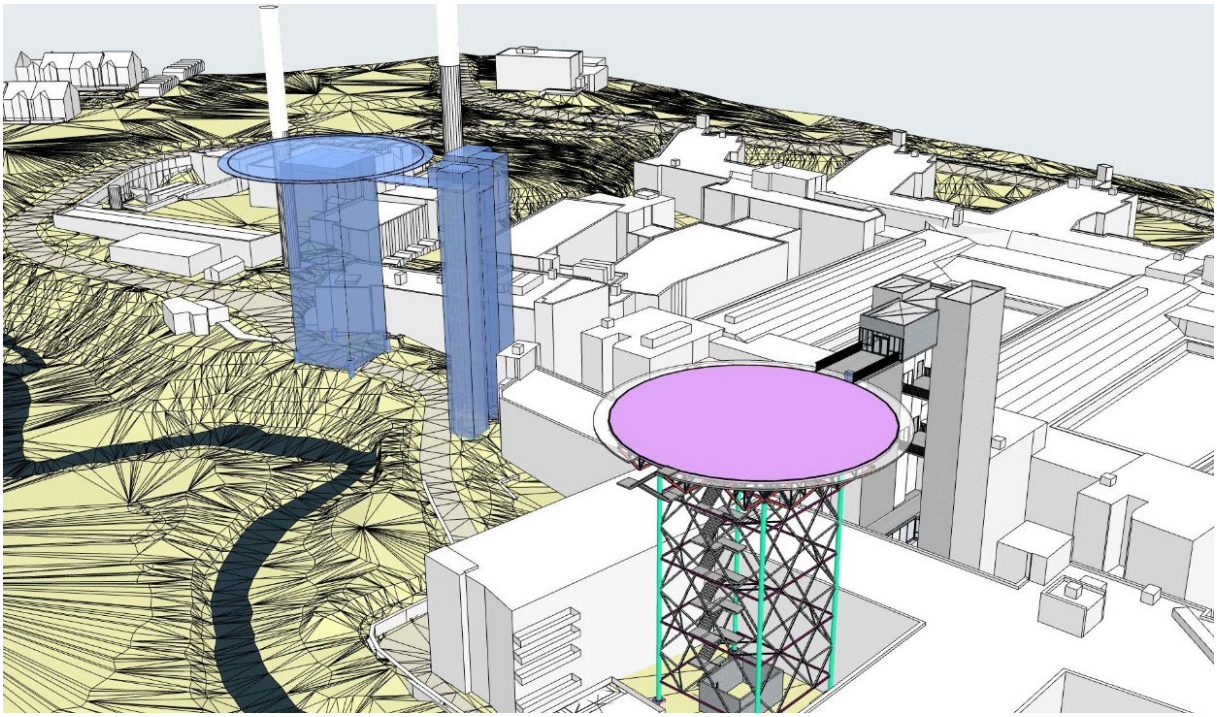
Styret er tidligere orientert om status i tilpasning av landingsplattformer på Rikshospitalet og Ullevål sykehus i sak 125-2022; *Driftsorienteringer fra administrerende direktør,* avsnitt 6, fra styremøte 21. oktober 2022 og i sak 058-2023 *Driftsorienteringer fra administrerende direktør*, avsnitt 3 fra styremøte 28. april 2023.

Denne saken gir en ny status for prosessen for etablering og justering av landingsplattformene på Rikshospitalet og Ullevål sykehus. De nye redningshelikoptrene settes i drift fra Rygge desember 2023. Rygge er basen for redningshelikopter i vår region.

Landingsplass for redningshelikoptrene ved Ullevål
Arbeidet med å tilpasse dagens landingsplass for å kunne ta imot SAR Queen AW101 på Ullevål sykehus pågår. Tiltak er knyttet til forsterkning av plattformen og tilrettelegging for myke trafikanter. Foreløpig plan følges med ferdigstillelse av tiltakene tidlig høsten 2023 og planlagt operativ landingsplass for SAR Queen AW 101 er 1. desember 2023.

Landingsplass for redningshelikoptrene ved Rikshospitalet
Som tidligere orientert om, har Oslo universitetssykehus HF sendt inn klage på vedtaket om avslag av rammetillatelsen 21. mars 2023. Oslo kommune ved PBE har ikke tatt klagen til følge og har i brev av 26. mai 2023 sendt saken til Statsforvalteren i Oslo og Viken. Forventet saksbehandlingstid er tre til seks måneder. Avslaget medfører at man ikke lenger har mulighet til å etablere en plattform til AW101 på Rikshospitalet når dette starter å fly fra Rygge i slutten av 2023. I en mellomfase vil de nye redningshelikoptrene rutes enten til Ullevål eller Voldsløkka (beredskapsplass).

På bakgrunn av reaksjoner eksternt og internt ved sykehuset fra ulike interessenter vedrørende forhold rundt dagslys, støy, vibrasjoner og rotorvind har Oslo universitetssykehus HF utredet en alternativ plassering nord av E3/vest av D6 (H4), se figur nedenfor. Utredningen viser til at H4 alternativet har færre konsekvenser for sykehuset enn H0-alternativet både under drifts- og anleggsperioden ettersom støy fra helikoptrene flyttes lenger vekk fra kliniske arealer.



Figur 1: Illustrasjon av alternativer. H0 er markert rosa, og H4 ny plassering, er markert som lyseblå.

Nabovarsel for H4 er sendt ut med svarfrist medio juni, og det ble avholdt informasjonsmøte for naboer 7. juni 2023. Søknad om rammetillatelse vil bli sendt innen utgangen av juni.

Det er valgt entreprenør for H0 som har vedståelsesfrist til 30. juni 2023. For å gjennomføre nødvendig detaljering av prosjektet og ikke tape tid til ferdigstillelse er det ønsket å inngå avtale med entreprenøren innen utgang av vedståelsesfristen, men med forbehold om rammetillatelse. Forutsatt at det inngås kontrakt kan detaljprosjektering starte umiddelbart og klargjøre for forventet oppstart av bygging i oktober 2023. Ferdigstillelse av helikopterplass H4 vil under disse forutsetningene være fjerde kvartal 2024. Dette vil være før dagens luftambulanselandingsplass skal gjøres tilgjengelig for bygging av nytt Rikshospital.

Tentativ videre prosess

Endelig valg av alternativ og beslutning om gjennomføring vil bli styrebehandlet ved Oslo universitetssykehus HF og Helse Sør-Øst RHF. Helse Sør-Øst RHF vil deretter gi nytt oppdragsbrev til Oslo universitetssykehus HF.

Administrerende direktør vil oppdatere styret når videre fremdrift er mer avklart.

3. Ny hovedbankavtale

Bakgrunn for saken
Avtalene for banktjenester for de regionale helseforetakene og de felleseide helseforetakene utløp 30. april 2023. I forkant av dette besluttet de fire regionale helseforetakene i 2022 å gjennomføre en ny nasjonal anskaffelse med regional tildeling i regi av Sykehusinnkjøp HF. Ny hovedbankavtale skulle gjelde fra og med 1. mai 2023. Anskaffelsen ble delt opp i to delkonkurranser – banktjenester og betalingsløsninger.

Tildeling
På vegne av Helse Sør-Øst RHF mottok Sykehusinnkjøp HF totalt fire tilbud. Etter prosess med avklaring av riktig tolkning av konkurransedokumentene ble ny bankavtale undertegnet med DNB Bank ASA 30. mai 2023.

Overgang fra Danske Bank til DNB Bank ASA
Prosessen med overgang til DNB Bank ASA forløper godt, men på grunn av «frysperioder» knyttet til ferieavvikling i Sykehuspartner HF, helseforetakene og underleverandører ventes ikke bankbytte fra Danske Bank til DNB Bank ASA å være sluttført før i september 2023. DNB Bank ASA vil etter dette være hovedbankforbindelse for alle de fire regionale helseforetakene.

Etter utløpet av avtaleperioden med Danske Bank fra og med 1. mai 2023, har foretaksgruppen, på grunn av forsinket implementeringsperiode, hatt behov for å opprettholde bankavtalen med Danske Bank. Danske Bank har tilbudt Helse Sør-Øst RHF å videreføre dagens oppsett for konsernkonto, i første omgang frem til 15. september 2023, og hvor tidligere avtalepriser (frem til 1. mai 2023) er blitt endret til standardpriser.

Plassering av overskuddslikviditet
I tiden frem til bankbytte fra Danske Bank til DNB Bank ASA er sluttført, vil Helse Sør-Øst RHF arbeide med likviditetsprognoser og overføringer slik at størst mulig andel av likviditeten i helseforetaksgruppen er plassert der hvor det oppnås de beste rentebetingelser.

Administrerende direktør legger vekt på at Helse Sør-Øst RHF skal forvalte overskuddslikviditeten på en forsiktig og konservativ måte, med så lav finansiell- og omdømmerisiko som mulig.
I forbindelse med revisjon av finansstrategien som etter planen skal fremlegges for styret i september, vil det bli innarbeidet retningslinjer for håndtering av motpartsrisiko knyttet til plassering av overskuddslikviditet i tråd med sak 036-2022 *Styring av motpartsrisiko knyttet til bankinnskudd*.

4. Sykehuspartner brukerstøtte og brukerservice er kåret til beste kundeservice 2023 – offentlig sektor under kundeservicedagene

10 – 11. mai ble Kundeservicedagene arrangert på Fornebu. Her var store deler av kundeservice-Norge samlet for å kåre den beste innen kundeservice.

Nytt av året var en egen kategori for Kundeservice - offentlig sektor. Kategorien ble etablert som et resultat av tilbakemeldinger og deltakelse fra Sykehuspartner i ressursgruppen til Kundeservicedagene.

Sykehuspartner var nominert i klassen sammen med Skatteetaten og Statens Vegvesen og ble kåret til vinner. Lenke til alle vinnere og mer informasjon om hvordan målingen utføres - Kundene har talt: Dette er de beste på kundeservice i Norge – kundeserviceavisen.no

5. Sykehuspartner har utført en stor ryddejobb med sanering av IKT-applikasjoner

Sykehuspartner har gjennomført et massivt ryddeprosjekt for å redusere antall systemer i bruk. Gjennom årene har de sanert 900 applikasjoner og 1 700 instanser av applikasjoner, noe som regnes som en av de største saneringsinnsatsene i Norge. Kompleksiteten og kritikaliteten til ulike systemer, som medisinsk bildebehandlingsprogramvare og byggstyringssystemer, skapte utfordringer under oppryddingen. Prosjektet har krevd grundig planlegging, standardisering og aksept fra helseforetakene. Ved overgangen fra Windows 7 til Windows 10, oppdaget Sykehuspartner en betydelig økning i antall systemer, noe som krevde en mer omfattende opprydding. Prosessen innebar å identifisere og verifisere applikasjoner, bekrefte bruken og deretter gå videre med saneringen. Til tross for utfordringer oppnådde prosjektet betydelig fremgang og har fjernet 45% av applikasjonene. Saneringsinnsatsen er avgjørende for å sikre pålitelig daglig drift og legge grunnlaget for fremtidig utvikling i helsesektoren.

6. Informasjon til søkere som får avslag på søknad om konkurranseutsatte forskningsmidler

Informasjon til søkere som får avslag på søknad om konkurranseutsatte forskningsmidler.

Søknadene vurderes av to bedømmere etter tre kriterier for vitenskapelig kvalitet og tre kriterier for relevans. Søknader som i denne bedømmingen samlet skårer lavere enn 35-40 persentilen vil ikke gå til videre behandling, og søkeren vil motta avslag. Dersom det er stor forskjell for skåringen mellom bedømmerne, blir imidlertid søknadene også diskutert i plenum.

Brevet om avslag til denne gruppen gir en orientering om at det er funnet svakheter som relaterer til kriteriene for søknadsvurdering i regionen, obligatoriske elementer i prosjektbeskrivelsen og føringer for søknader til Helse Sør-Øst RHF. Brevet inneholder videre en omtale av de mest aktuelle områdene for forbedring av søknader som får avslag, og en orientering om tilbud om støtte til søknadsutforming, budsjettering og andre aktuelle

forhold samt tilbud om kurs rettet mot spesifikke utlysninger. Det gis videre informasjon om klagefrist.

De om lag 60 % av søknadene med høyest skår vil gå videre til diskusjon og rangering i et fysisk møte i hver komite. Resultatene fra hver fagkomite samles til slutt i en felles innstillingsliste. Denne gruppen søkere vil motta en fullstendig, skriftlig tilbakemelding fra komiteen.

Styret i Helse Sør-Øst RHF vedtar endelig tildeling av regionale forskningsmidler på grunnlag av den samlede innstillingslisten.

Det vises for øvrig til informasjonen på hjemmesidene for en mer utfyllende omtale.

7. Utkast høringsuttalelse fra Helse Sør-Øst RHF til *NOU 2023: 5 Den store forskjellen – Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse*

Kvinnehelseutvalget ble oppnevnt 5. mars 2021 for å utarbeide en oppdatert oversikt over kvinners helse i Norge og kjønnsforskjeller i helse. Utvalget la frem sin utredning (NOU 2023:5) 2. mars 2023. Høring - NOU 2023: 5 Den store forskjellen - regjeringen.no

Helse Sør-Øst RHF er invitert til å avgi høringssvar innen 8. juli 2023 og har utarbeidet utkast til høringssvar som er kort og generelt. Mer konkrete, faglige innspill overlates til underliggende helseforetak som er egne høringsinstanser.

Kvinnehelseutvalget har sett på risiko og forekomst av sykdom hos kvinner og bruk av helse- og omsorgstjenester. Utvalget har også undersøkt hvordan kjønnsforskjeller og kjønnsperspektivet blir håndtert i arbeidet med folkehelse, i helse- og omsorgstjenestene og i forskning og utdanning.

Følgende områder danner et sammensatt utfordringsbilde som utvalget har lagt til grunn for sine vurderinger og anbefalinger:

- Kvinners helse har lav status.
- Mangelfull samordning gir dårligere helsetjenester.
- En sviktende kunnskapsbro er et hinder for at kunnskap når frem til tjenestene.
- Kvinners stemme får for lite gjennomslag.

Helse Sør-Øst RHF støtter hovedtrekkene i rapporten og det økte fokuset på kvinnehelse som er nødvendig for å sikre gode helsetjenester til alle, uavhengig av kjønn. Dette gjenspeiles i Helse Sør-Øst sin overordnede strategi, Regional utviklingsplan 2040, der ett av satsingsområdene er reduksjon av uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester.

Utkast høringsuttalelse fra Helse Sør-Øst RHF:

> *Kvinnehelseutvalgt setter søkelys på mange viktige problemstillinger, og kunnskaps-grunnlaget som gis i rapporten vil være viktig for Helse Sør-Øst RHF i det videre arbeidet med å styrke kvinners helse og ivareta kjønnsperspektivet.*

Helse Sør-Øst RHF har mottatt Helse- og omsorgsdepartementets høringsbrev av 8. mars 2023 med invitasjon til å vurdere Kvinnehelseutvalgets utredning NOU 2023:5 Den store forskjellen - Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse.

Rapporten setter søkelys på mange viktige problemstillinger knyttet til kvinnehelse spesielt og kjønnsperspektiv innen helse generelt. Helse Sør-Øst RHF støtter hovedtrekkene i rapporten og det økte fokuset på kvinnehelse som er nødvendig for å sikre gode helsetjenester til alle, uavhengig av kjønn.

Økt satsing på kvinnehelse er viktig for helse- og omsorgstjenestene da kvinner representerer 83 prosent av arbeidsstyrken i sektoren, og dette er den sektoren som har høyest sykefravær. Det er derfor viktig med mer forskning på hvordan kvinners helse innvirker på arbeidsevne og sykefravær.

Helse Sør-Øst RHF har et «sørge for ansvar» som innebærer at befolkningen i regionen skal ha tilgang til likeverdige helsetjenester av god kvalitet. Dette gjenspeiles i Regional-utviklingsplan 2040, Helse Sør-Øst sin overordnede strategi, der ett av satsingsområdene er reduksjon av uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester. For å utjevne forskjellene som er dokumentert i rapporten, mener Helse Sør-Øst RHF det er viktig blant annet å fokusere på en mer optimal fordeling av ressursene og redusere forekomsten av uønsket variasjon av helsetjenester.

Den store og brede kunnskapsoversikten Kvinnehelseutvalgets rapport gir, vil være viktig for Helse Sør-Øst RHF i det videre arbeidet med å styrke kvinners helse og ivareta kjønnsperspektivet.

Når det gjelder de mange konkrete tiltakene som er foreslått, kommenterer vi ikke disse, utover å berømme utvalget for mange forslag som utvilsomt kan ha betydning for å møte de utfordringene Kvinnehelseutvalget peker på. Vi viser her til innspill fra våre underliggende helseforetak som er egne høringsinstanser.

Til orientering vil også det regionale brukerutvalget i Helse Sør-Øst levere et eget høringssvar.

<u>Høringsuttalelse fra det regionale brukerutvalget i Helse Sør-Øst:</u>

Brukerutvalget i Helse Sør-Øst RHF vil berømme det grundige arbeidet som er utført med NOUen. Vi finner at de fleste aspekter av kvinners helse og hva kjønn har å si for helse er omtalt.

Brukerutvalget støtter at kvinners stemme må bli hørt og tatt på alvor når det gjelder deres helse, symptomer, behandling og opplevelse av tilbudene de mottar. På den måten vil kvinner kunne raskere få riktig diagnose og riktig behandling tilpasset den enkelte. Det norske samfunnet er i endring. Brukerne av helsetjenester har ulike behov og reflekterer mangfoldet i samfunnet for øvrig. Et flerkulturelt Norge utfordrer med andre ord på mange måter kvinner med minoritetsspråklige bakgrunn i møtet med helsetjenestene.

Utredningen har mye innhold om svangerskap, fødsel og barsel. Det er et område som mange er opptatt av nå og av at tilbudet skal oppleves trygt og faglig sikkert.

Brukerutvalget mener at individuell vurdering av den enkelte behov og situasjon er viktig for å se hver fødende helhetlig. Kortere liggetid på sykehus ved fødsel kan gi et økt behov for oppfølging av mor og barn både fra spesialisthelsetjenesten og kommunens helsetjeneste i barseltiden. Dette bør skje på tvers av nivåene og sammen i tverrfaglige team. Svangerskap og fødsel kan være en stor belastning på mors kropp og derfor må det legges større vekt på mors helse i barseltiden. Brukerutvalget foreslår at det bør være både fysioterapeut og psykolog tilgjengelig i det tverrfaglige teamet.

Brukerutvalget mener at det er flere kunnskapshull når det gjelder kvinners helse og hvordan kjønn påvirker både diagnostisering, symptomforekomst og behandling/ rehabilitering/ oppfølging. Brukerutvalget ønsker at det skal bli et større fokus på dette i videre forskning. En prioritering av disse forskningstemaene vil blant annet kunne skje ved at det settes krav visse krav ved utlysning av forskningsmidler.

Brukerutvalget har fått tilbakemeldinger på at det kan være krevende at kvinner som behandles innen tverrfaglig rus og avhengighet (TSB) i døgnbehandling, ikke har egne tilbud. I dette miljøet er kvinnene i mindretall og i en svært sårbar situasjon. Så vi støtter utvalgets anbefalte tiltak: 47 Etablere kjønnsspesifikke behandlingstilbud for kvinner og menn innen rusomsorg.

Brukerutvalget har også bekymring for at kvinner innen psykisk helsevern venter i lang tid på riktig diagnose eller de får feil diagnose og derved får de ikke optimal behandling. Det ble alt påpekt i Sundby-utvalget og nå haster det å få dette løftet som en prioritering.

Det er en kjensgjerning at andelen eldre øker og vil gjøre det i årene framover. I tillegg lever flere lengre. Siden kvinner i gjennomsnitt blir eldre enn menn, vil også andelen eldre kvinner øke og det vil øke behovet for tjenester.

Oppsummering
Brukerutvalget i Helse Sør-Øst RHF forventer at denne utredningen følges opp. Det er svært aktuelle tiltak som anbefales og brukerutvalget støtter en slik satsning. Brukerutvalget håper det blir mange konkrete prosjekter på området og at hele fagområdet framover blir viet stor oppmerksomhet. Det er helt avgjørende at både økonomi og prioriteringer gis slik at det blir utført et arbeid som gjør en forskjell. Brukerutvalget mener at det denne gang må det bli annerledes enn da Sundby-utvalget la fram sin utredning og at utredningen må føre til handling. Dessverre var interessen for Sundby-utvalget sin utredning nokså kortvarig.

8. Saker til oppfølging etter styremøter

Oversikten blir oppdatert for hvert styremøte. Fra sist rapportering er oppfølgingspunkter som er satt opp i årsplanen eller fulgt opp på annen måte fjernet fra listen.

Sak og dato	Oppfølging	Tiltak	Status
081-2022 **Driftsorienteringer fra administrerende direktør** 22. juni 2022	Styret diskuterte Sykehus-innkjøp HFs anskaffelses-strategi og ber om at AD henter inn en redegjørelse fra styret i Sykehusinnkjøp om prioriteringer av de samlede kostander i anskaffelser med bakgrunn i sak omtalt i Dagens Medisin.	Sak til interregionalt AD-møte.	Under oppfølging
119-2022 **Status for arbeidet med endringer i regional inntektsmodell** 21. oktober 2022	Styret diskuterte bruk av den nasjonale Magnussen-modellen sett i forhold til den regionale modellen. Magnussen-modellen er en av flere referanserammer for vurderingene som gjøres i revideringen av den regionale inntektsmodellen. Valg av løsning må være transparent.		OK
005-2023 **Foreløpig virksomhetsrapport pr desember 2022** 10. februar 2023	Styret ber om å bli forelagt en oversikt over områder med mulighet for å ta ned aktivitet eller hvor ambisjonsnivået kan justeres, herunder konkrete vurderinger av hvilket handlingsrom helseforetakene har til å gjøre prioriteringer i aktivitet på kort og mellomlang sikt. Styret understreker at det skal ligge faglige vurderinger til grunn for prioriteringene.		OK
008-2023 **Vestre Viken HF – Revidert styringsramme for Nytt sykehus i Drammen** 10. februar 2023	Styret ber administrasjonen komme tilbake med en utvidet orientering om utviklingen i prosjektet, herunder en vurdering av handlingsalternativer dersom kostnadene stiger ytterligere. Styret ber administrasjonen, sammen med Sykehusbygg HF, komme tilbake med en vurdering av styringen av prosjektet med sikte på å identifisere læringspunkter.	Tas inn i årsplanen.	OK

Sak og dato	Oppfølging	Tiltak	Status
015-2023 **Sykehuset Innlandet HF – Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF, tilleggsoppdrag** 9. mars 2023	Styret viser til tidligere oversendt tilrådning om videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF. De to utredningene gir etter styrets syn svar på de spørsmålene som ble stilt i tilleggsoppdraget. Styret ber om at spørre-undersøkelsen gjennomført blant de ansatte i Sykehuset Innlandet HF legges ved oversendelsen, men presiserer at undersøkelsen kom for sent til at resultatene kunne innarbeides i besvarelsen av oppdraget. Styret ber om å bli forelagt en nærmere redegjørelse av de tema som er berørt i spørre-undersøkelsen i et seminar. Styret har gjennom besvarelsen av tilleggs-oppdraget ikke tatt stilling til spørsmålet om trinnvis utbygging, men besvarelsen har bidratt til å belyse problemstillingen og potensiell påvirkning for virksomheten. Styret har heller ikke tatt stilling til hvordan den samlede risikoen for byggeprosjektet kan reduseres, herunder den økonomiske risikoen.		OK
019-2023 **Virksomhetsrapport per januar 2023** 9. mars 2023	Styret ber om en særskilt oppmerksomhet om utviklingen i leveransepresisjonen i Sykehuspartner HF.	Følges opp i virksomhetsrapporteringen.	OK
024-2023 **Tidspunkt for overføring av ansvar for somatiske Spesialisthelsetjenester for bydel Alna fra Ahus til OUS** 9. mars 2023	Styret ber om en redegjørelse for de nødvendige tilpasningene ved Oslo universitetssykehus HF/Ullevål, og en vurdering av en alternativ bydelsfordeling i Oslo som alternativ til videreføring av avlastningsavtalen med Diakonhjemmet sykehus. Oslo kommune skal involveres i arbeidet. Dette presiseres i vedtaket.		Under oppfølging

Sak og dato	Oppfølging	Tiltak	Status
035-2023 **Status og regional handlingsplan for arbeidet med informasjonssikkerhet** 28. april 2023	Styret merker seg brukerutvalgets uttalelse til saken. Styret understreker behovet for utvikling av informasjonssikkerhetskultur og opprettholdelse av kompetansenivå i Helse Sør-Øst RHF, Sykehuspartner HF og øvrige helseforetak. Dette gjelder ikke bare teknologiske forhold, men også fysiske forhold som f.eks. adgang til rom og sikkerhetsrutiner i virksomhetene.		OK
037-2023 **Virksomhetsrapport per februar og mars 2023** 28. april 2023	Styret ber om at administrasjonen kommer tilbake til styret med nærmere informasjon om avvisningsrater i psykisk helsevern voksne, herunder informasjon om hvilke pasienter som avises og hvorfor. Styret noterer seg at det er en tendens til stabilisering av driftssituasjonen etter pandemien, men at blant annet ventetider har stabilisert seg på et høyt nivå. Styret ber om at administrasjonen viderefører arbeidet med økt oppmerksomhet på økonomi og at det analytiske arbeidet følges opp med kunnskapsbaserte tilnærminger og tiltak som kan gi resultater, særskilt knyttet til innleie, overtidsbruk og fristbrudd.	Ytterligere tiltak iverksettes, jamfør risikovurderinger per 1. tertial	Under oppfølging. OK
041-2023 **Status og rapportering for regional IKT-prosjektportefølje** 28. april 2023	Styret pekte på at det er behov for rapporter som er mer oppdaterte og særlig at risikobildet er oppdatert med kunnskapen på tidspunktet for utsending av styresaken.		Under oppfølging.

Sak og dato	Oppfølging	Tiltak	Status
042-2023 **Status og rapportering tredje tertial 2022 for programmet STIM og Windows 10-prosjektet, Sykehuspartner HF** 28. april 2023	Styret imøteser en sak med oppsummering av STIM-programmet og hvordan dette blir videreført som linjeaktiviteter i Sykehuspartner HF. Det vil også være interessant å få opplysninger om hvordan de ulike IKT-løsninger påvirker det operative personellet i sykehusene.	Tatt inn i årsplan for styresaker.	OK
053-2023 **Årsberetning, årsregnskap og spesialisthelsetjenestens felles rapport for samfunnsansvar 2022** 28. april 2023	Det er positivt at omfanget på årsberetningen er redusert, samtidig kunne det kunne vært tatt inn et avsnitt som sier noe om aktiviteten i virksomheten, før rapporten omtaler forskning og innovasjon. I tillegg burde avsnittet om framtidsutsikter og utfordringer inkludere en omtale av de store investeringsprosjektene (bygg og IT) og opplegg for styring av disse.		OK
058-2023 **Driftsorienteringer fra administrerende direktør** 28. april 2023	Det ble vist til drøftingsprotokollen med de konserntillitsvalgte om administrerende direktørs orientering i møte 9. mars 2023 om driftssituasjonen ved thoraxkirurgisk avdeling i Oslo universitetssykehus HF. Styret ba om at det i månedsrapport i løpet av høsten 2023 blir gitt en orientering om ventetidsutviklingen ved denne enheten.	Egen orientering til styret.	Under oppfølging.
060-2023 **Oppdatert høringssvar NOU 2023: 4 Tid for handling** 11. mai 2023	Styret ber om at henvisning til brev til Helsepersonellkommisjonen fra direktørene i de regionale helseforetakene avgrenses til aktuell redegjørelse i høringsnotatet. Styret ber om høringsinnspillets avsnitt om utdanning og kompetanseutvikling suppleres med en omtale av etniske minoriteters overrepresentasjon i	Oppdatert og oversendt HOD.	OK

Sak og dato	Oppfølging	Tiltak	Status
	spesialisthelsetjenesten, og samtidig mindre mangfold på ledernivå. Det er behov for bred rekruttering og mobilisering oppover i systemet.		
061-2023 **Utvidelse av omfang for regional løsning for helselogistikk** 11. mai 2023	Styret presiserer at risikobildet beskrevet i saken, jf. tabell 7, gjelder det utvidede omfanget av regional løsning for helselogistikk for fase 3. Styret ber administrasjonen ta lærdom fra prosjektet med hensyn til styring av store IKT-prosjekter.		OK

9. Skriftlige spørsmål som omtaler Helse Sør-Øst RHF og/eller underliggende helseforetak besvart av helse- og omsorgsministeren

Følgende skriftlige spørsmål som omtaler Helse Sør-Øst RHF og/eller underliggende helseforetak er besvart av Helseministeren:

Skriftlig spørsmål fra Morten Wold (FrP) til helse- og omsorgsministeren
Dokument nr. 15:2350 (2022-2023)
Innlevert: 26.05.2023
Sendt: 26.05.2023
Besvart: 07.06.2023 av helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol

Spørsmål
Morten Wold (FrP): Kan statsråden redegjøre for hvor mye penger som ble brukt til kjøpsavtaler med private tilbydere i 2022 per tjenesteområde, og hva som er budsjettert å bruke i 2023?

Begrunnelse
I debatter om avvikling av fritt behandlingsvalg og kjøp av private helsetjenester, kastes det ofte ut ulike tall fra representanter fra regjeringspartiene på hvor mye penger som brukes for å kjøpe private tjenester. Både 14 milliarder og 17 milliarder kroner er tall jeg har hørt bli brukt fra representanter fra regjeringspartiene. Dette gjør det vanskelig å vite hva som faktisk stemmer.
Helsedirektoratet har pleid å gi ut en årlig rapport, men sier nå at de ikke har oppdaterte tall. Derfor ber jeg om en oversikt over hvor mye som ble brukt til kjøp av private tjenester under helse, på hvert tjenesteområde i 2022, og hva som er budsjettert å bruke i 2023.

Svar
Svaret med tabell i pdf-format

Skriftlig spørsmål fra Bård Hoksrud (FrP) til helse- og omsorgsministeren
Dokument nr. 15:2333 (2022-2023)
Innlevert: 24.05.2023
Sendt: 25.05.2023
Besvart: 05.06.2023 av helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol

Spørsmål
Bård Hoksrud (FrP): Hva vil helse- og omsorgsministeren gjøre for å unngå at rusbehandlingsinstitusjoner som Kvinnekollektivet Arken må legge ned?

Begrunnelse
3. april kunne Klassekampen fortelle at Kvinnekollektivet Arken i Oslo står i fare for å legges ned. Helse Sør-Øst krever 95 prosent beleggsgrad hos private leverandører. Dette skaper problemer for små institusjoner med få plasser.

Kvinnehelseutvalget pekte tidligere i år på at man trenger mer kjønnsspesifikk behandling i alle regioner. Da er det et paradoks at ett av de mest etablerte tiltakene står i fare for å legge ned på grunn av krav fra helseforetaket.

Denne situasjonen gjelder ikke bare Arken, men flere av de terapeutiske samfunnene og flere rusinstitusjoner. Noen må i praksis drive med overbelegg for å unngå for lav beleggsgrad, og dette skaper press på knappe personalressurser.

Med bare ti plasser vil én ledig plass være nok til å havne under 95 prosent beleggsgrad. Det kan ta opp mot to måneder å fylle en ledig plass, ifølge Arken, og på grunn av disse månedene med ledige senger er rusbehandlingsinstitusjonen i ferd med å spise opp egenkapitalen for å betale tilbake store summer til Helse Sør-Øst. Det er problematisk at man bare opererer med «kalde» og «varme» senger og ikke tar hensyn til at det tar tid å få inn nye pasienter.

Beleggskravet på 95 prosent skaper en svært utfordrende situasjon for flere rusbehandlingsinstitusjoner. I det offentlige er kravet på 85 prosent i Helse Sør-Øst. I Helse Nord er det også ulike beleggskrav for offentlige og ideelle mens i Helse Midt er det 95 prosent for begge og i Helse Vest er det 90 prosent for begge. Ulikhetene mellom offentlig og ideell sektor og mellom helseforetakene bidrar også til at det blir mindre forståelig at en institusjon kan komme til å legge ned på grunn av for lavt belegg i én region mens den kanskje hadde overlevd i en annen eller om det var en offentlig institusjon.

Svar
Ingvild Kjerkol: De regionale helseforetakene har etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a ansvaret for å sørge for at det til enhver tid er tilstrekkelig behandlingskapasitet til å yte nødvendige spesialisthelsetjenester til befolkningen i regionen. De regionale helseforetakene må selv vurdere hvilke tiltak som er nødvendige for å ivareta dette ansvaret, inkludert vurdere hva som skal leveres av egne helseforetak eller av private/ideelle leverandører gjennom anskaffelser. Helseregionene gjør fortløpende vurderinger av om de har tilstrekkelig kapasitet i sine helseforetak, og om det er behov for styrking av kapasiteten.

Regjeringen vil styrke vår felles helsetjeneste, ha stabile rammevilkår og langsiktige avtaler med private/ideelle. Pasientene skal ha flere tilbud å velge mellom, både i det offentlige og ved private behandlingssteder med avtale med en helseregion. Når det gjelder den konkrete saken representanten tar opp, har jeg innhentet følgende uttalelse fra Helse Sør-Øst RHF:

«Økonomisk oppgjør er regulert i avtalene med de private leverandørene. Innen ordinær behandling i TSB er det avtaleregulert en månedlig utbetaling av á-konto med 1/12 av økonomisk verdi, og med avregning på slutten av året. Helse Sør-Øst RHF krever normalt ikke tilbakebetaling ved minst 95 prosent belegg.

Dette var kjent i anbudskonkurransen, og det må legges til grunn at tilbyderne tok hensyn til dette når de innga tilbud. Avtalen med Kvinnekollektivet Arken er tilsvarende som øvrige avtaler innen samme tjenesteområde.

Helseforetakene og sykehusene med driftsavtale finansieres etter andre prinsipper. Helseforetakene har et helhetlig ansvar, inkludert ansvar for øyeblikkelig hjelp, og har som en konsekvens av blant annet dette ikke tilsvarende avtaler eller krav om belegg. Det som framkommer i begrunnelsen: «I det offentlige er kravet på 85 prosent i Helse Sør-Øst» stemmer derfor ikke. 85 prosent belegg legges imidlertid til grunn ved dimensjonering av nye sykehusbygg.»

Når det gjelder Kvinnehelseutvalgets utredning er denne nå på høring. Jeg vil komme tilbake til hvordan forslagene fra utvalget vil følges opp.

Skriftlig spørsmål fra Bård Hoksrud (FrP) til helse- og omsorgsministeren
Dokument nr. 15:2322 (2022-2023)
Innlevert: 24.05.2023
Sendt: 24.05.2023
Besvart: 01.06.2023 av helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol

Spørsmål
Bård Hoksrud (FrP): Fagdirektørene ved de regionale helseforetakene har strammet inn på tilgangen til CGM for personer med diabetes og begrunner det med stram sykehusøkonomi og at CGM ikke er metodevurdert.
Hva mener helseministeren om at personer med diabetes nå mister forutsigbar tilgang til et livsviktig behandlingshjelpemiddel som følge av anstrengt sykehusøkonomi?

Begrunnelse
Fagdirektørene strammer inn på tilgangen til CGM på ubestemt tid. Dette ble diabetespoliklinikkene informert om i et brev datert 22.03.2023. Som følge av endringen blir nå vanskeligere for personer med diabetes type 1 å få CGM dersom om de ikke har hatt det før. Det blir også vanskeligere å få en CGM som er mer persontilpasset dersom den koster mer.
For personer med en komplisert diabetes type 2 blir det nå nesten umulig å få tilgang til sensor. Endringene i rutinene for tildeling av sensor strider mot anbefalinger i Nasjonal faglig retningslinje for diabetes, og innebærer en betydelig svekkelse av behandlingstilbudet til personer med diabetes i Norge. Det vil også bidra til økte helseforskjeller og potensielt flere senskader og akutte og langvarige komplikasjoner som følge av dårligere blodsukkerregulering.

Svar
Ingvild Kjerkol: Antall pasienter med diabetes i Norge er om lag 270 000, hvorav 23 000 har diabetes type 1. I tillegg til disse antas det at 60 000 pasienter har udiagnostisert diabetes. Diabetes er en potensielt alvorlig tilstand, og det er ønskelig med innføring av nye behandlingsmuligheter som kan hindre komplikasjoner, senskader og tidlig død. Innføring av ny behandling bør ha et godt faglig grunnlag, hvor medisinsk indikasjon, helsegevinster og kostnader blir vurdert. Stortinget har sluttet seg til prioriteringskriteriene nytte, ressurs og alvorlighet i prinsippene for prioritering i helse- og omsorgstjenesten. Det er prinsippene for prioritering som ligger til grunn for beslutninger i System for Nye metoder, og disse har til hensikt å bidra til rettferdig tilgang til helsetjenester.

For diabetes har vi nasjonale faglige retningslinjer som blant annet omhandler bruken av kontinuerlig glukosemåler (CGM). Departementet har mottatt informasjon fra de regionale helseforetakene om at bakgrunnen for brevet representanten Hoksrud refererer til, er en foreløpig vurdering av effekt på sykdomsutviklingen opp mot ressursbruk ved bruk av CGM. Tilgjengelig dokumentasjon tilsier at CGM kan tilbys til alle pasienter under 18 år med diabetes type 1, og at det skal være god klinisk indikasjon for tildeling av CGM til voksne pasienter med diabetes type 1. CGM til pasienter med diabetes type 2 bør ifølge

de regionale helseforetakene kun benyttes på særskilte kriterier.

Beslutningsforum i System for Nye metoder godkjente høsten 2017 bruk av CGM til pasienter under 18 år med diabetes type 1. Samtidig har mange voksne med diabetes også tatt i bruk CGM. Kostnadene til CGM har økt fra 125 mill kr i 2017 til 450 mill kr i 2022. Grunnen er flere brukere, men også at det tas i bruk mer kostbart CGM-utstyr. Ifølge de regionale helseforetakene er det usikkert om det mer kostbare utstyret gir bedre medisinsk effekt.

Den økte bruken av CGM ut over det som er angitt i retningslinjene, sammen med kostnads-økningen, er bakgrunnen for brevet fra de regionale helseforetakene. Ifølge brevet skal det være god klinisk indikasjon for tildeling av CGM til voksne pasienter med diabetes type 1. Tildeling av CGM til pasienter med diabetes type 2 må i hvert enkelt tilfelle ha en godkjenning av fagdirektør eller en etablert faggruppe i helseforetaket.

CGM-utstyr kan fremdeles tildeles ved god medisinsk indikasjon, men dette må vurderes for hver enkelt pasient.

Skriftlig spørsmål fra Marian Hussein (SV) til helse- og omsorgsministeren
Dokument nr. 15:2303 (2022-2023)
Innlevert: 22.05.2023
Sendt: 23.05.2023
Besvart: 31.05.2023 av helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol

Spørsmål
Marian Hussein (SV): Er statsråden enig i at det er uheldig at kommersielle aktører benytter seg av bonus og andre insentiver som i ytterste konsekvens fører til feildiagnostiseringa av pasienter, og hvilke tiltak vil hun innføre for å sikre bedre kontroll med, og redusert bruk av aktører som Unilab?

Begrunnelse
NRK avslørte nylig at Unilab utbetaler bonuser som motiverer til raskere og dårligere undersøkelser. NRK har påvist systematisk dårligere gjennomførte undersøkelser etter at bonusene ble gitt. Regjeringen har lenge varslet en innstramming i det private helsevesenet, men foreløpig har ingenting skjedd.

Svar
Ingvild Kjerkol: I forbindelse med dette spørsmålet har Helse- og omsorgsdepartementet vært i kontakt med henholdsvis Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF for å få opplyst saken.
Begge de regionale helseforetakene er tydelig på at de stiller krav i rammeavtalene innen bildediagnostikk om at avtalepartnere skal utføre sin virksomhet på en faglig forsvarlig måte, slik det også kreves i helselovgivingen. Leverandørene har et selvstendig ansvar for å legge til rette for at helsepersonellet kan utføre sin virksomhet forsvarlig. Dette omfatter også at avlønningsordninger og andre arbeidsordninger ikke skal ha negative effekter på kvaliteten av de helsetjenestene som tilbys befolkningen.

Avtalene med de private leverandørene følges opp gjennom pålagt rapportering av alle avvikssaker og eksterne tilsyn, som også er tema i oppfølgingsmøter med de kommersielle virksomhetene. Ved behov kan de regionale helseforetakene gjøre egne revisjoner av virksomheten hos avtalepartene.
Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst RHF har tidligere sett på bonusordningen hos en av leverandørene i forbindelse med en gjennomgang etter en avvikssak som omhandlet mangelfull tolkning og rapportering av radiologiske undersøkelser. Konsernrevisjonen fant ikke grunnlag for å hevde at den avdekkede kvalitetssvikten i de radiologiske undersøkelsene hadde sammenheng med denne incentivordningen.

Jeg er enig i at man må ha en kritisk vurdering av eventuell bruk av incentivordninger i helsetjenesten, også bruk av bonusordninger. Når det gjelder den konkrete bruken av bonusordninger hos private leverandører av radiologitjenester, så påhviler det både virksomhetene og den enkelte behandler et ekstra ansvar for å påse at dette ikke påvirker tjenestenes forsvarlighet. Jeg har i utgangspunktet stor tiltro til at både ledere og behandlere i norske helsevirksomheter har høy faglig integritet. Samtidig så vil jeg også minne om at deres avtalepart, de regionale helseforetakene, følger virksomhetene gjennom oppfølging av avvikssaker, tilsyn og eventuelle revisjoner.

Avslutningsvis så vil jeg kort få korrigere bildet som tegnes av regjeringens arbeid i spørsmålsstillers kommentar under begrunnelsen. Denne regjeringen er opptatt av å styrke den offentlige organiserte helsetjenesten og har blant annet avviklet ordningen med fritt behandlingsvalg fra og med 1. januar i år. Regjeringen er tydelig på målet om å sikre hele befolkningen tilgang til gode, offentlige helse- og omsorgstjenester og hindre en uheldig todeling av helsevesenet. Vi er derfor også i gang med å se på omfang og utvikling av privatfinansierte tilbud av helse- og omsorgstjenester, og hvordan dette påvirker og eventuelt svekker vår felles helse- og omsorgstjeneste. Slik kunnskap er avgjørende for å kunne vurdere og utforme tiltak som er godt egnet til å nå målene for vår felles helsetjeneste. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å dokumentere status og utvikling i den helprivate allmennlegetjenesten. De utreder også behov for hjemmelsgrunnlag for registrering av opplysninger fra virksomhetene.

Skriftlig spørsmål fra Kathy Lie (SV) til helse- og omsorgsministeren
Dokument nr. 15:2300 (2022-2023)
Innlevert: 22.05.2023
Sendt: 22.05.2023
Besvart: 31.05.2023 av helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol

Spørsmål
Kathy Lie (SV): Statsråden bes om å gi Stortinget en status for vedtak, framdrift og økonomiske rammer for vedtatt/planlagt sykehusutbygging i Helse Sør-Øst.
Kan statsråden forsikre at de omstridte sykehusplaner for Oslo kan gjennomføres uten at sykehusene i helseregionen må redusere planlagt pasienttilbud?

Begrunnelse
Styret i Helse Sør-Øst RHF har godkjent en revidert styringsramme for det nye sykehuset i Drammen på 14 milliarder kroner, en budsjettsprekk på rundt 40 prosent.

Styreleder i Helse Sør-Øst RHF, Svein Gjedrem, sier i den sammenheng; « - De økte kostnadene ved nytt sykehus i Drammen skyldes forhold som Vestre Viken HF ikke selv har hatt kontroll på. Men vi må følge de generelle prinsippene for henføring av kostnader, og byggets sluttkostnad tilhører derfor helseforetaket.» Eller sagt med andre ord: dette må tas igjen i kutt i andre investeringer, eller redusere driftskostnader (les: pasientbehandling).

Den største budsjettsprekk i Helse Sør-Øst RHF kommer trolig ved det svært omstridte vedtaket om nedleggelse av Ullevål sykehus og bygging av nytt storsykehus i Oslo. Prosjektet har offisiell kostnadsramme på 39 milliarder. Men det er anslått en forventet budsjettsprekk på 10 milliarder, inklusive usikkerhetsbuffer.

Svar
Ingvild Kjerkol: De regionale helseforetakene har et samlet ansvar for å tilby befolkningen i regionen spesialisthelsetjenester. De må planlegge og organisere virksomheten i tråd med dette ansvaret. Dette innebærer at de må gjøre nødvendige avveininger mellom drift og investeringer innenfor de økonomiske rammene Stortinget stiller til rådighet og de styringskrav jeg gir.

Jeg har i forbindelse med spørsmålet innhentet opplysninger om status for sykehusutbygginger fra Helse Sør-Øst RHF. De opplyser at de har flere regionalt prioriterte prosjekter i gjennomførings- og forprosjektfasen. Søknad om lån skjer etter konseptfasen og endelig beslutning om oppstart av gjennomføring skjer etter at forprosjektet er ferdigstilt

Følgende prosjekter er i gjennomføringsfasen:

Vestre Viken HF – Nytt sykehus i Drammen. Stortinget sluttet i 2017 seg til en låneramme på 8 460 mill. 2017-kroner, tilsvarende 70 pst. av estimert kostnadsramme. Styret i Helse Sør-Øst RHF godkjente forprosjektet i mars 2019 og la til grunn en styringsramme på 9,249 mrd. kroner (desember 2019-kroner), i tillegg til investeringer i ikke-byggnær IKT med 717 mill. kroner og kostnader forbundet med tomteerverv. Styringsrammen for Nytt sykehus i Drammen ble endret av styret i Helse Sør-Øst RHF i mars 2023 til 14 mrd. kroner (desember 2021-kroner). Helse Sør-Øst RHF opplyser at utgangspunktet med komplekse grunnforhold kombinert med prosjekteringsfeil, har gitt en krevende framdrift med parallellitet i aktiviteter. I tillegg har markedsutviklingen under pandemien og krigen i Ukraina ført til ekstraordinære kostnadsøkninger, som følge av økte råvarepriser, leveranseutfordringer blant annet for stål og entreprenørenes risikotillegg. Det har vært en replanlegging knyttet til ibruktakelse av bygget. Det planlegges nå med en trinnvis ibruktakelse med tre trinn istedenfor to. Full ibruktakelse av det nye sykehuset er utsatt fra mai til oktober 2025.
Helse Sør-Øst RHF opplyser at de indeksregulerer styringsrammene til byggeprosjektene for å kompensere for generell lønns- og prisvekst. Årlig justering av rammene er en normal forutsetning i offentlige byggeprosjekter, og utgjør ingen kostnadsoverskridelse. Av økningen i styringsramme for Nytt sykehus i Drammen på om lag 4 mrd. kroner (om lag 40%) er ca. 1,6 milliarder kroner relatert til utviklingen i SSBs byggekostnadsindeks og om lag 2,4 milliarder kroner relatert til ekstraordinære forhold i prosjektgjennomføringen.

Oslo universitetssykehus HF – Nytt klinikkbygg- og protonbygg ved Radiumhospitalet. Ved behandling av statsbudsjettet for 2018 sluttet Stortinget seg til en låneramme på 2 713 mill. 2018-kroner til Nytt klinikkbygg. Lånerammen til protonbygget er fastsatt til 1 198 mill. 2018-kroner. Til protonbygget er det i tillegg lagt til grunn en tilskuddsramme på 513 mill. 2018-kroner. Styret i Helse Sør-Øst RHF godkjente forprosjektrapporten i november 2019 og la til grunn en styringsramme for klinikkbygget på 3 302 mill. kroner (januar 2018-kroner). Det ble videre lagt til grunn en styringsramme på 1 541 mill. kroner (januar 2018-kroner) for protonbygget.

Oslo universitetssykehus HF – Nye Aker og Nye Rikshospitalet. Stortinget sluttet seg til en samlet låneramme på 29 073 mill. 2020-kroner i forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet for 2020. Styret i Helse Sør-Øst RHF godkjente forprosjektet for Nye Aker og Nye Rikshospitalet i desember 2022 og la til grunn en styringsramme på 17 962 mill. kroner (januar 2021-priser) for Nye Aker og 18 083 mill. kroner (januar 2021-priser) for Nye Rikshospitalet. Kommunal- og distriktdepartementet vedtok statlig plan for de to sykehustomtene den 28. februar 2023. De nye sykehusbyggene er planlagt ferdig i 2031. Tilsvarende som for rammene for nye Drammen sykehus, så indeksreguler Helse Sør-Øst RHF rammene til Nye Aker og Nye Rikshospitalet. Helse Sør-Øst RHF opplyser at den samlede indeksreguleringen av rammene til de to prosjektene fram til 2023 utgjør 5,4 mrd. kroner. De forventer at prosjektene gjennomføres i henhold til budsjett.

Akershus universitetssykehus HF – Samling av sykehusbasert psykisk helsevern. Stortinget sluttet seg ved behandling av statsbudsjettet for 2022 til en låneramme på 695 mill. 2022-kroner. Styret i Helse Sør-Øst RHF godkjente forprosjekt for samling av sykehusbasert psykisk helsevern i april 2023 og la til grunn en styringsramme på 977 mill. kroner (prisnivå 2022). Byggene planlegges ferdigstilt i 2026.

Helse Sør-Øst RHF opplyser videre at de har følgende to prosjekter i forprosjektfase:

Sykehuset Telemark HF – Utbygging stråle- og somatikk i Skien. Stortinget sluttet seg til en låneramme på 928 mill. 2022-kroner i forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet for 2022. Forprosjektet

forventes ferdigstilt før sommeren i år, og så skal det behandles av styrene i Sykehuset Telemark HF og Helse Sør-Øst RHF. Oppstart av prosjektet vil kunne skje raskt etter dette, med en byggeperiode på tre til fire år.

Oslo universitetssykehus HF - Ny sikkerhetspsykiatri. Stortinget sluttet seg til en låneramme på 830 mill. kroner i forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet for 2021. Styret ved Oslo universitetssykehus HF behandlet forprosjektet i styremøtet 26. mai 2023. Helse Sør-Øst RHF planlegger behandling i styremøtet i juni i år. Det er anslått at ny sikkerhetspsykiatri er klar for klinisk bruk ultimo 2026.

Helse Sør-Øst RHF styrer sine regionale byggeprosjekt etter P50-estimater, styringsrammen. Dette innebærer at det er like sannsynlig at endelig kostnad ender under styringsrammen, som over. Hvis sluttkostnadene blir høyere enn styringsrammen for byggeprosjekter, utfordrer dette regionens og helseforetakenes likviditet og økonomiske resultater.

Helse Sør-Øst RHF planlegger med videreføring av de allerede prioriterte store byggeprosjektene. Det vurderes muligheter for trinnvis utbygging i alle prosjekter, og eventuell forskyving av prosjekter som ikke er i forprosjekt- eller gjennomføringsfase. I forbindelse med de store byggeprosjektene gjennomføres det grundig, involverende og forpliktende arbeid med gevinstrealiseringsplaner og konkretisering av tiltak for tilpasning av kostnadsnivået i forkant av innflytting. Regionens økonomiske langtidsplan rulleres årlig, planlagt neste gang i september 2023.

Helse Sør-Øst RHF opplyser at de gjennom økonomisk langtidsplan og de årlige budsjettene, følger opp slik at de økonomiske konsekvensene av økt styringsramme for Nytt sykehus i Drammen ikke blir til hinder for at Vestre Viken HF kan fortsette å levere gode helsetjenester.

Avslutningsvis viser jeg til regjeringens forslag til revidert nasjonalbudsjett. Regjeringen foreslår en varig økning i sykehusenes budsjetter på 2,5 mrd. kroner i tillegg til 2,2 mrd. kroner i økte bevilgninger knyttet til økt pris- og lønnsvekst. Regjeringen foreslår også å endre prinsippet for justering av lånerammene til de regionale helseforetakene, slik at statlige lånerammer prisjusteres med faktisk byggekostnadsindeks, som også Statsbygg bruker for å prisjustere rammene i sine prosjekter. Frem til nå har lånerammen blitt justert med den generelle deflatoren som benyttes for prisjustering av driftsbevilgninger til spesialisthelse-tjenesten. Endringen gjøres også med tilbakevirkende kraft for perioden 2015 til 2022 for prosjekter med lånebevilgning i 2023. Det medfører en økning i gjenværende lånerammer på om lag 5,4 mrd. kroner. Forslaget skal legge til rette for en låneandel på 70 pst. av P85, i tråd med intensjonen for låneordningen, og at prosjektene kan gjennomføres som planlagt uten at sykehusene må redusere i planlagt pasienttilbud.

Skriftlig spørsmål fra Hadle Rasmus Bjuland (KrF) til helse- og omsorgsministeren
Dokument nr. 15:2253 (2022-2023)
Innlevert: 15.05.2023
Sendt: 16.05.2023
Besvart: 25.05.2023 av helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol

Spørsmål
Hadle Rasmus Bjuland (KrF): Nylig kom statens undersøkelseskommisjon for helsetjenester (UKOM) gjennom retningslinjene for behandlingen av kjønnsinkongruens. Den slo fast at helsepersonell i Norge vet for lite om hva de driver med for pasienter med kjønnsinkongruens.
Hvilke tiltak vil statsråden gjennomføre for å sikre at behandlingen av kjønnsinkongruens i Norge er trygg og evidensbasert, og lik i hele landet?

Begrunnelse
Både myndighetsaktører, pasient- og brukerorganisasjoner og helsepersonell har stilt spørsmål ved forsvarligheten og organiseringen av behandling av kjønnsinkongruens i Norge. Derfor gikk Statens undersøkelseskommisjon for helsetjenester (Ukom) gjennom retningslinjene for behandlingen i Norge denne våren.
Rapporten fra UKOM peker på en rekke utfordringer med dagens behandling. Den har blant annet avdekket at den forskningsbaserte kunnskapen rundt behandlingen er mangelfull. Rapporten peker også på at langtidseffekten med behandlingen er lite kjent. I tillegg stilles det ikke krav til utredning eller gyldig grunn til å starte behandling.
Pasienter som benytter seg av norsk helsevesen skal være trygge på behandlingen. UKOM – rapporten anbefaler flere tiltak. Et av dem er blant annet å definere pubertetsutsettende behandling (pubertetsblokkere) og hormonell og kirurgisk kjønnsbekreftende behandling for barn og unge som utprøvende behandling, i tillegg til de har pekt på at det bør vurderes å opprette et nasjonalt medisinsk kvalitetsregister. Sverige er et land som tidligere hatt et mer liberalt lovverk enn Norge. Etter gjennomgang av behandlingstilbudet valgte de å innføre en nedre aldersgrense på 18 for irreversibel behandling. KrF mener Norge bør se til lovgivningen i Sverige og innføre en lik aldersgrense. En av de mest kjente i Norge som har tilbudt behandling for kjønnsinkongruens er Benestad. Hen er nå fratatt retten til å praktisere som lege, og Helsetilsynet har blant annet begrunnet dette med «vesentlig mangel på faglig innsikt».

Svar
Ingvild Kjerkol: Rapporten fra Statens undersøkelseskommisjon for helsetjenesten (Ukom) påpeker flere svakheter i helsetilbudet til barn og unge med kjønnsinkongruens og kjønnsdysfori. Funnene synliggjør vanskelige dilemma knyttet til medisinske, juridiske og etiske spørsmål. Undersøkelsen konkluderer med at pasientsikkerheten ikke er god nok for denne pasientgruppen. Særlig gjelder dette den voksende gruppen barn og unge med ikke-binær kjønnsidentitet og psykiske helseproblemer i tillegg til kjønnsinkongruens, hvor det i liten grad finnes vitenskapelig forskning og kunnskap om utredning og behandling.

Departementet vurderer oppfølging av anbefalingene fra Ukom, i dialog med de regionale helseforetakene. Når det gjelder tilrådningen om å revidere den nasjonale faglige retningslinjen for kjønnsinkongruens har direktoratet gitt uttrykk for at etaten planlegger dialog med fag- og brukermiljøene i løpet av året for å vurdere om det er aktuelt å justere retningslinjen.

Ukoms rapport ble publisert samtidig med at regionale behandlingstilbud for personer med kjønnsinkongruens i Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord nærmer seg oppstart. Helse Sør-Øst har tidligere etablert et regionalt behandlingstilbud. Gjennom å regionalisere tilbudet i nært samarbeid med den nasjonale behandlingstjenesten for kjønnsinkongruens ved Oslo universitetssykehus HF, Rikshospitalet, vil spesialisthelsetjenestens kompetanse innen fagområdet etter hvert komme lokale helseforetak og kommuner til gode i hele landet. En slik struktur vil legge forholdene til rette for at det kan igangsettes nødvendig kunnskaps-utvikling, forskning og kompetanseoverføring knyttet til utredning og behandling av kjønnsinkongruens. Dette mener jeg er viktige steg for å sikre et mest mulig likeverdig behandlingstilbud og god pasientsikkerhet for barn og unge med kjønnsinkongruens.

Skriftlig spørsmål fra Seher Aydar (R) til helse- og omsorgsministeren
Dokument nr. 15:2249 (2022-2023)
Innlevert: 15.05.2023
Sendt: 16.05.2023
Besvart: 25.05.2023 av helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol

Spørsmål
Seher Aydar (R): Hvorfor finnes det ikke en øvre grense for lederlønningene i de regionale helseforetakene, slik det gjør for topplederne i staten som er regulert av Statens lederlønnssystem og mener ministeren at lønnsnivået hos direktørene i helseforetakene i dag er hensiktsmessig?

Begrunnelse
Regjeringsplattformen slår fast at regjeringa vil bruke statlig eierskap til å sikre moderasjon i lederlønninger. Samtidig Helse Sør-Øst-direktør Terje Rootwelt en årslønn på 2,7 millioner, og en samlet godtgjørelse på 3,2 millioner i 2022. Flere direktører i helseforetakene tjener over 2 millioner, og mer enn helseministeren selv. Hvordan en velger å bruke penger i helsevesenet, er blant vanskeligste prioriteringene som gjøres.
Sykehusene opplever kutt presset fram av trange budsjetter. Mange av landets sykehus har store problemer med å rekruttere og beholde helsepersonell. Flere av yrkesgruppene med høyskoleutdanning som er ansatt i helseforetakene, tjener mindre enn ansatte i andre sektorer med tilsvarende utdanning. Disse gruppene har over flere år stått i krevende lønnsforhandlinger uten å få innfridd kravene sine. Samtidig har lederlønningene i helseforetakene økt langt ut over hva som er rimelig innenfor offentlig sektor.

Svar
Ingvild Kjerkol: Det er styrene i de regionale helseforetakene som ansetter daglig leder og som fastsetter lønnsnivået til vedkommende. Jeg forventer at beslutninger om lønnsnivået er i tråd med statens retningslinjer for lederlønn i selskaper med direkte statlig eierandel, fastsatt av Nærings- og fiskeridepartementet.
I retningslinjene fremgår det blant annet at staten forventer at godtgjørelsen er konkurranse-dyktig, men ikke lønnsledende, og at hensynet til moderasjon ivaretas. Det innebærer at godtgjørelsen ikke skal være høyere enn nødvendig for å rekruttere og beholde ønsket kompetanse. Det kan være krevende å rekruttere toppledere, så det er viktig at styret har nødvendig handlingsrom til å rekruttere den personen de mener er best egnet til oppgaven.
Vi ønsker at lederstillinger i sykehusene også skal være attraktive for dyktige leger og klinikere. Da må det også være konkurransedyktige lønninger i forhold til disse stillingene. De best betalte klinikerne i helseforetakene har en samlet lønn på nivå med toppledelsen. Som toppledere vil en ikke få utbetalt overtid eller andre tillegg til fastlønnen. Det praktiseres heller ikke bonusordninger eller andre prestasjonsavhengige godtgjørelser i helseforetakene. Forskjellen mellom fastlønn og samlet godtgjørelse utgjøres i all hovedsak av opptjent pensjon.
I foretaksmøtet med de regionale helseforetakene i januar i år, presiserte jeg at de regionale helseforetakene skal følge statens forventninger som kommer frem i eierskapsmeldingen. Forventningene gjelder også for underliggende helseforetak. Dersom ledende ansatte får høyere årlig justering i fastlønn enn gjennomsnittet for øvrige ansatte, er staten opptatt av at selskapet begrunner dette i selskapets lønnsrapport. Lønnsrapporten skal behandles i foretaksmøtet for de regionale helseforetakene for første gang i juni i år.

Skriftlig spørsmål fra Sara Bell (SV) til helse- og omsorgsministeren
Dokument nr. 15:2192 (2022-2023)
Innlevert: 11.05.2023
Sendt: 11.05.2023
Besvart: 24.05.2023 av helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol

Spørsmål
Sara Bell (SV): Hva gjøres i dag for å sikre at helseforetakene i praksis etterlever sine plikter knyttet til likebehandlingsprinsippet i arbeidsmiljølovgivningen, for innleide arbeidere?

Begrunnelse
Tillitsvalgte uttrykker bekymring for at likebehandlingsprinsippet i arbeidsmiljølovens § 14-12a og 14-12b ikke etterleves på arbeidsgiversiden i helseforetakene, og forteller at det i dag praktiseres forskjellsbehandling når det gjelder kompensasjon for endring av arbeidstid og særskilt arbeidstid. Innleiere, i denne sammenheng helseforetakene, oppleves som pådrivere for å slippe å oppfylle denne plikten overfor innleide. Som rapporteringspliktige blir de dermed premissleverandører for denne praksisen.

Svar
Ingvild Kjerkol: I anledning spørsmålet og påstanden som er fremmet i begrunnelsen, er det innhentet kommentarer fra de regionale helseforetakene for å belyse situasjonen.
I anskaffelse av vikartjenester til helseforetakene stilles det strenge krav til leverandørene som skal levere vikarer. I kontraktene som er inngått med bemannings-/vikarleverandører er det blant annet egne punkter som omhandler lønns- og arbeidsvilkår og likebehandling ved utleie av arbeidstakere. For å sikre etterlevelse av disse områdene i inngåtte avtaler, har helseforetakene gitt leverandørene tilgang til oversikt over alle tariffavtaler og protokoller, slik at leverandørene kan ha oversikt over lønns- og arbeidsvilkår som skal etterleves.
Når helseforetakene sender ut forespørsel til leverandørene og gjør avrop på inngåtte avtaler, skal helseforetakene også opplyse om eventuelle særavtaler som foreligger. Dette slik at leverandørene kan følge opp likebehandlingsprinsippet. Disse tiltakene skal til sammen gi leverandørene god oversikt over hvilke lønns- og arbeidsvilkår som skal etterleves. Dette er minimumsbestemmelser som skal etterleves, og leverandørene kan inngå arbeidsavtaler som gir bedre vilkår. Dersom det er grunn til å tro at kravene i rammeavtalene ikke etterleves, inkludert prinsippet om likebehandling, så blir det raskt satt i verk tiltak som følger opp dette mot den enkelte leverandør.
Jeg mener at helseforetakene ikke skal være, og oppfatter heller ikke er, pådrivere for å unngå likebehandlingsprinsippet. Det er lagt til grunn omfattende krav overfor leverandørene innen området og det er satt inn ulike tiltak for å sikre etterlevelse. Leverandører som eventuelt ikke etterlever likebehandlingsprinsippet vil bryte med rammeavtalenes bestemmelser, og må da bære eventuelle konsekvenser av manglende avtaleoppfølging.

Skriftlig spørsmål fra Bård Hoksrud (FrP) til helse- og omsorgsministeren
Dokument nr. 15:2120 (2022-2023)
Innlevert: 03.05.2023
Sendt: 03.05.2023
Besvart: 15.05.2023 av helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol

Spørsmål
Bård Hoksrud (FrP): Hvilken prosentsats er lagt til grunn for den varslede ekstraordinære lønns- og prisjusteringen av budsjettet for de regionale helseforetakene og er det en helårseffekt for justeringen?

Begrunnelse
I dag slapp regjeringen nyheten at i revidert nasjonalbudsjett som legges frem 11. mai fremmes forslag om en pris- og lønnsjustering av budsjettet på om lag 2,2 milliarder kroner, som skal veie opp for den ekstraordinære kostnadsveksten i 2023.
Spørsmålsstiller ønsker å vite hvilken prosentsats som regjeringen har lagt til grunn for den ekstraordinære lønns- og prisjusteringen og om ekstrakostnadene for hele 2023 blir dekket.

Svar
Ingvild Kjerkol: Som varslet allerede i februar foreslår regjeringen i revidert nasjonalbudsjett en ekstraordinær pris- og lønnsjustering av budsjettet som veier opp for den ekstraordinære kostnadsveksten i 2023, basert på nye oppdaterte anslag for lønns- og prisvekst (deflator). Forslaget gjelder hele året. Den ekstraordinære kompensasjonen er en teknisk endring for å unngå en utilsiktet innstramming av det budsjettet Stortinget vedtok i desember 2022, og de prioriteringene som lå til grunn for vedtaket. Lønns- og prisvekstanslaget for sykehusene i 2023 er nå 5,1 pst. mot 3,8 pst. i Prop 1 S (2022-2023). Den økte deflatoren innebærer om lag 2,2 mrd. kroner i økte driftsbevilgninger. I tillegg har regjeringen foreslått en varig videreføring av tilleggsbevilgningen i nysalderingen 2022 på 2,5 mrd. kroner.
Regjeringen mener det er viktig med stabil og forutsigbar finansiering. Derfor foreslås det at lånerammene til de regionale helseforetakenes investeringslån justeres med en egen byggekostandsindeks, med tilbakevirkende kraft. Dette fører til at lånebevilgningen for 2023 økes med om lag 1,5 mrd. kroner, og at lånene til sykehusbygg framover i større grad følger kostnadsutviklingen i byggemarkedet.

Skriftlig spørsmål fra Himanshu Gulati (FrP) til helse- og omsorgsministeren
Dokument nr. 15:2104 (2022-2023)
Innlevert: 30.04.2023
Sendt: 02.05.2023
Besvart: 08.05.2023 av helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol

Spørsmål
Himanshu Gulati (FrP): Finnes det et tilsvarende offentlig tilbud som det Hurdalssjøen Recovery Senter tilbyr pasienter med rus og psykiatri som klinikkens sårbare pasienter vil overføres til nå som regjeringen avvikler fritt behandlingsvalg eller vil disse rus- og psykiatri pasientene nå stå uten et slikt tilbud, og vil statsråden i det minste ta initiativ til å forlenge en offentlig avtale med Hurdalssjøen Recovery Senter til et slikt offentlig tilbud er på plass slik at pasientene ikke blir skadelidende og senteret ikke må legge ned sitt tilbud?

Begrunnelse
Personer med rus og psykiatriske er noen av de mest sårbare i vårt samfunn. I regjering var FrP med å innføre fritt brukervalg innen også rus og psykiatri, noe som både reduserte køene og sørger for at flere kunne få hjelp. Støre-regjeringen har fra i år fjernet denne ordningen. Det innebærer at mange av samfunnets svakeste ikke lenger får det tilbudet som har vært viktig for mange.
Hurdalssjøen Recovery Senter er landets største klinikk innen rus og psykiatri med medikamentfri behandling. Tilbudet hjelper mange med å igjen kunne få et rusfritt liv. Det finnes omtrent 80 slike plasser i Norge, og hele 60 av de er plassert i Hurdal. Tilbudet avvikles nå som følge av regjerings vedtak og de siste pasientene avslutter er i ferd med å avslutte sin behandling.

Svar
Ingvild Kjerkol: Alle helseregioner har hatt medisinfrie behandlingstilbud siden 2017, med bakgrunn i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Departementet innhentet tidligere i vår oppdatert status om tilbudene. Helse Nord opplyste at deres behandlingstilbud ikke har ventetid. Pasientforløp legges opp i et samarbeid med lokalt DPS, slik at innleggelse fortløpende kan vurderes basert på alvorlighetsgrad og kompleksitet i helseproblematikken. Ifølge Helse Nord har samarbeidet bidratt til kunnskapsoverføring og gode pasientforløp for målgruppen.
I Helse Midt-Norge har det opprinnelige behandlingstilbudet blitt utvidet etter etableringen grunnet økt pågang. Teamet på syv årsverk består av psykiater, psykologspesialist, fysioterapeut, musikkterapeut og miljøterapeuter.
Helse Vest viser til at alle DPS i Helse Bergen og Helse Fonna har implementert gode faglige tilbud som IMR (Illness Management and Recovery), flerfamilietilbud, psykoedukasjon, musikkterapi, fysisk aktivitet og IPS (Individuell jobbstøtte). De andre helseforetakene i Helse Vest har også ulike medikamentfrie behandlingsopplegg.
Helse Sør-Øst opplyser at det ikke har vært endringer i de lokale helseforetakenes tilbud det siste året. Medikamentfrie behandlingstilnærminger omtales som en vel integrert behandlingsmetode både i poliklinikker og døgnposter innen psykisk helsevern i regionen. Det fremheves som hensiktsmessig å ha fleksibilitet i bruken av døgnplasser til individualiserte behandlingsforløp. Videre legges det vekt på samarbeid med den enkelte pasient om planlegging av graden av medikamentelle og ikke-medikamentelle behandlingstiltak (samvalg).
Jeg oppfatter at medisinfrie behandlingstilbud er blitt godt etablert i den offentlige spesialisthelsetjenesten og at dette kan være et viktig alternativ for pasienter som ønsker hjelp til nedtrapping og eventuelt opphør av medisiner i de tilfeller dette er helsefaglig tilrådelig. Pasienter som har vært i behandling ved Hurdalsjøen Recovery Senter og som ønsker et videre tilbud i offentlig regi, kan be sin fastlege om å bli henvist til aktuelt sykehus/DPS for å bli vurdert for rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Dersom slik rett blir innvilget kan spørsmålet om medisinfri behandling tas opp i dialogen mellom pasient og behandler.

Skriftlig spørsmål fra Erlend Wiborg (FrP) til helse- og omsorgsministeren
Dokument nr. 15:2065 (2022-2023)
Innlevert: 26.04.2023
Sendt: 27.04.2023
Besvart: 10.05.2023 av helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol

Spørsmål
Erlend Wiborg (FrP): Synes helseministeren det er fornuftig at røntgentilbudet til over 50 000 innbyggere i Indre Østfold fjernes?

Begrunnelse
Regjeringen har som kjent valgt å kutte og nedprioritere helsevesenet i flere omganger. Dette har ført til sterk uro hos pasienter og ansatte. Nå har regjeringen gjennom styret i sykehuset Østfold valgt å fjerne røntgentilbudet til innbyggerne i Indre Østfold. Det fører til at de berørte må dra til Moss eller Sarpsborg, noe som er tidkrevende, koster pasientene mer, fører til lengre køer for røntgen og ikke minst kan dette være vanskelig for pasienter som ikke kjører egen bil. Kollektivtilbudet mellom Indre og ytre Østfold er som kjent langt fra godt nok. Besparelsen regjeringen gjennom sykehuset får gjennom dette kuttet er på relativt beskjedne 700 000 kr. Dette er en liten sum for staten. Men det staten sparer vil i stor grad bli påført pasientene som ekstra kostnader, så her skyver man kostnader over fra staten til pasienter. Fremskrittspartiet har hele tiden vært sterkt kritisk til regjeringens nedprioritering av helsesektoren da dette er en av statens kjerneoppgaver. Når besparelsen ved å kutte røntgentilbudet er så liten, men konsekvensene store for pasientene bør statsråden gripe inn og snu.

Svar
Ingvild Kjerkol: Eierskapet til spesialisthelsetjenesten er organisert ved at staten eier fire regionale helseforetak, som i sin tur eier helseforetakene i egen helseregion. Både de regionale helseforetakene og helseforetakene har oppnevnte styrer. Styrene i de regionale helseforetakene er statens og helse- og omsorgsministerens redskap for å gjennomføre den nasjonale helsepolitikken. På samme måte er styrene i helseforetakene de regionale helseforetakenes redskaper for å gjennomføre deres ansvar for å sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen.
Departementet har innhentet informasjon om saken fra Helse Sør-Øst RHF. Sykehuset Østfold HF har hatt et begrenset tilbud for ordinære røntgenundersøkelser ved Helsehuset i Askim. Tilbudet gjelder kun planlagte undersøkelser, ikke øyeblikkelig hjelp. Antallet undersøkelser per dag har ligget på 10-15, anslått til om lag 40 prosent av kapasiteten. Andelen behandlingskrevende funn er 3-4 prosent, noe som er vurdert til å være svært lavt. En avvikling av tilbudet er vurdert til at det ikke vil gi en reduksjon i pasienttilbudet i form av økte ventetider eller fristbrudd, og innebærer en reduksjon av overkapasitet i røntgentilbudet i Østfold. Ifølge Helse Sør-Øst RHF er det etablert et godt supplerende tilbud for bildediagnostiske undersøkelser i sykehusområdet, både ved Sykehuset Østfold HF og også gjennom avtaler med private leverandører med god kapasitet og kort ventetid.
Helseforetakene har selvstendig ansvar for at det tilbudet de gir oppfyller kravene til forsvarlighet, pasient- og brukerrettigheter mv. Selv om det formelt sett ikke er begrensninger i statens mulighet til å styre de regionale helseforetakene, mener jeg at det ikke blir riktig å skulle gripe inn i denne saken. Jeg viser i denne anledning til at det fremdeles vil være et tilbud med god kapasitet og kort ventetid i sykehusområdet.

Skriftlig spørsmål fra Bård Hoksrud (FrP) til helse- og omsorgsministeren
Dokument nr. 15:2021 (2022-2023)
Innlevert: 21.04.2023
Sendt: 21.04.2023
Besvart: 03.05.2023 av helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol

Spørsmål
Bård Hoksrud (FrP): Jeg tillater meg på dagen hvor det er syv år siden vedtaket ble fattet å spørre om hvorfor ikke utbyggingen av nytt strålesenter i Telemark er iverksatt, er det fordi regjeringen i budsjettet vedtok at man ikke skulle igangsette utbygging av nye sykehusbygg med mindre de allerede var igangsatt, og hvor lenge mener statsråden at innbyggerne i Telemark skal fortsette å måtte vente før Sykehuset i Telemark kan stråle?

Begrunnelse
Den 21.4.2016 vedtok Helse Sør Øst at det skal bygges nytt strålesenter i Telemark. I dag er det syv år siden vedtaket ble fattet, men fortsatt er det ikke mulig å se et fysisk bevis på at byggingen er i gang. Det var iherdig innsats fra både politikere, organisasjoner og befolkningen i Telemark som sammen på tvers av politiske skillelinjer jobbet på for at det skulle bygges et nytt strålesenter i Skien. Jeg registrerer at det kommer unnskyldninger og forklaringer/bortforklaringer om hvorfor ikke man er i gang med byggingen. Vedtakene og pengene skal være på plass, eller er de ikke det? Man kan jo lure når man ser stadige utsettelser i denne svært viktige utbyggingen for mange kreftpasienter som nå må reise lange veier for å få behandling. I tillegg er mange av disse pasientene svært syke og med lang reisevei blir det en stor og ekstra påkjenning for den enkelte.
Etter syv lange og forventningsfulle år er det vel på tide at man får en beskjed om når et nytt strålesenter skal stå ferdig også i Telemark.

Svar
Ingvild Kjerkol: Behovet for etablering av strålesenter ved Sykehuset Telemark HF oppstod etter vedtak i Helse Sør-Øst RHF om å desentralisere stråletilbudet i regionen. I tillegg er det behov for oppgradering av dagens bygningsmasse.
Helse Sør-Øst RHF oppgir at desentralisering av stråleterapitilbudet prioriteres som del av den omfattende prosjektporteføljen i helseregionen. Byggeprosjektet «Utbygging somatikk Skien» omfatter nytt strålesenter i Telemark og startet med utviklingsplanarbeid i 2016, og ble videreført til konseptfase i 2018. Etter om lag to års arbeid med konseptfase-vurderingene, søkte Helse Sør-Øst RFH om lånefinansiering for prosjektet i 2020. Stortinget bevilget lån til prosjektet i 2022-budsjettet.
Helse Sør-Øst RHF opplyser at det siden 2022 har vært arbeidet med forprosjektet, som er det siste steget før prosjektet videreføres til gjennomføringsfase – og dermed oppstart av utbygging av strålesenter. Arbeidet med forprosjektet forventes ferdigstilt før sommeren i år. Helse Sør-Øst RHF oppgir at godkjenning av forprosjekt skal behandles av styret i Sykehuset Telemark HF og styret i Helse Sør-Øst RHF. Oppstart av prosjektet vil kunne skje raskt etter dette, med en byggeperiode på tre til fire år.

Skriftlig spørsmål fra Tone Wilhelmsen Trøen (H) til helse- og omsorgsministeren
Dokument nr. 15:2009 (2022-2023)
Innlevert: 20.04.2023
Sendt: 21.04.2023
Besvart: 26.04.2023 av helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol

Spørsmål
Tone Wilhelmsen Trøen (H): Helsedirektoratet fikk i budsjettet for 2022 i oppdrag å utrede spesialistgodkjenning for anestesi-, barne-, intensiv-, operasjon- og kreftsykepleiere, jordmødre, helsesykepleiere og sykepleiere i psykisk helse rus- og avhengighetsarbeid.
Kan statsråden informere om status for dette arbeidet og gi en tidsangivelse av når det kan forventes at dette viktige tiltaket, for å beholde og rekruttere sykepleiere, kan realiseres?

Begrunnelse
I budsjettet som Solberg-regjeringen la frem for 2022 ble Helsedirektoratet bedt om, i samarbeid med relevante aktører, å utrede ulike modeller som kan føre til spesialistgodkjenning av anestesi-, barne-, intensiv-, operasjon- og kreftsykepleiere, jordmødre, helsesykepleiere og sykepleiere i psykisk helse rus- og avhengighetsarbeid.
Utredningen skulle omfatte dagens modell for offentlig spesialistgodkjenning av sykepleiere som er etablert for avansert klinisk allmennsykepleie, samt alternative modeller som legger til rette for mer tjenestenære utdanningsløp som grunnlag for offentlig spesialistgodkjenning.
Anestesi-, barne-, intensiv-, operasjon- og kreftsykepleiere (ABIOK), jordmødre, helsesykepleiere og sykepleiere i psykisk helse-, rus- og avhengighetsarbeid, har en kompetanse som er grunnleggende for å kunne tilby trygge helsetjenester av høy kvalitet over hele landet. Tilgang til disse personellgruppene og deres kompetanse har vært utfordrende over tid, noe som ble ekstra tydelig under pandemien. Offentlig spesialistgodkjenning kan være et viktig virkemiddel for å rekruttere, utvikle og beholde nevnte sykepleiegrupper i helse- og omsorgstjenesten.

Svar
Ingvild Kjerkol: Rapporten fra Helsedirektoratet som svarer på oppdraget om å utrede spesialistgodkjenning for anestesi-, barne-, intensiv-, operasjon- og kreftsykepleiere, jordmødre, helsesykepleiere og sykepleiere i psykisk helse rus- og avhengighetsarbeid, er noe forsinket og ikke oversendt til Helse- og omsorgsdepartementet. Departementet er imidlertid kjent med at rapporten vil bli ferdigstilt og oversendt om ikke lenge.
Helse- og omsorgsdepartementet er kjent med at Helsedirektoratet har gjennomført en grundig prosess for å involvere relevante aktører i arbeidet. Det er blant annet gjennomført to strukturerte innspillsmøter. Aktørene er også blitt oppfordret til å gi skriftlige innspill, noe de fleste skal ha valgt å benytte seg av.

Følgende aktører har bidratt i arbeidet:
- Norsk sykepleierforbund (NSF) med alle aktuelle faggrupper
- De regionale helseforetakene (RHF) med ulike helseforetak (HF)
- Kommunesektorens organisasjon (KS)
- Fagforbundet
- Utdanningsinstitusjoner; Universitet og høgskoler (UH)
- Statsforvalterne (SF)

Den norske legeforeningen (DNLF) har fulgt prosessen som observatører. I tillegg er Norsk Fysioterapiforbund, Norsk psykologforening, Helsetilsynet og Spekter informert om oppdraget og invitert til å komme med skriftlige innspill. Det har også vært avholdt egne møter med KS og RHFene og løpende dialog med øvrige aktører som har ønsket dette.
Når rapporten mottas, vil den vurderes i departementet. Det tas sikte på at den følges opp i Nasjonal helse- og samhandlingsplan som etter planen skal legges frem for Stortinget før jul i år.

Skriftlig spørsmål fra Tone Wilhelmsen Trøen (H) til helse- og omsorgsministeren
Dokument nr. 15:1682 (2022-2023)
Innlevert: 15.03.2023
Sendt: 15.03.2023
Besvart: 24.03.2023 av helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol

Spørsmål
Tone Wilhelmsen Trøen (H): Hva er bakgrunnen for at statsråden ikke har presentert den reviderte modellen for framskrivninger innenfor TSB og psykisk helse, som de regionale helseforetakene fikk i oppdrag å levere til Helse- og omsorgsdepartementet innen 31.12.2022, og når planlegger statsråden å offentliggjøre den?

Begrunnelse
I september 2021 presenterte Helse- og omsorgsdepartementet en fremskrivningsmodell av behovene innen psykisk helsevern og rusbehandling. Det var første gang en slik modell ble laget og det var helseminister Høie som hadde bestilt behovsanalysen. Bakgrunnen var at kunnskapsgrunnlaget var for svakt til å si noe om fremtidige behov for tjenester til disse gruppene.

I revidert oppdragsdokument av 23. juni 2022 ga Helse- og omsorgsdepartementet Helse Sør-Øst RHF i oppgave å lede et nasjonalt utredningsoppdrag som inkluderte en fornyet helhetlig analyse og framskriving av behov for tjenester, personell og kompetanse innen psykisk helsevern og TSB, og foreslå konkrete tiltak for å styrke spesialisthelsetjenestens innsats innen psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

En fornyet modell skal være behandlet i styrene for alle de fire regionale helseforetakene i desember 2022 og den endelige versjonen skulle etter planen oversendes Helse- og omsorgsdepartementet innen 31. desember 2022.

Sett i lys av konsekvensene av svak sykehusøkøkonomi i 2023, varslede kutt i døgnplasser innen psykisk helsevern, økende ventetider både innen TSB og psykisk helse og avviklingen av fritt behandlingsvalg, er den reviderte framskrivningsmodellen et viktig kunnskapsgrunnlag som bør være tilgjengelig.

Svar
Ingvild Kjerkol: Framskrivinger er ett av flere verktøy som danner grunnlaget for hvordan de regionale helseforetakene skal dimensjonere tjenestene fremover. Både den forrige og den reviderte framskrivningsmodellen for psykisk helsevern og TSB er styrebehandlet av de regionale helseforetakene og er offentlige dokumenter. Se for eksempel 153-2022 Vedlegg - Revidert framskrivningsmodell PHV og TSB.pdf (helse-sorost.no).

Som representanten Tone Wilhelmsen Trøen viser til, ga forrige regjering i 2019 de regionale helseforetakene i oppdrag å gjennomføre analyser innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling for å videreutvikle framskrivningsmodellen for disse tjenesteområdene. Den nye modellen som ble etablert på bakgrunn av dette arbeidet, tok utgangspunkt i aktivitet fra 2019. Det har blant annet vært stor vekst i antall henvisninger og aktivitet innen psykisk helsevern for barn og unge fra 2019 til 2021. Selv om de regionale helseforetakene har anbefalt at modellen revideres hvert fjerde år, var det nødvendig å revidere modellen allerede i 2022 på grunn av ekstraordinære hendelser som korona-pandemien.

De nye analysene gir de regionale helseforetakene bedre kunnskapsgrunnlag mtp. hvor stort behovet for tjenester innen psykisk helsevern og TSB vil bli i årene som kommer. Dette gjelder både behovet for døgnplasser, polikliniske tilbud og ambulant behandling, samt om det er grupper som vil trenge flere helsetjenester i fremtiden.

Generelt skal framskrivninger legge til rette for gode faglige løsninger og bærekraftig utvikling av helsetjenester, bidra til å redusere uønsket variasjon og styrke tilbudet til grupper som vil ha økt behov for helsetjenester i fremtiden. Modellen skal legges til grunn ved planlegging av utdanning og rekruttering av personell, planlegging av nye bygg, kjøp av helsetjenester, etablering av teknologisk infrastruktur og organisering og innretning av helsetjenesten.

De oppdaterte framskrivningene ligger til grunn for de oppdaterte regionale utviklingsplanene fram mot 2040. Hovedfunnene fra framskrivingen er også et viktig kunnskapsgrunnlag i den kommende opptrappingsplanen for psykisk helse som jeg vil legge frem for Stortinget før sommeren 2023.

Link til regjeringens side – spørsmål til skriftlig besvarelse:

https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Sporsmal/Skriftlige-sporsmal-og-svar/?tab=Answerer&mid=HHD&page=1#list