

Saksframlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret Helse Sør-Øst RHF	10. mars 2016

SAK NR 024-2016

ORIENTERINGSSAK: DRIFTSORIENTERINGER FRA ADMINISTRERENDE DIREKTØR

Forslag til vedtak:

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Hamar, 2. mars 2016

Cathrine M. Lofthus
administrerende direktør

1. Partikkelterapi

Strålebehandling gis i Norge ved hjelp av røntgenstråling (fotoner) med svært høy energi, og er en behandlingsform hvor den teknologiske utviklingen har vært rask. I kombinasjon med avansert billeddiagnostikk har moderne foton-teknikker gjort det mulig å levere høyere stråledoser mot kreftsvulsten(e) samtidig som normalt vev rundt svulsten(e) får mindre stråledose. Det antas at ytterligere store forbedringer innen strålebehandlingen med fotoner ikke kan forventes grunnet fotonenes fysiske egenskaper. Derimot kan partikler i form av protoner eller karbonioner absorberes og avgi stråledose som er langt mer gunstig for pasientene enn det fotoner er.

Protonstråling har en tilsvarende klinisk effekt som stråling med fotoner på svulster og i tillegg en fordel fordi strålingsdosen til det friske vevet som omgir en kreftsvulst er mindre enn det ville vært med fotonstråling. Følgen er mindre stråleinduserte skader i det friske vevet. Dette har stor betydning for spesielt barn og unge voksne som på lang sikt kan utvikle alvorlige skader innen tidligere bestrålt område. Det fører til økt sykkelighet, nedsatt livskvalitet og redusert levetid etter helbredende behandling.

Det har vært en rivende teknologisk utvikling i feltet, og utbredelsen av protonterapi internasjonalt er sterkt økende. Det er nasjonale prosesser for å etablere protonterapi i europeiske land som Sverige, Østerrike, Danmark, England og Nederland.

Tidligere utredninger

Helse- og omsorgsdepartementet ba i foretaksmøte den 15. oktober 2012 Helse Vest RHF om å planlegge for et norsk senter for partikkelterapi i samarbeid med de tre andre regionale helseforetakene og Helsedirektoratet. Etter denne leveransen fulgte Helse- og omsorgsdepartementet opp med et oppdrag, gitt i brev av 19.02.13, der de bad om at utredningsarbeidet ble videreført i henhold til det oppdraget som ble gitt i foretaksmøtet i oktober 2012 og det skulle foretas en nærmere utredning av de ulike konsekvensene knyttet til valg av et protonanlegg (alternativ 1) eller et kombinert anlegg (alternativ 2). Det ble også utredet alternative modeller for organisering av senteret, og hvordan investeringer og drift kan finansieres. Ulike alternativer for lokalisering ble utredet i hvert enkelt RHF. Andre del av planleggingsfasen ble avsluttet 15. juni 2013.

I felles foretaksmøte for de fire regionale helseforetakene 27. september 2013 ba Helse- og omsorgsdepartementet om at det ble igangsette en idéfase knyttet til planlegging av fire regionale sentre for protonterapi, ledet av Helse Vest RHF. I planarbeidet ble det lagt til grunn etablering av en koordinerende enhet ved ett av protonsentrene med ansvar for å sikre geografisk rettferdig fordeling av pasientene og for koordinering av felles behandlingsprotokoller. Videre skulle det planlegges for utvikling av en nasjonal samarbeidsmodell hvor universitetsklinikker som har protonenheter samarbeider med øvrige klinikker uten anlegg, samt et nasjonalt forskningssamarbeid innen partikkelterapi. Arbeidet skulle gjennomføres etter Tidligfaseveilederen for sykehusplanlegging (IS-1369) og frist for oppdraget ble satt til 1. desember 2014. Rapporten ble behandlet i styrene i de fire regionale helseforetakene i 2014.

I felles foretaksmøte for de regionale foretakene i april 2015 ble det besluttet at «*de regionale foretakene gjennom Sykehusbygg HF gjennomfører ekstern kvalitetssikring av idéfaserapporten «Regionale senter for protonterapi», samt samfunnsøkonomiske analyser knyttet til etablering av protonterapi i Norge. Frist for oppdraget settes til 1. august 2015».*

Ekstern kvalitetssikring og samfunnsøkonomiske analyser ble levert Helse- og omsorgsdepartementet innen fristen.

I foretaksmøtet mellom Helse- og omsorgsdepartementet og de fire helseforetakene 10. desember 2015 ble følgende vedtak gjort: «Foretaksmøtet ber de regionale helseforetakene gjennom Sykehusbygg HF å gjennomføre konseptrapport for etablering av protonbehandling i Norge. Frist for oppdraget er satt til 1. august 2016.»

Føring og mandat for oppdraget er nærmere omtalt i protokollen for foretaksmøtet 10. desember 2015.

Konseptfase

Arbeidet ledes av Sykehusbygg HF med følgende leveransemål:

Konseptfaserapporten skal gi grunnlag for at endelig konseptvalg og innføring av protonanlegg kan bli vedtatt i forbindelse med statsbudsjettet for 2017.

Konseptfasen skal i henhold til mandatet gitt i foretaksprotokollen utvikle et faglig godt grunnlag som gir tilstrekkelig sikkerhet for valg av det alternativet som best oppfyller målene innenfor definerte rammer. Konseptrapporten må gi nærmere medisinsk og økonomisk vurdering av hvilke pasientgrupper som har behov for slik behandling. Det må utarbeides et beslutningsunderlag som er i tråd med/ikke svakere enn det nasjonale systemet for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten.

Gjennom konseptfasen skal det leveres en rapport som sammen med de analyser som er gjort i tidligere faser, tilfredsstillende de krav som følger av ”Veileder for tidligfase i sykehusprosjekter”.

Gjennom konseptfasen skal det settes klare resultatmål til etablering av protonterapi. Disse skal være konkrete, målbare og knyttet til kvalitet, kostnad og tid.

I idéfasen foreligger det et alternativ med gradvis oppbygging av regionale protonanlegg i alle helseregioner innen 2022. Med bakgrunn i bl.a. tilbakemeldingene fra den eksterne kvalitetssikringen og den samfunnsøkonomiske analysen fra foretaksmøtet 10. desember 2015 om at følgende alternativer utredes i konseptfasen, i tillegg til nullalternativet.

- Alt. 1: Etablering av ett protonanlegg innen 2022
- Alt. 2: Etablering av protonanlegg i Helse Sør-Øst og Helse Vest innen 2022.

For begge alternativene skal det utredes minimum to alternativer for planlagt behandlingsskapasitet.

Vurderingen av disse to alternativene må bygge på nærmere medisinske og økonomiske vurderinger av hvilke pasientgrupper som har behov for en slik behandling, og settes opp mot 0-alternativet. Pasientperspektivet må hensyntas særskilt, slik at alternativene underbygger både krav til behandlingsskvalitet og likebehandling.

Videre må alternativene også hensynta og tilpasses ressursmessige rammebetingelser, både økonomiske og faglige, slik at disse utnyttes best mulig. Gjennom konseptfasen skal det settes klare resultatmål til etablering av protonterapi. Disse skal være konkrete, målbare og knyttet til kvalitet, kostnad og tid. Konseptrapporten må også inneholde forslag til samarbeidsavtaler mellom de fire regionale helseforetakene knyttet til kompetanseoppbygging, bruk av samlet kapasitet mellom regionene samt betaling for pasienter fra de regioner hvor protonterapi ikke vil bli etablert.

Styret vil holdes oppdatert om arbeidet og konseptrapport vil fremlegges styrene for de fire regionale helseforetakene for behandling før oversendelse til Helse- og omsorgsdepartementet.

2. Raskere tilbake

Prosjektet "Raskere tilbake" er et av de største tiltakene i IA-avtalen. Det er et nasjonalt prosjekt som startet i 2007. Formålet med tilskuddsordningen er å få personer raskere tilbake i arbeid slik at sykefraværet reduseres. Målgruppen er personer som er sykmeldte eller som står i fare for å bli sykmeldt. Alle grader av sykmeldingsprosent inngår i ordningen.

Fra 01.01.15 ble det i prosjektet "Raskere tilbake" i Helse Sør-Øst igangsatt en egen brukertilbakemelding. Brukertilbakemeldingen er frivillig for pasientene og pågår kontinuerlig. Den består av et to-siders skjema der første side er en nasjonal, generisk versjon av den nasjonale PasOpp undersøkelsen, og der side 2 i hovedsak er spørsmål om arbeidstilhørighet. Det er gjort en oppsummering av resultatene fra de ni første måneder av 2015 i form av en rapport. Rapporten gir sammenligning opp mot resultater i den nasjonale PasOpp undersøkelsen.

I rapporten fremgår det at sammenlignet med pasienterfaringer ved norske sykehus og poliklinisk behandling i psykisk helsevern, rapporterer brukerne av "Raskere tilbake"-tiltakene i Helse Sør-Øst generelt svært positive resultater.

Samlet opplevde 98 % av pasientene at behandler i stor grad eller i svært stor grad snakket slik at pasientene forstod behandler. Til sammenligning opplevde 83 % av innlagte pasienter ved somatiske sykehus det samme. Av alle indikatorene knyttet til brukertilfredshet, er det dette forholdet pasientene hadde best erfaring med. En opplevd tydelighet av behandler gir et godt grunnlag for et konstruktivt samarbeid og er en forutsetning for at pasienten kan medvirke i utformingen av behandlingen som gis.

Et stort flertall av pasientene (96,5 %) svarte at de i stor grad eller i svært stor grad hadde tillit til behandlernes faglige dyktighet. I den nasjonale undersøkelsen hadde 88 % av pasientene i stor grad eller i svært stor grad tillit til pleiepersonalets og legenes faglige dyktighet.

Administrerende direktør vil komme tilbake med mer utfyllende informasjon om "Raskere tilbake" ved en senere anledning.

3. Oppdragsdokument 2016 – redusere variasjon og etablere indikatorer som måler kapasitetsutnyttelse og effektivitet

Helse Sør-Øst RHF har i oppdragsdokumentet 2016 fått i oppgave å lede et arbeid på tvers av regionene der man skal etablere indikatorer som måler kapasitetsutnyttelse og effektivitet i spesialisthelsetjenesten, samt identifisere fagområder som skal gis styringsmessig prioritet. Arbeidet ble startet i 2015 og da ledet av Helse Vest RHF.

Oppdragsdokumentet 2016 omtaler følgende punkter:

- **Ventetid** – identifisere fagområder med mange ventende og/eller lang ventetid som gis styringsmessig prioritet.
- **Kapasitetsutnyttelse og effektivitet** – etablere et sett av indikatorer som måler kapasitetsutnyttelse og effektivitet som muliggjør sammenlikning på tvers av sykehus og på tvers av regioner.
- **Variasjon liggetid og andel dagbehandling** – systematiske sammenligninger mellom sykehus av gjennomsnittlig liggetid og andel dagbehandling for utvalgte prosedyrer/ pasientforløp.

Helse Sør-Øst har dannet et nettverk bestående av representanter fra de andre regionale helseforetakene og Helsedirektoratet. Det ble avholdt et møte den 18. februar 2016 der det ble etablert en arbeidsgruppe (kalt nettverk) som skal utarbeide følgende;

- Analyser av årsaker til variasjon i ventetid, kapasitetsutnyttelse og effektivitet mellom regioner, sykehus og sykehusavdelinger
- Utvikling av indikatorer som egner seg til benchmarking mellom operative enheter, for eksempel poliklinikk, sengepost og operasjonsenhet, knyttet til variasjon i ventetid, kapasitetsutnyttelse og effektivitet, på ulike nivåer
- Hvordan analyser og indikatorer knyttet til variasjon kan understøtte eierstyring og ledelsesbeslutninger samt bidra til å avdekke avvik og identifisere korrigerende tiltak

Arbeidsgruppen består av tre representanter fra hvert av de fire RHFene og Helsedirektoratet. De regionale administrerende direktører, fagdirektører, HR-direktører og økonomidirektører holdes informert om arbeidet gjennom faste interregionale møtene. RHF vil involvere konserntillitsvalgte og brukere i arbeidet.

Oppdraget er et utviklingsarbeid som vil foregå fra og med 2016 og utover. Følgende milepæler skal gjennomføres i 2016:

14. mars 2016	Orientering om nettverkets sammensetning, mandat og videre arbeid i det interregionale AD-møtet, fagdirektørmøtet, HR-direktørmøtet og økonomidirektørmøtet.
Medio mai 2016	Fellesmøte RHFene/Helsedirektoratet - fremlegge utarbeidet forslag
23. mai 2016	Orientering om status og godkjenning av leveranse i det interregionale AD-møtet, fagdirektørmøtet, HR-direktørmøtet og økonomidirektørmøtet.
1. juni 2016	Rapportering til Helse- og omsorgsdepartementet om indikatorutvalg og handlingsplan for videre utvikling.
2. halvdel 2016	Videreutvikling av indikatorer/fagområder og publisering av indikatorer gjennom Helsedirektoratets publiseringsverktøy.
1. november 2016	Rapportering til Helse- og omsorgsdepartementet om utvidet og revidert indikatorsett og fagområder.

4. 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 Freddy de Ruiter (A) til helse- og omsorgsministeren

Dokument nr. 15:630 (2015-2016)

Innlevert: 18.02.2016 Sendt: 18.02.2016

Besvart: 25.02.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Freddy de Ruiter (A): I 2011 henviste Ullevål Universitetssykehus en kvinne med MS til behandling (stamcelletransplantasjon) ved Karolinska Universitetssykehus i Sverige. OUS gjennomførte alle forundersøkelser, fulgte opp i ettertid, samt rehabilitering på Sunnaas. Pasienten kom raskt tilbake i full jobb etter behandling og sparer samfunnet for utgifter til dyre medisiner, uførepensjon og tapte skatte- inntekter (årlig totalt 7-800.000 kr), men sitter selv tilbake med regninga(i overkant av 400.000 kr). Når vil statsråden dekke hennes kostnader?

Svar

Bent Høie: Jeg er kjent med at flere pasienter med MS har reist til utlandet for autolog stamcelletransplantasjon og selv betalt for behandlingen, men jeg kan ikke gå inn i disse enkeltsakene.

Vi har et regelverk om rett til behandling i utlandet som er vedtatt av Stortinget. Det følger av dette regelverket at pasienter med rett til nødvendig helsehjelp har rett til behandling i utlandet dersom det regionale helseforetaket ikke kan sørge for nødvendig helsehjelp i Norge fordi det ikke finnes et adekvat tilbud her. Det er en forutsetning at helsehjelpen kan utføres forsvarlig i utlandet etter akseptert metode.

Det er de regionale helseforetakene som har ansvaret for behandling i utlandet dersom det ikke finnes et adekvat tilbud i Norge. Søknad fremsettes for det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion. Dersom det regionale helseforetaket avslår søknad om behandling i utlandet kan vedtaket påklages til Klagenemnda for behandling i utlandet. Nemnda har en uavhengig stilling og selvstendig avgjørelsesmyndighet, og departementet kan ikke instruere nemnda om skjønnsutøvelse eller avgjørelse i enkeltsaker. Nemndas avgjørelse kan bringes inn for domstolene.

Skriftlig spørsmål fra Ketil Kjenseth (V) til helse- og omsorgsministeren

Dokument nr. 15:611 (2015-2016)

Innlevert: 16.02.2016 Sendt: 17.02.2016

Til behandling

Spørsmål

Ketil Kjenseth (V): Hva vil statsråden gjøre for å sikre rekruttering av geriater til sykehus, flere sykehjemsmedisinere til kommunene og for en mer forutsigbar samhandling mellom kommunehelsetjenesten og sykehusene om de eldre pasientene med sammensatte lidelser?

Begrunnelse

Nasjonale helse- og sykehusplan oppsummerer tydelig den demografiske utfordringen vi står overfor med en aldrende befolkning i distriktene, sentralisering av ungdom og at for få menn i dag velger helsefagutdanning til at vi kan forvente å opprettholde dagens kapasitet og nivå på helsetjenestene etter 2030.

Medisinskfaglig handler mye av utfordringsbildet om geriatri. Dette fagområdet er imidlertid ikke nevnt i Nasjonal helse- og sykehusplan. I motsetning til akutt kirurgi, som står igjen som en av få debatter i offentligheten av planforslaget.

Undertegnede er svært tilfreds med at Nasjonal helse- og sykehusplan så tydelig sier at ingen sykehus skal legges ned og at vi trenger all den desentraliserte kapasiteten vi har for å møte utfordringene framover med stadig flere eldre med mange diagnoser og stadig flere kronikere som lever lengre med flere diagnoser. Bare et fåtall av disse er så syke at de vil trenge lengre opphold i sykehus, enn si akutt kirurgi. Men svært mange av dem vil ha behov for tverrfaglig kompetanse med diagnostisering og spesialisert behandling i sykehus av og til for å kunne bo så lenge hjemme som mulig – eller i et kommunalt tilrettelagt botilbud.

Geriatri er et spesialisert tilbud i sykehus. Det har en viktig funksjon i sykehus, men også en viktig funksjon i samspill med fastlege og kommunale pleie- og omsorgstilbud. Kombinasjonen av demens, akutt forvirring, betennelser og virkninger av mange typer medisiner samtidig, kan av og til bli så sammensatt at det trengs spesialisert sykehuskompetanse og behandling.

Sykehuset på Lillehammer, som en del av Sykehuset Innlandet HF, hadde i tre år et prosjekt i samarbeid med kommunene i Lillehammer, Øyer og Gausdal – «Kom ut». Helsehuset på Lillehammer med felles kommunale akutt døgnplasser for syke eldre og geriater ved sykehuset samarbeidet tett om oppfølging av pasientene. Det ble klarlagt mange gevinster, ikke minst for pasientene. Men også for sykehuset, med kortere liggetid der og klarere ansvarsforhold mellom ulike sykehusavdelinger. Samt for kommunene, som fikk styrket sin kompetanse og frigjort ressurser til andre pasientgrupper.

Prosjektet «Kom-ut» er nå avsluttet. Sykehuset på Lillehammer har ikke lengre geriater. Tilsvarende er situasjonen ved nesten alle de seks somatiske sykehusene i Sykehuset Innlandet HF. Dette er i den delen av Norge hvor den aldrende befolkningen vokser raskest. Anslagsvis bør sykehuset på Lillehammer ha tre geriater for å dekke den langstrakte Gudbrandsdalens utfordringer med store avstander og mange flere eldre de neste årene. Nå står de i null. Tilsvarende er situasjonen for Østerdalen. Men også store byer som Bergen og Drammen står uten geriater ved sine sykehus. Samtidig er bare ett sykehjem i Norge godkjent for legespesialisering innen sykehjemsmedisin.

Både dagens behandlings- og utdanningstilbud framstår svært tilfeldig. På vegne av mange eldre pasienter og pårørende som ikke får tilbud om geriatrisk utredning og behandling, framstår situasjonen som uforklarlig og på grensen til uforsvarlig.

Svar

Bent Høie: La meg innledningsvis slå fast at representanten Kjenseth peker på viktige innsatsområder i sitt spørsmål. For å gi et økende antall eldre pasienter god behandling og oppfølging i helsetjenesten, er vi avhengig av en rekke ulike profesjoner, styrket kompetanse og god samhandling. Regionale helseforetak har ansvar for å sørge for tilstrekkelig kompetanse og forsvarlige tjenestetilbud i spesialisthelsetjenesten, dette omfatter også geriatrisk kompetanse. Særlig oppmerksomhet må rettes mot områder hvor det forventes økte behov. Dette har vært særlig aktuelt etter opphevelse av tidligere kvoteregulering av stillinger i spesialistutdanning av leger. Geriatri er en av flere medisinske spesialiteter som helseforetakene definerer som sårbar med hensyn til rekruttering. Det oppleves utfordringer både med hensyn til å utdanne nye geriater og ved rekruttering til spesialiststillinger – og det geriatriiske tilbudet i sykehusene er i endring. Dette er en kjent problemstilling, som det jobbes med. Blant annet for å bedre rekruttering av geriater er det i regelverket for spesialistutdanning av leger gitt en dispensasjonsadgang for at tjeneste ved relevante utdanningssteder, som sykehjem, skal kunne gi uttelling for spesialiseringen. Tiltaket vil i tillegg bidra til å styrke kontakten mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. På den måten utnyttes utdanningsstedene på en hensiktsmessig måte ved at leger som allerede arbeider på sykehjem kan få anledning til å søke om å få tjenesten godkjent som en del av en spesialistutdanning i geriatri.

Regjeringen vil på flere måter legge til rette for bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I Stortingsmeldingen om fremtidens primærhelsetjeneste fremgår det blant annet at regjeringen vil forbedre samhandlingen ved å speile spesialisthelsetjenestens lovpålagte veiledningsplikt overfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene til også å gjelde veiledning andre veien. I tillegg kan kommunene videreutvikle de obligatoriske samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak.

Helse- og omsorgsdepartementet vil også gi Helsedirektoratet i oppdrag å legge til rette for regelmessig faglig dialog både mellom kolleger i primærhelsetjenesten, og mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Vi ønsker at det skal etableres arenaer for regelmessig kompetanseoverføring og erfaringsutveksling mellom spesialisthelsetjenesten og fastleger/medlemmer av primærhelseteam, samt innad i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Et annet aktuelt oppdrag Helsedirektoratet har fått, er å utarbeide en veileder for kommunens oppfølging av brukere med store og sammensatte behov. Det fremgår av Meld. St. nr. 26 (2014-2015) Fremtidens

primærhelsetjeneste, at regjeringen vil ta initiativ til at det utvikles en veileder for kommunen for oppfølging av de multisyke og mest skrøpelige brukerne.

Kompetanseløft 2020 ble presentert i Prop. 1 S (2015-2016) og er regjeringens plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Formålet med planen er å bidra til en faglig sterk tjeneste, og å bidra til å sikre at den kommunale helse- og omsorgstjenesten har tilstrekkelig og kompetent bemanning.

Utfordringsbildet tilsier behov for styrking av kompetansen på flere områder, deriblant høyere og bredere utdanning av helse- og sosialfaglig personell. Det er behov for å forbedre den medisinske oppfølging av brukere i sykehjem og hjemmetjenestene. Den medisinske oppfølgingen er særlig knyttet til forebygging, behandling, lindrende behandling og rehabilitering av brukere med kroniske sykdommer med et komplekst og sammensatt sykdomsbilde. Jeg merker meg at dette er også representanten Kjenseth opptatt av i sin begrunnelse for spørsmålet. Kompetanseløft 2020 vil bidra til å heve kompetansen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

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

Dokument nr. 15:504 (2015-2016)

Innlevert: 29.01.2016 Sendt: 29.01.2016

Besvart: 09.02.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Kjersti Toppe (Sp): Hvilken beredskap har myndighetene igangsatt, og vil igangsette, i forbindelse med utbredelse av zika-viruset, og hvordan inngår dette i den samlede nasjonale beredskapen for det WHO kaller de nedprioriterte infeksjonssykdommene?

Begrunnelse

Zika- viruset, som i hovedsak smitter via mygg, har spredd seg fra tropiske afrikanske land til mange land i Amerika. Det er sannsynlig at det finnes en forbindelse mellom zikafeber og fødselsskaden mikrokefali. Særlig fra Brasil rapporteres det om økning i slike fødselsskader.

Norske myndigheter har vist til at WHO (Verdens helseorganisasjon) bør ta en aktiv rolle i håndteringen av viruset. Zika- viruset står på WHO's liste over 10 nedprioriterte infeksjonssykdommer som kan forårsake epidemier.

I dag kan ikke sykehusene få utført diagnostisering av zika- viruset i Norge, men må sende prøvene til Sverige. Folkehelseinstituttet har sagt at de arbeider med å få på plass et tilbud. Folkehelseinstituttet advarer gravide mot å reise til de mest utsatte områdene og ta forhåndsregler dersom de oppholder seg der.

Utover de kjente tiltakene er det behov for informasjon om hvordan helseministeren mener Norge skal sikre sin beredskap og håndtering av zika- viruset og hvordan dette inngår i Norges totale beredskap for sykdommer som kan utvikle seg til epidemier.

Svar

Bent Høie: Beredskapsarbeidet mot zikaviruset har i Norge først og fremst vært fokusert på rask informasjon og rådgivning til helsetjenesten og publikum vedrørende selve sykdommen, utbruddets utvikling, hvordan reisende skal unngå å bli smittet samt arbeid med etablering av diagnostikk for zika.

Folkehelseinstituttet oppfordrer reisende til affiserte områder om å beskytte seg mot myggstikk, og ber gravide vurdere å utsette å reise, samt gir spesifikke råd om forebyggende tiltak på sin hjemmeside. Gravide som nylig har kommet tilbake fra opphold i ett av de berørte områdene bør oppsøke lege og/eller jordmor. Dersom lege eller jordmor vurderer at den gravide bør følges opp med videre undersøkelser, anbefales det at den gravide henvises til ett av landets sentre for fostermedisin for vurdering og oppfølging.

Myggen som sprer zikaviruset kan ikke etablere seg i Norge på grunn av vårt kjølige klima, og det er derfor ikke risiko for at vi skal få en zikavirus-epidemi her. I Europa finnes per i dag den aktuelle myggen bare på øya Madeira. Det er muligens noen andre myggtyper som kan spre viruset, men disse finnes heller ikke i Norge. Smittetiltak i Norge med hensyn på mygg er derfor ikke nødvendig.

Beredskap mot utbrudd av smittsomme sykdommer bygger på noen generelle prinsipper som gjelder alle infeksjonssykdommer: Gode overvåkingssystemer, varslingsrutiner, faglig ekspertise og godt utbygd helsevesen. Norge er godt rustet til å håndtere slike hendelser.

Når det gjelder den samlede nasjonale beredskapen for sykdommene WHO har definert som de viktigste infeksjonssykdommene som kan utvikle seg til globale epidemier og som man bør forske mer på, har vi i Norge et godt nasjonalt beredskapsplanverk som vil anvendes. Norge, og de fleste andre land i verden, gjennomgikk og forbedret sin beredskap for infeksjonssykdommer under ebolaepidemien, og ressurssterke land som Norge er godt rustet til å håndtere slike kriser.

Vi lever imidlertid i en verden der helseberedskap ikke kan bygges av ett land alene. Vi er alle nært sammenknyttet i dagens globaliserte samfunn, og vår egen helsesikkerhet avhenger i stor grad av tilstanden i resten av verden. Ebolautbruddet ble i så måte en kraftig vekker for oss alle.

Global helsesikkerhet er et ansvar for alle. De 11 sykdommene som står på lista til Verdens helseorganisasjon er sykdommer hvor det ikke finnes vaksiner eller medisiner for behandling av syke personer. Her bør verdenssamfunnet bidra enda mer enn vi har gjort så langt. Det trengs nye mekanismer for finansiering av vaksineutvikling for disse 11 sykdommene, så vel som gode gjennomarbeidede planer for rask utvikling av vaksiner og medisiner mot nye infeksjonssykdommer i utbruddssituasjoner generelt. For lite har blitt gjort så langt fordi det ikke finnes et lønnsomt marked for disse medisinene og vaksinene så lenge man ikke er i en utbruddssituasjon. Dermed har vi heller ikke de nødvendige vaksinene når vi får utbrudd neste gang.

Vi har i Norge et godt fungerende helsesystem og beredskapsplaner som skal kunne favne akutte trusler mot nordmenns helse uavhengig av årsak. Vi har systemer for å oppdage utbrudd av kjente og ukjente agens, og ressurser til å håndtere situasjonen. Norge har implementert det Internasjonale helsereglementet (IHR 2005), som setter krav til alle lands evne til å oppdage og håndtere både kjente og ukjente årsaker til folkehelsekriser. Slik er det ikke for alle land, og et hovedsatsingsområde for Verdens helseorganisasjon etter ebola har vært å styrke alle lands evne til å oppdage helsetrusler og å kunne håndtere dem. Alle land skal ha gode generiske systemer for å oppdage og håndtere folkehelsekriser, og har forpliktet seg til det gjennom det Internasjonale helsereglementet. Norge bidrar aktivt inn i arbeidet via internasjonale helseberedskapsprosjekter med fokus på å støtte ressursvake land med å bygge helsesystemer som tjener sine innbyggere på en god måte både til hverdags og i kriser. Et velfungerende system i en normal situasjon, vil også være det som er best rustet til å håndtere en ekstraordinær situasjon.

Skriftlig spørsmål fra Kirsti Bergstø (SV) til helse- og omsorgsministeren

Dokument nr. 15:472 (2015-2016)

Innlevert: 21.01.2016 Sendt: 22.01.2016

Til behandling

Spørsmål

Kirsti Bergstø (SV): Barn har ved akutttilfeller blitt plassert på psykiatrisk avdeling sammen med alvorlig syke voksne, eksempelvis sier fylkeslegen i Telemark at for noen har dette skjedd gjentatte ganger over tid. Statsråden sier til NRK at dette ikke er akseptabelt og at saken skal undersøkes.

Er disse undersøkelsene gjennomført, er problemet med dårlig tilbud utbredt, hvilke konkrete tiltak vil statsråden iverksette for å hindre dette, og mener statsråden natt- og helsestenging av psykiatrisk hjelp for barn og unge er en riktig utvikling?

Svar

Bent Høie: Barn og unge i akutte kriser som trenger innleggelse skal få dette på barne- og ungdomspsykiatrisk institusjon. Der er det tilrettelagt for barn og ungdom. De ansatte har særskilt kompetanse på diagnostisering, behandling, miljøterapeutiske tiltak, skoletilbud og rom for familie når det er behov for det.

Departementet har ved foreleggelse for de regionale helseforetakene fått opplyst at det ved de fleste sykehusene ikke er vanlig praksis å legge inn barn i voksenpsykiatriske avdelinger. Det skjer unntaksvis og svært sjelden for ungdom under 16 år. Enkelte sykehus skiller seg imidlertid ut. Det gjelder særlig Sykehuset Telemark HF og til dels Sykehuset i Vestfold HF. Flere helseforetak har tidligere hatt slik praksis av et visst omfang, men har nå funnet - eller arbeider med å finne andre og bedre løsninger.

Flere helseforetak opplyser at dersom barn i akutttilfeller blir plassert på voksenpsykiatrisk avdeling, så skjer det i tett samarbeid med BUP. Dette mener jeg er svært viktig. Det er BUP som har kompetanse på barn og unge. Normalt blir da ungdommen overført til BUP dagen etter akuttinnleggelsen. I enkelte tilfeller finner man løsninger i samarbeid med sykehusets barneavdeling eller ambulant behandling i hjemmet. Helse Nord RHF viser til at de har 24/7 akutt beredskap i ungdomspsykiatriske avdelinger som dekker alle helseforetak, og at

barn på voksenpsykiatrisk avdeling ikke er en tilfredsstillende løsning. I løpet av siste to år har det totalt skjedd 5 kortvarige innleggelse av ungdom på voksenpsykiatrisk avdeling – en 15-åring og de øvrige 17 år.

Helse Midt-Norge RHF opplyser at slike innleggelse ikke er praksis. I Helse Nord-Trøndelag er BUP ikke godkjent for tvang, så dersom det skulle skje at barn under 16 år legges inn på voksenpsykiatrisk avdeling vil personale fra BUP følge med og ta hånd om behandlingen.

Helse Vest RHF opplyser at slike innleggelse har skjedd i enkelte tilfeller i 2015, men ikke for barn under 16 år. For Helse Bergen HF vises det til at praksisen vil opphøre helt fra oktober 2016, mens for Helse Stavanger HF opplyses det at situasjonen er under utbedring.

Helse Sør-Øst RHF opplyser at barn/ungdom ikke legges inn på voksenpsykiatrisk avdeling på Akershus universitetssykehus HF, Vestre Viken HF, Oslo universitetssykehus HF, Sykehuset Østfold HF, Lovisenberg Diakonale sykehus AS og Diakonhjemmet sykehus AS. For Sykehuset Innlandet HF opplyses det at slike innleggelse er sjeldne. Ved Sørlandet sykehus HF har det tidligere vært et større antall innleggelse av barn/ungdom på voksenpsykiatrisk avdeling. Antall liggedøgn for personer under 18 år er her imidlertid redusert fra 477 i 2012 til 20 i 2014. Det opplyses at det arbeides med at BUP skal kunne håndtere alle akutte situasjoner for barn og ungdom.

Sykehuset Telemark HF hadde i 2015 44 akutte innleggelse av barn og unge på voksenpsykiatrisk avdeling, hvorav 1 på 14 år og øvrige 16-17 år. Generelt ble disse skjermet fra andre pasienter og overført BUP dagen etter innleggelse. Den omtalte pasienten på 9 år gjelder en innleggelse for ca. 4 år siden. Pårørende kan innlegges sammen med barnet. For Sykehuset i Vestfold HF opplyses det at 8 ungdommer på 16-17 år ble akutt innlagt på voksenpsykiatrisk avdeling med overføring til BUP dagen etter.

Ut fra tilbakemeldingene fra de regionale helseforetakene konkluderer jeg med at det generelt er stor oppmerksomhet rettet mot barn og unges særlige behov i akutte situasjoner, men at praksisen kan vurderes enkelte steder. Jeg understreker at det å gi et faglig forsvarlig tilbud er et ansvar som tilligger behandlingsansvarlig personale i henhold til lov om helsepersonell, jf også de regionale helseforetakene sitt sørge for-ansvar mht organisering av tjenestene.

Jeg vil likevel på en egnet måte ta opp spørsmålet med Helse Sør-Øst RHF.

Link til regjeringens side – spørsmål til skriftlig besvarelse:

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