

## Styremøte i Helse Sør-Øst RHF 17. november 2015

### DRIFTSORIENTERINGER FRA ADMINISTRERENDE DIREKTØR

#### 1. Nasjonal helse- og sykehusplan

Helseminister Bent Høie la fredag 20.november 2015 frem Nasjonal helse- og sykehusplan.

Nasjonal helse- og sykehusplan gjelder for perioden 2016-2019, men beskriver og drøfter utviklingstrekk fram mot 2040. Nasjonal helse- og sykehusplan skal være grunnlaget for utvikling av sykehusene og en viktig del i arbeidet med å skape pasientens helsetjeneste. Nasjonal helse- og sykehusplan skal sikre trygge sykehus og bedre helsetjenester, uansett bosted.

Nasjonal helse- og sykehusplan har seks hovedområder og mål:

- **Styrke pasienten**  
Herunder - gjennomføre fritt behandlingsvalg, lage pakkeforløp for flere grupper i tillegg til kreftpasienter (pasienter med hjerneslag, psykiske helseutfordringer og rusavhengighet), la pasientene delta aktivt i beslutninger om egen behandling og utvikling av helsetjenesten, lage ungdomsråd ved alle sykehus, bruke erfaringskonsulenter mer i helsetjenesten, lage en opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering, utvikle helsenorge.no med mer informasjon og bedre digitale kommunikasjonsløsninger for pasientene og utvikle flere gode verktøy for samvalg mellom pasienter og helsepersonell
- **Prioritere tilbudet i psykisk helse og rusbehandling**  
Herunder - myke opp skillet mellom psykiske og somatiske helsetjenester så pasienter som trenger behandling for både kropp og sinn får det samtidig, innføre pakkeforløp for pasienter med psykiske helseutfordringer, innføre pakkeforløp for rusavhengige, videreføre utviklingen av døgnberedskap og ambulante akuttjenester ved de distriktpsykiatriske sentrene, vurdere bedre oppgavedeling mellom små og store distriktpsykiatriske sentre og barne- og ungdomspsykiatriske sentre, følge opptrappingsplanen for rusfeltet og lage et nasjonalt kvalitetsregister for rusbehandling
- **Fornye, forenkle og forbedre helsetjenesten**  
Herunder - få sykehusene til å utnytte ledig kapasitet enda bedre, styrke samarbeidet med private helsetjenester, oppmuntre til å endre oppgavedelingen mellom helsepersonell der det kan fjerne flaskehalser og skape bedre kvalitet i pasientbehandlingen, bruke moderne IKT-løsninger mer i alle deler av helsetjenesten og lage et nasjonalt program for behandlingsforskning så flere pasienter kan få tilgang til ny, utprøvende behandling
- **Nok helsepersonell med riktig kompetanse**  
Herunder - gjennomføre ny modell for utdanning av legespesialister, lage en ny legespesialitet innrettet mot akuttmottakene i sykehus, vurdere nytt videreutdanningstilbud i avansert klinisk sykepleie i sykehus, sikre bedre samsvar mellom utdanningenes innhold, studentenes sluttkompetanse og helsetjenestens behov, forbedre kunnskapen om personell- og

kompetansebehov i framtidens spesialisthelsetjeneste som grunnlag for å møte behovene for helsepersonell og utvikle utdanningene, bruke den nye, nasjonale bemanningsmodellen for å planlegge behovet for helsepersonell regionalt og lokalt og bruke e-læring og simulatortrening mer for å styrke kompetanse og ferdigheter

- **Bedre kvalitet og pasientsikkerhet**

Herunder - videreutvikle gode mål for kvalitet og pasientsikkerhet som kan brukes i kvalitetsarbeid på alle nivåer, lage nasjonale kvalitetskrav til behandlingstilbud der det er nødvendig for å sikre likeverdig kvalitet, innføre nasjonal godkjenning av behandlingstilbud som skal samles på få steder i helseregionene og gi Helsedirektoratet myndighet til å godkjenne slike regionale behandlingstjenester, skape bedre kvalitet og tryggere tjenester ved sertifisering av sykehusene og lage et nasjonalt nettverk for fagrevisjoner i sykehus så fagfolk kan studere og lære av hverandre

- **Bedre oppgavedeling og samarbeid mellom sykehusene** - skal bygge på disse prinsippene: Fortsatt desentralisert og differensiert sykehusstruktur, en ryggrad av akuttisykehus for å sikre beredskap og øyeblikkelig hjelp, og samling av funksjoner når det er nødvendig av hensyn til kvalitet, men samtidig desentraliseres når det er mulig. For pasienter med behov for mer spesialiserte akutte tjenester vil behandlingstilbudet som hovedregel være ved store akuttisykehus, mens faktorer som geografi og bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, tilgjengelighet til bil-, båt- og luftambulansetjenester og værforhold skal også tillegges stor vekt. Andre akuttisykehus skal behandle pasienter med vanlige tilstander. De nasjonale kvalitetskravene til fødetilbudet (stortingsmelding samt Helsedirektoratets veileder) ligger fast, og ved endringer i tjenestetilbudet må det sikres at fødeavdelingens behov for faglige støttefunksjoner er dekket. Vesentlig endring i oppgavedeling mellom sykehus må avklares i lokale prosesser der kommunene også skal høres, kvalitetssikringssystem for helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner skal utvikles, krav om forpliktende nettverk for oppgavedeling mv. mellom helseforetak i regionen, sykehusstruktur og ambulansetjenester må sees i sammenheng, endret oppgavedeling må følges av nødvendig styrking av ambulansetjenesten, desentraliserte spesialisthelsetjenester - gjerne samlokalisert med kommunale helse- og omsorgstjenester - skal videreutvikles for å gi gode tjenester i nærmiljøet og helhetlige pasientforløp

- **Styrke akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus**

Herunder - at utredninger av endret oppgavedeling mellom sykehus skal omfatte prehospitaltjenester og sikre at disse har nødvendig kapasitet og kompetanse, at kapasitet og basestruktur for luftambulansetjenesten skal gjennomgås i lys av føringene i Nasjonal helse- og sykehusplan og akuttutvalgets rapport, at samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner skal bli felles planleggingsverktøy for akuttmedisinske tjenester, styrke forskning og utviklingsarbeid i akuttmedisin ved å etablere fagnettverk basert på dagens kompetansemiljøer, lage flere nasjonale retningslinjer, veiledere og standarder i akuttmedisin og igangsette nasjonale pilotprosjekter for utdanning i ambulansefag på bachelornivå

Stortinget skal behandle Nasjonal helse- og sykehusplan våren 2016. Det forventes at Helse- og omsorgsdepartementet vil formidle oppdragene i forhold til oppfølging av planen til de regionale helseforetakene i foretaksmøte. Administrerende direktør vil deretter komme tilbake til styret med en nærmere beskrivelse av hvordan vedtatt plan og føringer skal følges opp i Helse Sør-Øst.

Stortingsmeldingen med tilhørende presentasjonsmateriale og kortversjon kan lastes ned fra følgende lenke: [Nasjonal helse- og sykehusplan](#)

## 2. Diagnostiske sentre

I styresak 090-2014 "Analyse av aktivitet og kapasitetsbehov 2030 Helse Sør-Øst – Grunnlag for videre utvikling og planlegging", ble det gjort følgende vedtak:

*"Det gjennomføres en mulighetsstudie for etablering av diagnostiske sentre i Helse Sør-Øst innen utgangen av 2015."*

I rapporten fra Sintef, som var en del av grunnlaget for styresaken, ble det lagt til grunn at det er *"ikke-kirurgiske pasienter som øker mest når det gjelder innleggelse for øyeblikkelig hjelp. Sintef antar at økningen er uttrykk for et reelt behandlingsbehov, og det vises til en uventet kraftig økning de siste 10 år for to pasientgrupper, både for døg- og dagopphold og polikliniske konsultasjoner. Det gjelder pasienter med uklare symptomer og/ eller pasienter som ikke har fått sin eventuelle sykdomstilstand avklart."*

Sintef anbefalte videre at Helse Sør-Øst *"i områder hvor det er kapasitetsgrunnlag for det, bør vurdere å etablere diagnostiske senter som kan avlaste sykehusene og øke nærhet og tilgjengelighet for pasientene"*.

I Nasjonal helse- og sykehusplan er rask og presis diagnostisk også fremhevet som avgjørende for kvaliteten i pasientforløpet: *"For pasienten er det av stor betydning å få avklart situasjonen raskt for å unngå unødig bekymring og redusere antall kontakter med spesialisthelsetjenesten. Rask og presis diagnostikk er også viktig for å sikre god utnyttelse av ressursene. Tverrfaglige poliklinikker og diagnosesentre er gode virkemidler for rask og effektiv diagnostisering."*

Helse Sør-Øst RHF har i samråd med Oslo-sykehusene igangsatt et samarbeid med Oslo kommune for å vurdere etablering av et diagnostisk senter i Oslo. Det er nedsatt en arbeidsgruppe med bred deltagelse fra Oslo kommune og relevante sykehus. Brukerrepresentanter og tillitsvalgte er involvert i arbeidet.

Dette arbeidet ansees som en start på en mulighetsstudie, og det legges i første fase opp til følgende:

- Definere og beskrive målsetting, innhold og arbeidsform i et diagnostisk senter i Oslo
- Beskrive hensiktsmessige pasientforløp hvor utredning ved et diagnostisk senter inngår
- Vurdere eventuelle fordeler ved å lokalisere diagnostisk senter i Oslo ved Storbylegevakten

Raskere avklaring av pasienter med uavklart tilstand, bedre mulighet for behandling av pasienter på et riktig behandlingsnivå, og bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenester er fremhevet som viktige målsettinger i arbeidet.

### **3. Status for helseforetakene arbeid tilknyttet den store økningen i antallet asylsøkerne**

Administrerende direktør gir med dette en oppdatert statusrapport om arbeidet tilknyttet tilstrømningen av asylsøkere. Statusrapporten supplerer orienteringen gitt i siste styremøte.

Det er fortsatt stor usikkerhet om det framtidige omfanget av asylsøkere. Det har de siste ukene kommet mellom 2000 og 2500 asylsøkere hver uke, hvorav de fleste er fra Afghanistan og Syria. Det kan se ut som antallet asylsøkere over Storskog grensekontrollsted i Finnmark er i ferd med å avta, mens det fortsatt kommer mange til vår region.

Plasseringen av transittmottakene betyr at det er Oslo universitetssykehus HF, Vestre Viken HF og Sykehuset Østfold HF som får flest oppgaver. UDI er med bakgrunn i den store tilstrømningen av flyktninger i ferd med å etablere en rekke avlastningsmottak pga for liten kapasitet på transittmottakene. Dette vil på sikt kunne føre til større utfordringer med å gjennomføre screeningen og hindre smittespredning.

UDI har nå gått ut med nye, midlertidige retningslinjer for gjennomføringen av screening for tuberkulose som innebærer at røntgen av lungene skal prioriteres slik at personer med smitteførende tuberkulose kan diagnostiseres og behandles raskt. Det tas i tillegg en blodprøve, IGRA-test, av alle asylsøkere under 35 år fra høyriskoområder. Dette innebærer at man ikke lenger skal ta IGRA-test av alle asylsøkere.

Administrerende direktør vurderer for tiden situasjonen som krevende, men tilfredsstillende håndtert av helseforetakene. Alle helseforetakene har klart å gjennomføre den pålagte screeningen i tråd med etterspørselen. Flere helseforetak melder imidlertid om store utfordringer med å sikre oppmøte når asylsøkere får poliklinisk time. Dette skyldes blant annet at UDI ikke har oversikt over hvor vedkommende asylsøker er. Det meldes også om en økt belastning på øvrige behandlingstilbud særlig innen psykisk helsevern.

Videre har Sykehuset Østfold HF meldt om at det ved ankomstmottaket i Råde er manglende antall plasser til såkalt «helsehold» som UDI har til disposisjon i regionen. Dette er personer hvor det er gjort positive funn på røntgen av lungene og som dermed trenger videre oppfølging. Utbrudd av influensa AH1N1 for to uker siden har ytterligere aktualisert behovet for å skjerme syke asylanter slik at smittespredning kan minimeres. Ved utbrudd av f. eks Norovirus i en telteir med nær 1.000 personer og begrensede toalettfasiliteter, kan dette få alvorlige følger som i neste omgang vil kunne ramme spesialisthelsetjenesten hardt.

Fagrådet innen infeksjonsmedisin, smittevern og immunologi har likeledes meldt sterkt bekymret for de sanitære og hygieniske forhold i nylig etablerte transitt- og ankomstmottak i Norge. Det er stort volum, høy gjennomstrømning, få toaletter og dårlige håndhygienemuligheter. Ansatt hjelpepersonell er dels dårlig skolerte i smittevern.

Fagrådet peker på at det eksisterer lite planer for håndtering av større infeksjonsutbrudd i mottak, og man ser stor fare for utbrudd av f.eks. Norovirus og influensa. Spredningsfaren er ekstra stor grunnet dårlige hygieneforhold og trangboddhet. Dette er i prinsippet et kommunalt ansvar, men helseforetakene har en rådgivende funksjon mot kommunehelsetjenesten. Utfordringene er trolig for store til at enkeltkommuner kan håndtere dette på egenhånd.

Det er i følge fagrådet også en foreløpig erfaring at nåværende røntgenscreening med tanke på smitteførende lungetuberkulose medfører overdiagnostikk som gir unødig «helsehold» og utredning. Fagrådet etterlyser tydelighet fra Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet på hvilke tiltak som kreves på smittevernområdet og på at nødvendige ressurser skal øremerkes nødvendige tiltak.

#### **4. Om Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2014. Dokument 3:2 (2015-2016)**

Riksrevisjonens kontroll for 2014 har omfattet 42 heleide aksjeselskaper, 34 deleide aksjeselskaper, 7 allmennaksjeselskaper (ASA), 4 regionale helseforetak, 8 statsforetak, 6 selskaper som er organisert ved særskilt lov, 22 studentsamskipnader og ett ansvarlig selskap med delt ansvar. Her omtales bare de delene av dokumentet som har særlig interesse for Helse Sør-Øst RHF.

Følgende av Riksrevisjonens sentrale funn er av betydning for Helse Sør-Øst RHF:

- Det er store forskjeller mellom de balanseførte og de reelle netto pensjonsforpliktelsene i mange av selskapene med statlige eierinteresser, og disse forskjellene har stor betydning for presentasjonen av selskapenes økonomiske stilling. De reelle pensjonsforpliktelsene og pensjonskostnadene har til dels stor innvirkning på kapitalstruktur og resultat i enkeltselskaper. Eier har i ulik grad oversikt over pensjonsforpliktelsenes og pensjonskostnadenes påvirkning på selskapenes økonomiske stilling.
- Private lege- og psykologspesialister (avtalespesialister) utgjør en betydelig del av tilbudet i den polikliniske spesialisthelsetjenesten. Tilgangen til avtalespesialister bidrar ikke gjennomgående til et geografisk likeverdig tilbud av polikliniske spesialisthelsetjenester. De regionale helseforetakene omdisponerer sjelden ledige hjemler til andre fagfelt og/eller andre geografiske områder, og utnytter derfor ikke sitt handlingsrom til å sikre samsvar mellom plassering av avtalespesialistenes hjemler og behovet for polikliniske spesialisthelsetjenester. Videre følger de regionale helseforetakene i varierende grad opp at avtalespesialistene har tilstrekkelig aktivitet og god kvalitet på helsetilbudet.
- Helseforetakene stiller i liten grad krav om informasjonssikkerhet i avtaler med leverandører av medisinsk-teknisk utstyr og har mangelfull oppfølging av leverandører. Medisinsk-teknisk utstyr kan inneholde personsensitive helseopplysninger. Helseforetakene har mangelfull oversikt over risiko knyttet til informasjonssikkerheten i det medisinsk-tekniske utstyret, og det er uklare ansvarslinjer for informasjonssikkerhet i medisinsk-teknisk utstyr internt i helseforetakene og mellom helseforetakene og de regionale it-enhetene.
- Helseforetakenes dagkirurgiske aktivitet har i liten grad økt etter at den innsatsstyrte finansieringen (ISF) ble lagt om i 2010. Omleggingen innebærer at helseforetakene får mindre betalt for å behandle pasienten dagkirurgisk enn om pasienten behandles døgnkirurgisk. Dagens finansiering synes å ha bremsert satsingen på dagkirurgi samtidig som helseforetakene har potensial for å dreie mer av den kirurgiske aktiviteten fra døgn- til dagbehandling. Mer dagkirurgi, når det er medisinsk forsvarlig, er en ønsket utvikling fordi det både er en fordel for pasientene og gir best ressursutnyttelse.

For det siste punktet påpeker Riksrevisjonen også at alle statlige selskaper skal utnytte ressursene effektivt innenfor selskapets formål og rammevilkår. I denne sammenheng er det viktig at kravet om effektivitet på en god måte balanseres med de samfunnsmessige hensynene for det enkelte selskap.

Klarere og mer konkrete mål og indikatorer vil kunne understøtte en tydeligere ansvarsdeling mellom eier og styre, og hjelpe eier med å følge opp selskapene i samsvar med prinsippet om armlengdes avstand.

Riksrevisjonen har fulgt opp åtte saker, som tidligere har blitt rapportert i Dokument 3:2 (2012–2013) og Dokument 3:2 (2013–2014). Av disse er sju saker avsluttet, mens saken om de regionale helseforetakenes registrering av ventetider vil bli fulgt opp videre.

Trykt vedlegg:

- Utdrag av Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2014

Utrykt vedlegg:

- Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2014. Dokument 3:2 (2015–2016). (Kan finnes på <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Documents/2015-2016/Selskapskontrollen2014.pdf>)

## 5. Status Digital fornying

Programmet Virksomhetsstyring leverer regional ERP i henhold til gjeldende plan. Sykehuset i Vestfold HF har vært i stabil produksjon siden 1. september 2015, og innføringsprosjektet ved Sykehuset i Østfold HF er avsluttet. Forprosjekt ved Oslo universitetssykehus HF startet 10. oktober og sluttrapport ferdigstilles i uke 51.

I programmet Regional klinisk løsning er foranalysen til prosjektet for å standardisere og konsolidere DIPS til en felles pasientjournal for hele regionen, Regional PAS/EPJ, godkjent og forprosjekt startet opp. Forprosjektet vil bli ferdigstilt i november 2016. Regional EPJ ved Oslo universitetssykehus HF hadde en stor produksjonssetting helgen uke 46 som blant annet innebar at Olafiaklinikken fikk innført DIPS Arena. Det er god fremdrift på implementering av eResept, og pilotering av løsning for automatisk tildeling av fødselsnummer gjennom integrasjon med folkeregisteret har startet. Prosjekt for regional kurve og medikasjon er i en oppbyggingsfase.

Oppstart av radiologiløsningen ved Sykehuset Innlandet HF er ytterligere utsatt, og prosjekt for medikamentell kreftbehandling har fortsatt forsinkelser i utarbeidelsen av prosessbeskrivelser, løsningsdesign og klargjøring av ny regional plattform. I tillegg er det forsinkelser i noen av de mindre leveransene.

Programmet Infrastrukturmodernisering leverer i hovedsak som planlagt. Prosjekt for anskaffelse av langsiktig partnerskap innen IKT-infrastruktur (IMP SPIIS) følger fremdriftsplanen. Sikker print på Sykehuset Telemark HF er avsluttet, utskiftingen av sentralt WAN-mottak går nå som planlagt og vil være ferdig til jul. Det er en forsinkelse på to måneder i omleggingsprosjektet ved Oslo universitetssykehus.

Samlet sett er risikobildet i Digital fornying noe redusert siden forrige rapport, dog krever situasjonen rundt radiologiløsningen særskilt oppfølging. De viktigste risikoområdene er uendret.

Digital fornying ligger totalt 147 millioner kroner under budsjett per oktober 2015 (136 millioner kroner investeringer og 10 millioner kroner drift). Programmene rapporter at underforbruket hovedsakelig skyldes forsinket fremdrift, litt lavere forbruk på ressursiden og periodiseringsavvik. Programmene rapporter pr oktober en totalprognose for året på 28 millioner kroner under budsjett. Dette er 4 millioner lavere enn forrige måned.

Status for hvert program pr november 2015 oppsummeres i tabellen under.

Rapportert område	RKL		IMP		VIS	
	Okt	Nov	Okt	Nov	Okt	Nov
Overordnet	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green
Fremdrift	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Green
Økonomi	Green	Green	Green	Green	Green	Yellow
Risiko	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green
Kvalitet	Yellow	Yellow	Green	Green	Green	Green
Avhengigheter	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Green
Gevinst	Yellow	Yellow	Green	Green	Green	Green
Ressurser	Green	Green	Green	Green	Green	Green

*Tabell 1: Status for hvert program*

## 6. Sykehusinnkjøp HF

Det vises til styresak 073-2015 Stiftelse av nasjonalt helseforetak for samordning innen innkjøp (Sykehusinnkjøp HF), hvor det i vedtakets punkt 5 heter:

*Spørsmålet om ansattevalgte deltakelse i styret fra stiftelsestidspunktet avklares og stadfestes endelig i styremøte 17. desember 2015.*

Administrerende direktør vil i styremøtet orientere om den avklaringen som en har kommet frem til mellom de fire regionale helseforetakene.

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

Siden siste styremøte er følgende skriftlige spørsmål som omtaler Helse Sør-Øst RHF og/eller underliggende helseforetak besvart av helse- og omsorgsministeren:

### **Skriftlig spørsmål fra Olaug V. Bollestad (KrF) til helse- og omsorgsministeren**

**Dokument nr. 15:262 (2015-2016)**

**Innlevert: 26.11.2015 Sendt: 26.11.2015**

**Besvart: 30.11.2015**

#### **Spørsmål**

Olaug V. Bollestad (KrF): Når statsråden er gjort kjent med at Helse Sør-Øst RHF gir den største privat-ideelle rusinstitusjonen i landet så dårlige økonomiske rammer at et stort antall behandlingsplasser står i fare for å bli lagt ned, vil statsråden gripe inn og sikre at Borgestadklinikken(BK) får en driveverdig økonomi?

#### **Begrunnelse**

Blå Kors-Borgestadklinikken SA(BK) er et privat-ideelt sykehus innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) lokalisert i fire avdelinger. Tilbudet som gis ved klinikken er helhetlig, med avgiftningsenheter, rus-og avhengighets-poliklinikker, utredningsenhet, korttids- og langtidsbehandlingsenheter, familieenhet, skjermet enhet for gravide rusmiddelmissbrukere, laboratorium og kompetansesenter. Klinikken tar også imot pasienter etter HOT§§10-2, 10-3 og 10-4.(tvangsparagrafer)

BK ivaretar lokalsykehusfunksjon for Telemark på TSB, og har en regional funksjon for familiebehandling og gravide rusmisbrukere. Klinikken blir også en utdanningsinstitusjon for spesialister innen rus-i 2016.

Helse Sør-Øst RHF har løpende avtaler og årlige ytelsesavtaler om kjøp av helsetjenester fra Borgestadklinikken. Ytelsesavtalen for 2015 utgjør 129 døgnbehandlingsplasser(46965 døgn) og 8625 polikliniske konsultasjoner i året- hvilket vil si at BK er den største institusjon på døgnbehandling TSB i landet.

BK inngikk løpende rammeavtale i 2012 med priser som ikke er gode nok, og fikk med det et dårlig utgangspunkt som dras med årene fremover. Det var ikke priser man var fornøyd med den gangen, men med det asymmetriske maktforhold med kun en kjøper av tjenestene gjør det at Helse Sør Øst RHF kan presse dette gjennom.

BK har gjentatte ganger meldt behov for ressurser. Ytelsesforhandlinger mellom Helse Sør Øst RHF og BK -Blå Kors for 2014 resulterte i en økning utover lønns og prisjustering, midler knyttet opp til nye tilbud og stillinger, men fortsatt er de underfinansierte.

Ved siste forhandling 2015 ble BK bedt om å gjøre en organisasjonsanalyse for å se hvordan de kunne optimalisere driften innen eksisterende ramme. Rapporten viste med henvisning til offisielle tall at BK har vært klart underfinansiert over tid, og nå trenger tilførsel av 69,5 mill kroner over 3 år, for å kunne gi et kvalitativt godt nok tilbud til pasientene. Selv med denne økningen vil BK fortsatt være den rimeligste tilbyder av helhetlige TSB-tjenester i landet. Gjennomsnitt døgnpris på BK i 2015 er på kr.4250. Helseforetakene hadde i 2014 for samme tjeneste en gjennomsnitt døgnpris på kr.8506.(tabell 4.11, Samdata 2014). Om BK hadde hatt de samme betingelser, hadde det medført en økning på 200 mill kroner i året.

BK er lokalsykehuset for TSB i Telemark, og ivaretar med dette ansvaret HFene har i andre fylker til halvparten av prisen helseforetakene får for denne tjenesten. Dette gir ikke grunnlag for likeverdige tilbud for pasientene i denne regionen.

Jeg vet at BK har en målsetting om å være billigere og bedre enn det offentlige, men kan ikke klare å gi godt nok tilbud uten en gjennomsnittlig døgnpris på rundt kr.5700, som fortsatt er betydelig lavere pris enn de offentlige har.

Lav gjennomsnittlig døgnpris over tid har også ført til utarming, lav bemanningsfaktor og etterslep på vedlikehold. For 2015 har BK et budsjettert underskudd på 15 mill.kroner og tærer dermed på egenkapitalen.

I rapporten fra organisasjonsanalysen er skissert 5 ulike alternativer til løsning, og rapporten er ikke bestritt av Helse Sør Øst RHF. De er nå kommet med et tilbud til BK på 10 mill.kroner ekstra for 2016. Når BK er i 15 mill i underskudd i 2015, er dette tilbudet uforståelig, når Helse Sør Øst også da setter et krav til BK om ikke å legge ned plasser, da trekkes de i rammen, og i verste fall sier de opp avtalen for alle 129 døgnplasser og 8625 polikliniske konsultasjoner, noe som vil ramme TSB feltet hardt.

#### **Svar**

Bent Hoie: Borgestadklinikken er en sentral institusjon i behandlingen av ruslidelser i de sørlige deler av helseregion Sør-Øst, og det er derfor viktig at man forholder seg aktivt til de alvorlige bekymringene institusjonen har uttrykt. Jeg har forstått at Borgestadklinikken og Helse Sør-Øst har hatt en felles prosess knyttet til å se på driften av institusjonen og



avtaleforholdet mellom partene. Denne prosessen er etter hva jeg har forstått ikke helt ferdig. Partene er fortsatt i forhandling om ytelsesavtalen for 2016.

Jeg håper at partene gjennom dialog kommer frem til en felles løsning som sikrer tilbudet til mennesker med ruslidelser i denne delen av landet. Det er samtidig viktig å minne om at det ligger noen rettslige begrensninger i hvor langt partene kan gå for å finne en løsning for den økonomiske situasjonen hos Borgestadklinikken. Borgestadklinikken avtale er et resultat av en anbudskonkurranse som ble gjennomført i 2012, og det er derfor begrensninger i forhold til regelverket for offentlige anskaffelser med tanke på likebehandling osv.

**Skriftlig spørsmål fra Kjersti Toppe (Sp) til helse- og omsorgsministeren**  
**Dokument nr. 15:242 (2015-2016)**

**Innlevert: 20.11.2015**

**Sendt: 20.11.2015**

**Besvart: 25.11.2015 av helse- og omsorgsminister Bent Høie**

**Spørsmål**

Kjersti Toppe (Sp): Kan statsråden bekrefte at innenfor Helse Sør-Øst så kommer Innlandet dårligere ut enn Oslo som følge av den justerte inntektsmodellen for psykisk helsevern, og vil statsråden ta initiativ til en evaluering av inntektsmodellen fra 2012?

**Begrunnelse**

Både i media og i tilbakemeldinger spørsmålsstilleren har fått oppgis det at det i Samdata for 2014 fremgår at kostnaden per poliklinisk pasient innen psykisk helsevern i 2014 var 29 700 kroner i Innlandet pr. voksen og kr 34.701 for barn og ungdom. For Oslo var tilsvarende tall kr 54 781 og kr 71 986.

Dette sies å være en matematisk konsekvens av beregningsmodellen til HSØ – der en kvadrering av folketall er bakt inn i formelen. Det oppgis at den justerte inntektsmodellen for psykisk helsevern for 2012 har ført til at Innlandet har mistet 120 millioner på fem år, og fram mot 2019 må det kuttes ytterligere 90 millioner på drift. Selv om behovet og befolkningen i Innlandet vokser. Modellen oppgis å ha den svakhet at jo raskere folketallet i Oslo vokser, desto større konsekvenser får dette for Innlandet (og andre helseforetak rundt hovedstaden).

I Oppland Arbeiderblad 5/11, tok to avdelingssjefer på denne bakgrunn til orde for at inntektsmodellen fra 2012 må evalueres.

**Svar**

Bent Høie: Det er riktig at kostnadstall fra Samdata 2014 viser at det er forskjeller i kostnader per polikliniske pasient innen psykisk helsevern ved Oslo universitetssykehus HF og Sykehuset Innlandet HF. I følge Samdata 2014 er kostnad per polikliniske pasient i 2014 innen psykisk helsevern for voksne 54 781 kroner ved Oslo universitetssykehus og 29 700 kroner ved Sykehuset Innlandet. Kostnadene varierer mellom sykehus i hele landet. I følge Samdata 2014 er landsgjennomsnittet for kostnad per polikliniske pasient i 2014 innen psykisk helsevern for voksne 30 107 kroner. Intervallet på landsbasis går fra i overkant av 20 000 kroner (Diakonhjemmet sykehus) til i underkant av 55 000 kroner (Oslo universitetssykehus). Det kan være flere årsaker til variasjon i kostnader mellom sykehus. Det kan dreie seg om forskjeller i kompetanse (andel leger/psykologer), dekningsgrad på døgnavdelinger, ulike oppgaver mellom sykehus i tilknytning til regionale funksjoner og effektivitetsforskjeller. Kunnskap om variasjon er generelt en viktig kilde for de regionale helseforetakene som grunnlag i vurderinger av sykehus i egne regioner.

Helse- og omsorgsdepartementet tildeler midler til de regionale helseforetakene etter en inntektsmodell, jf. Stortingets behandling av Regjeringen Stoltenberg IIs budsjettforslag for 2009. De regionale helseforetakene har igjen modeller for fordeling av inntekter til helseforetakene i sine regioner. Disse bygger på den nasjonale modellen, men har lokale tilpasninger.

Helse Sør-Øst RHF sine planer for inntektsrammer for årene framover bygger bl.a. på forutsetninger om nasjonal bevilgning av midler til aktivitetsvekst som følge av vekst i befolkningen. Hele Helse Sør-Øst, også Innlandet, forutsettes å ha befolkningsvekst i disse årene. Innlandet får imidlertid lavere befolkningsvekst enn gjennomsnittet i regionen, ifølge SSBs prognoser. Dette medfører at Innlandet samlet sett får en mindre relativ andel av midlene som fordeles i inntektsmodellen. Det er også slik at aldersfordeling og andre sosiale kriterier inngår i modellen, i tillegg til befolkningsmengde. Sykehusområdene får en andel av inntektene som samsvarer med vekst og egenskaper ved den befolkningen de skal betjene. Det er blant annet lagt til grunn forskningsresultater som indikerer en sammenheng mellom forekomstene av psykiske sykdommer og befolkningen i storbyer. Helse Sør-Øst tildeler midler samlet til sykehusområdene og helseforetakene, og det er helseforetakene selv som beslutter intern fordeling ut fra egne behov og prioriteringer. Det er ikke planlagt noen omfattende evaluering eller endring av modellen på det nåværende tidspunkt.

**Skriftlig spørsmål fra Torgeir Micaelsen (A) til helse- og omsorgsministeren**

**Dokument nr. 15:225 (2015-2016)**

**Innlevert: 18.11.2015**

**Sendt: 18.11.2015**

**Besvart: 25.11.2015 av helse- og omsorgsminister Bent Høie**

#### **Spørsmål**

Torgeir Micaelsen (A): Kan ledelsen i Vestre Viken HF, Helse Sør Øst og regjeringen forsikre om at prosjekt "nytt sykehus i Drammen" planlegges for riktig størrelse til å kunne møte en realistisk befolkningsutvikling, sykdomsbilde m.m. og vil prosjektet bli oppskalert dersom forutsetningene i prosjektmandatet fra juli 2015 viser seg å ikke være tilstrekkelige?

#### **Begrunnelse**

Jeg viser til Dokument nr. 15:1319 (2014-2015), skriftlig spørsmål innlevert 18.08.2015, senere besvart av helse- og omsorgsminister Bent Høie hvor undertegnede spør om det er kortsiktige, økonomiske hensyn i Helse Sør Øst eller pasientbehovet som er årsaken til at Vestre Viken er pålagt å planlegge for et sykehus med en økonomisk ramme som er kuttet med 20 prosent. I svaret fra statsråden, svares det ikke på spørsmålet.

Jeg er gjort kjent med at arbeidet i prosjektgruppen nå viser at konsekvensene av et nedskalert mandat, vil føre til at flere planlagte funksjoner fjernes fra det nye sykehuset, de polikliniske arealene må justeres ned og at fleksibiliteten for evt. nye pasientbehov vil bli svært begrenset (uten nye utvidelser senere). Det foregår også en diskusjon om romplanen i det nye sykehuset skal bygge på erfaringene fra sykehuset Østfold. Jeg ber statsråden også besvare hvorvidt det er hensiktsmessig å basere erfaringene på et nytt sykehus i Drammen på et nytt sykehus i Østfold som kun har vært i drift i kort tid og derfor ikke tilstrekkelig evaluert. Det er positivt med gjenbruk av kunnskap, men det kan være behov for at kunnskapen som gjenbrukes først har blitt testet i den daglige driftssituasjonen ved et sykehus.

#### **Svar**

Bent Høie: Helse Sør-Øst har opplyst at dimensjoneringen av nytt sykehus i Drammen er utført med basis i de fremskrivings- og beregningstekniske parametrene som benyttes for sykehusplanlegging i Norge og Norden, og de forutsatte kapasitetene ligger ikke lavere enn sammenlignbare prosjekter eller helseforetak. Konkret har jeg fått opplyst at i befolkningsutviklingen frem til 2030, er det lagt til grunn middels vekst i SSBs prognose (MMMM) for framskrivning av aktivitet for hvert av fagområdene, somatikk, TSB, psykisk helsevern voksne og barn og unge. Drammen sykehus er både lokal- og områdesykehus i dag, som også er en forutsetning for det nye sykehuset. Samtidig må kapasiteten i nytt sykehus i Drammen sees i sammenheng med kapasiteten ved de øvrige sykehusene i Vestre Viken HF. Den totale kapasiteten i Vestre Viken HF inkluderer Kongsberg, Bærum og Ringerike sykehus.

Gjennom etablering av Sykehusbygg har jeg gitt klare forventninger om gjenbruk av løsninger og erfaringsoverføringer mellom sykehusprosjekter. Jeg vet også at Helse Sør-Øst siden nytt østfoldsykehus ble vedtatt gjennomført i juni 2009 har hatt som en klar forutsetning om søke å gjenbruke mest mulig av konsepter, løsninger og ressurser dette prosjektet til neste prosjekt. Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter forutsetter at det skal utvikles minst to alternative løsninger i konseptfasen som skal sammenlignes etter bestemte kriterier. Ett av alternativene for nytt sykehus i Drammen er derfor utarbeidet med basis i nytt østfoldsykehus. De to alternative løsningene vil sammen med "null-alternativet" bli vurdert våren 2016.

#### **Skriftlig spørsmål fra Kjersti Toppe (Sp) til helse- og omsorgsministeren**

**Dokument nr. 15:208 (2015-2016)**

**Innlevert: 13.11.2015 Sendt: 16.11.2015**

**Besvart: 23.11.2015 av helse- og omsorgsminister Bent Høie**

#### **Spørsmål**

Kjersti Toppe (Sp): Kan statsråden bekrefte at utviklingsplanen for Sykehuset Telemark innebar at ved nedleggelse av Kragerø og Rjukan sykehus så ville beleggsprosenten bli svært høy, slik at det ikke er i strid med utviklingsplanen det som nå skjer ved Sykehuset Telemark?

#### **Begrunnelse**

Da sykehusene i Kragerø og på Rjukan ble lagt ned i 2014 ble dette begrunnet i at kvaliteten i pasientbehandlingen og pasientsikkerheten skulle styrkes. Det ble forsikret om at etterlevelse av utviklingsplanen for sykehuset Telemark skulle sørge for dette. Det ble ikke tatt forbehold om at pasientene de første årene måtte påregne et dårligere tilbud, eksempelvis som følge av at nytt sykehusbygg i Skien var planlagt med byggestart i 2017.

Nå er Sykehuset Telemark under granskning av fylkeslegen etter to dødsfall som kan ha sammenheng med overfylte sykehus og fylkeslegen har uttalt at det er fare for at pasienttilbudet ikke er forsvarlig. Belegget har over lengre tid i følge NRK Telemark vært over 120 prosent.

På spørsmål i spørretimen 11.11 svarte ministeren på spørsmål fra undertegnende om situasjonen i Telemark at utviklingsplanen blir fulgt og: "jeg tror representanten forstår at en ikke kan bygge nye bygg på et år". Statsråden sa i samme ordveksling, denne gangen om grense for pasientbelegg der undertegnende har foreslått en forsvarlighetsgrense på 85 %, at det er stor enighet om at det å ha for høyt belegg, spesielt på avdelinger som behandler kritiske pasienter, går ut over pasientsikkerhet og kvalitet.

#### **Svar**

Bent Høie: Sykehuset Telemark erkjenner at de i lengre tid har hatt utfordringer med høyt belegg på flere sengeposter. Sykehuset Telemark mener imidlertid at utfordringene med høyt belegg har hatt flere årsaker som ikke har sammenheng med omstillingene og flytting av senger fra Kragerø og Rjukan.

Sykehuset opplyser at de har satt i verk en rekke tiltak for å avhjelpe situasjonen. De vil blant annet oppjustere antallet senger på avdelinger som har hatt overbelegg over tid. Sykehuset Telemark opplyser at de nå følger nøye med på beleggsituasjonen med tanke på om de iverksatte tiltakene har tilstrekkelig effekt.

Det er også satt i verk tiltak som følge av de pågående tilsynssakene, som bl.a. har vist at det har vært svikt i melderutinene.

Jeg er for øvrig enig med representanten Toppe om at det å ha for høyt belegg, spesielt på avdelinger som behandler kritisk syke pasienter, kan gå ut over pasientsikkerhet og kvalitet, og derfor følger jeg også opp helseforetakene spesielt på dette.

### **Skriftlig spørsmål fra Helga Pedersen (A) til helse- og omsorgsministeren**

**Dokument nr. 15:198 (2015-2016)**

**Innlevert: 12.11.2015 Sendt: 13.11.2015**

**Besvart: 25.11.2015**

#### **Spørsmål**

Helga Pedersen (A): Kan helseministeren forsikre om at han mente alvor når han sa at Vadsø skulle ha hovedkontor, og orientere Stortinget hvilke funksjoner han mener at hovedkontoret i det nye felleseide foretaket skal ha?

#### **Begrunnelse**

I valgkampen reiste statsråd Bent Høie ens ærend til Vadsø med budskapet om at Hinas – Helseforetakenes innkjøpsservice – fortsatt skal være hovedkontor for innkjøp til spesialisthelsetjenesten. Hinas er pr i dag helseforetakenes nasjonale innkjøpsselskap, men det er likevel bestemt at det skal etableres et nytt felles eid foretak.

Statsråden har blitt forstått til hen til hovedkontoret for dette nye foretaket skal ligge i Vadsø.

Nå er det oppstått en bekymring for at det som så ut som en klar beskjed fra statsråden er i ferd med å bli utvannet i de pågående prosessene i de regionale helseforetakene. På spesialisthelsetjenestens innkjøpskonferanse i Trondheim tidligere i høst sa viseadm. direktør Steinar Marthinsen i Helse Sørøst, bl.a.:

§ "Foretakets ledelse vil bestå av de beste lederressursene som i dag finnes i spesialisthelsetjenesten eller ved nyansettelser og bli strukturert som en virtuell organisasjon"

§ "Vadsø som hovedkontor skal primært inneha fellesfunksjoner som økonomi, HR og juridiske tjenester, vedlikehold av felles standarder og prosedyrer og ha kategoriansvar for definerte kategorier."

§ "Ansvar for medisinske kategorier trenger nærhet til Universitetssykehus-miljøer, forsknings- og utviklingsmiljøer og fordeles på de aktuelle regionkontorene."

Dette har skapt stor uro all den tid helseministeren sa at det var nettopp innkjøpskompetansen i Hinas som har gjort at man har valgt Vadsø som hovedkontor. Tidligere har det vært understreket at ledelsen i det nye foretaket bør sitte samlet, men nå snakker man om en virtuell ledelse uten at det sies hva dette vil innebære i forhold f eks til toppledelse. Videre vil man flytte ansvaret for alt medisinskrelatert innkjøp til regionkontorene, et ansvar som har vært håndtert av Hinas med suksess siden 2003.

#### **Svar**

Bent Høie: Hovedkontoret for det nye felleseide foretaket for innkjøp (Sykehusinnkjøp HF) for helseforetakene skal legges til Vadsø, men med regionale enheter rundt omkring i landet. Dette kommer klart frem i Helse- og omsorgsdepartementets pressemelding fra 5. august d.å., som gikk ut samtidig med mitt nevnte besøk i Vadsø. Det er en klar forutsetning at foretaket skal ledes fra Vadsø.

En viktig begrunnelse for at Vadsø ble valgt som hovedkontor, var at man kan bygge videre på den kompetansen og de ressursene som allerede ligger i HINAS. I tillegg til HINAS kompetente miljø i Vadsø, skal det nye foretaket bygge på den kompetanse og fagkunnskap som er utviklet i Legemiddelinnkjøpssamarbeidet (LIS-samarbeidet) og i de kompetente og store innkjøpsenhetene som er etablert ved de regionale helseforetakene. Dette er viktige grep både for å ta vare på og nyttiggjøre seg den innkjøpskompetansen som er bygget opp over tid i regionene, men også for å sikre at innkjøpene skjer i tett samarbeid med de kliniske virksomheter som skal nyttiggjøre seg disse innkjøpene. Denne nærheten til kliniske miljøer er vesentlig når en skal gjennomføre anskaffelser innenfor de ulike medisinske kategorier.

Det er selvfølgelig avgjørende for spesialisthelsetjenesten at man gjennomfører denne typen innkjøp på en slik måte at man sikrer at de kliniske behov blir ivaretatt på en tilfredsstillende måte.

Innkjøpsmiljøet i Vadsø har, og vil fortsatt ha ansvar for flere kategorier av innkjøp, og det er en forventning om at det vil være en videre utvikling og vekst knyttet til den innkjøpsaktiviteten som håndteres derfra. Samtidig er det heller ikke noen tvil om at beslutningen om å legge hovedkontoret her vil bety en styrking av Vadsøs posisjon i det nasjonale innkjøps samarbeidet i spesialisthelsetjenesten. Jeg mener imidlertid at det må tilligge styret for det nye nasjonale foretaket å gjøre vurderinger og beslutninger knyttet til en hensiktsmessig organisering av de ulike funksjonene i foretaket.

Departementet stilte i foretaksmøtet 7. januar 2015 krav om at det nye foretaket skal etableres innen 1. januar 2016, og at regionale ressurser og enheter skal innlemmes i foretaket innen 31. desember 2016. Departementet er informert om at dette styringskravet blir fulgt opp, og jeg er trygg på at de regionale helseforetakene vil legge stor vekt på å følge opp målene for arbeidet slik at vi vil få mer helse for pengene.

## **Skriftlig spørsmål fra Rigmor Aasrud (A) til helse- og omsorgsministeren**

**Dokument nr. 15:174 (2015-2016)**

**Innlevert: 09.11.2015**

**Sendt: 10.11.2015**

### **Spørsmål**

Rigmor Aasrud (A): Hvordan vil Statsråden følge opp at også helseforetaket Sykehuset Innlandet blir en del av de prinsipper som er lagt til grunn i regjeringserklæringen?

### **Begrunnelse**

I regjeringserklæringen sies det at det i hvert enkelt helseforetak gjeninnføres en regel om at rus og psykisk helsevern hver for seg skal ha en årlig vekst i bevilgningene som er større enn tilsvarende for somatikk.

I en sak i avisen Oppland Arbeiderblad vises til at psykiatrien i Sykehuset Innlandet må spare 30 millioner kroner i årene som kommer. I samme artikkel opplyses det at tall fra Samdata viser at psykisk helsevern i Oslo har 60 % høyere finansiering enn tilsvarende i Innlandet.

### **Svar**

Bent Høie: Regjeringen gjeninnførte i 2014 regelen om at rusbehandling og psykisk helsevern hver for seg skal ha en årlig vekst som er høyere enn somatikk, jf. Prop. 1 S (2013-2014) Tillegg 1 og Stortingets behandling av denne. I samme proposisjon heter det at veksten skal måles gjennom endring i kostnader, ventetid og aktivitet, og at styringsparameterne måles på regionsnivå. Dette følger jeg opp gjennom oppdragsdokumentet til de fire regionale helseforetakene. Målet er videreført i 2015 og vil bli videreført i 2016. Regelen måles ved å sammenligne veksten mellom to år.

Storingsrepresentant Aasrud trekker fram tverrsnittstall for kostnader på helseforetaksnivå innen samme år. Som det går fram av foran måler vi ikke regelen gjennom bruk av tverrsnittstall på helseforetaksnivå.

Det er riktig at kostnadstall fra Samdata 2014 viser at det er forskjeller i kostnader per polikliniske pasient innen psykisk helsevern ved Oslo universitetssykehus HF og Sykehuset Innlandet HF. I følge Samdata 2014 er kostnad per polikliniske pasient i 2014 innen psykisk helsevern for voksne 54 781 kroner ved Oslo universitetssykehus og 29 700 kroner ved Sykehuset Innlandet. Kostnadene varierer mellom sykehus i hele landet. I følge Samdata 2014 er landsgjennomsnittet for kostnad per polikliniske pasient i 2014 innen psykisk helsevern for voksne 30 107 kroner. Intervallet på landsbasis går fra i overkant av 20 000 kroner (Diakonhjemmet sykehus) til i underkant av 55 000 kroner (Oslo universitetssykehus). Det kan være flere årsaker til variasjon i kostnader mellom sykehus. Det kan dreie seg om forskjeller i kompetanse (andel leger/psykologer), dekningsgrad på døgnavdelinger, ulike oppgaver mellom sykehus i tilknytning til regionale funksjoner og effektivitetsforskjeller. Kunnskap om variasjon er generelt en viktig kilde for de regionale helseforetakene som grunnlag i vurderinger av sykehus i egne regioner.

Helse- og omsorgsdepartementet tildeler midler til de regionale helseforetakene etter en inntektsmodell, jf. Stortingets behandling av Regjeringen Stoltenberg IIs budsjettforslag for 2009. De regionale helseforetakene har igjen modeller for fordeling av inntekter til helseforetakene i sine regioner. Disse bygger på den nasjonale modellen, men har lokale tilpasninger.

Helse Sør-Øst RHF sine planer for inntektsrammer for årene framover bygger bl.a. på forutsetninger om nasjonal bevilgning av midler til aktivitetsvekst som følge av vekst i befolkningen. Hele Helse Sør-Øst, også Innlandet, forutsettes å ha befolkningsvekst i disse årene. Innlandet får imidlertid lavere befolkningsvekst enn gjennomsnittet i regionen, ifølge SSBs prognoser. Dette medfører at Innlandet samlet sett får en mindre relativ andel av midlene som fordeles i inntektsmodellen. Det er også slik at aldersfordeling og andre sosiale kriterier inngår i modellen, i tillegg til befolkningsmengde. Sykehusområdene får en andel av inntektene som samsvarer med vekst og egenskaper ved den befolkningen de skal betjene. Det er blant annet lagt til grunn forskningsresultater som indikerer en sammenheng mellom forekomstene av psykiske sykdommer og befolkningen i storbyer. Helse Sør-Øst tildeler midler samlet til

sykehusområdene og helseforetakene, og det er helseforetakene selv som beslutter intern fordeling ut fra egne behov og prioriteringer.

## **Skriftlig spørsmål fra Torgeir Micaelsen (A) til helse- og omsorgsministeren**

**Dokument nr. 15:155 (2015-2016)**

**Innlevert: 04.11.2015**

**Sendt: 05.11.2015**

### **Spørsmål**

Torgeir Micaelsen (A): Hvilke strakstiltak har regjeringen satt i verk, evt hvilke tiltak vil regjeringen sette i verk, for å avbøte på legemiddelmangelen Norge til tider opplever, og hvilke internasjonale initiativ vil regjeringen ta for å etablere bedre samarbeid mellom landene om forutsigbar forsyningssikkerhet og regulering av tilgangen på legemidler?

### **Begrunnelse**

I et intervju med VG 3.11.15 beskriver direktør i Legemiddelverket, Steinar Madsen, at legemiddelmangel i Norge er et økende problem som må tas på største alvor. I all hovedsak fungerer forsyningen av medisiner i Norge godt, men det er svært alvorlig at vi til tider opplever at det mangler medisiner som til syvende og sist kan ramme pasienten og kvaliteten på behandlingen. Det haster med å komme med konkrete tiltak som bedrer forsyningssikkerheten for pasienter og sykehus. Statsråden presenterer enkelte tiltak i Meld. St. 28 (2014-2015) Legemiddelmeldingen, men det er behov for mer konkrete strakstiltak som kan igangsettes i Norge. Norge må bidra aktivt for å finne flere holdepunkter sammen med andre land, slik at tilgangen på legemidler reguleres på en mer forutsigbar måte.

### **Svar**

Bent Høie: Legemiddelforsyningen fungerer i hovedsak godt i Norge. Det er imidlertid registrert et økende antall mangelsituasjoner de senere årene, og som representanten Micaelsen påpeker, er det derfor viktig å vurdere tiltak for å opprettholde en god forsyningssikkerhet.

Legemiddelberedskapen hviler på de grunnleggende beredskapsprinsipper om ansvar, nærhet og likhet. Dette innebærer at ansvaret for beredskap og håndtering av ekstraordinære hendelser i størst mulig grad skal ligge hos den som organiserer tjenestene i normalsituasjonen. I Norge har Helsedirektoratet forvaltet beredskapslagre for legemidler både for spesialist- og primærhelsetjenesten. Beredskapsløsningene har vært fragmentert, og det har manglet en overordnet plan for å sikre at sammensetningen av lagrene er basert på oppdaterte, faglige vurderinger. I 2014 kartla derfor Helsedirektoratet hvilke legemidler det er et særlig behov for å ha i beredskap.

I tråd med beredskapsprinsippene fikk de regionale helseforetakene i 2014 i oppdrag å ta over beredskapssikringen av legemidler som benyttes i spesialisthelsetjenesten fra 1. januar 2015. En prosjektgruppe ledet av Helse Sør-Øst RHF har utarbeidet en rapport om nasjonal lege-middelberedskap for spesialisthelsetjenesten. Rapporten inneholder anbefalinger for å gi en samlet best mulig legemiddelberedskap og forsyningssikkerhet. Rapporten ble behandlet i møte mellom de administrerende direktørene i de regionale helseforetakene 18. mai 2015, og møtet sluttet seg til anbefalingene i rapporten og implementeringen av disse. I tillegg til at de regionale helseforetakene har overtatt og oppdatert det nasjonale beredskapslageret for legemidler brukt i spesialisthelsetjenesten fra 1.1.2015, iverksetter de nå en styrket nasjonal funksjon for overvåking av legemiddelmangel ved Oslo Universitetssykehus. Den nasjonale funksjonen skal også ha en støttefunksjon for det lokale og regionale arbeidet med legemiddelberedskap i helseforetakene. Det er etablert et tett samarbeid mellom Statens legemiddelverk og beredskapsfunksjonen ved Oslo Universitetssykehus.

Avtalen mellom Helsedirektoratet og Norsk Medisinaldepot om beredskapslager av legemidler for primærhelsetjenesten utløper ved utgangen av 2015. Helsedirektoratet har anbefalt at denne ordningen avvikles, og erstattes av et krav til legemiddelgrossistene om legemiddelberedskap. I tråd med dette fastsatte departementet 23. september 2015 forskriftsendringer som pålegger legemiddelgrossister å beredskapssikre bestemte legemidler til bruk i primærhelsetjenesten fra 1. januar 2016.

Det europeiske legemiddelbyrå (EMA) har tatt initiativ for å redusere problemet med forsyningssvikt for legemidler. Initiativet omfatter tiltak både for forebygging og for bedre håndtering av oppståtte sviktsituasjoner. Statens legemiddelverk deltar i dette initiativet. Et viktig tiltak for å redusere leveringssvikt knyttet til produksjons- og kvalitetsutfordringer er at produsentene i større grad utarbeider risikobaserte kontinuitetsplaner for sikker forsyning. Legemiddelmyndighetene skal bidra i dette arbeidet ved å utarbeide veiledning til hvordan slike planer skal utarbeides og følges opp. For å forbedre håndteringen av oppståtte situasjoner, skal det etableres bedre informasjonsflyt og koordinering mellom de europeiske legemiddelmyndighetene, og at helsepersonell- og pasientgrupper trekkes sterkere inn i arbeide med å utforme og vurdere tiltak ved forsyningssvikt.

**Link til regjeringens side – spørsmål til skriftlig besvarelse:**

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/aktuelt/svar-til-stortinget-2.html?id=668230>