

Saksframlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret Helse Sør-Øst RHF	21. april 2016

SAK NR 046-2016

ORIENTERINGSSAK: DRIFTSORIENTERINGER FRA ADMINISTRERENDE DIREKTØR

Forslag til vedtak:

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Hamar, 13. april 2016

Cathrine M. Lofthus
administrerende direktør

1. Høringssvar - Forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenestene - NOU 2015 11

Bakgrunn

Høringen gjelder en norsk offentlig utredning (NOU) om forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenestene, NOU 2015:11 «Med åpne korb». Utvalget, som har vært ledet av fylkeslege Helga Arianson, leverte sin rapport 2. november 2015.

Høringsfristen var 1. mars 2016. Både de regionale helseforetakene og landets helseforetak var høringsinstanser.

Aktuelt

Regjeringen sier i plattformen; *"Regjeringen vil etablere en permanent uavhengig undersøkelseskomisjon for uønskede hendelser."* Utvalget har utredet en modell for dette som et mindretall av utvalgets medlemmer støtter. Helse- og omsorgsdepartementet ber høringsinstansene spesielt om å vurdere den foreslåtte modellen og lovforslaget knyttet til dette. Andre forslagene fra utvalget er blant annet:

- Omorganisering og opprettelse av regionale tilsyn som får vedtakskompetanse
- Lovfeste at virksomheter i helse- og omsorgstjenesten skal tilby pasienter/brukere/pårørende møter når det har skjedd alvorlige hendelser - innen et døgn etter hendelsen
- At plikten til å melde ifra om uønskede hendelser og varsle om alvorlige hendelser også skal gjelde for kommuner (ikke bare for spesialisthelsetjenesten)
- At pasienter/brukere/pårørende får rett til å melde fra om uønskede hendelser og varsle om alvorlige hendelser.

Prosess

Forslagene fra utvalget omhandlet blant annet ny organisering av tjenester, hvilket krevde utveksling av synspunkter og erfaringer. Det ble derfor avholdt et høringsmøte med brukere og helseforetak samt interne avdelinger i Helse-Sør-Øst RHF. Videre har regionalt brukerutvalg behandlet saken og kommet med innspill.

Vurdering

Noen oppsummerende punkter fra høringssvaret:

- Helse Sør-Øst stiller seg bak utvalgets flertall ved å *ikke anbefale en undersøkelseskomisjon* og mener at en slik kommisjon ikke er hensiktsmessig, med de samme begrunnelser som utvalget gir. Helse Sør-Øst er videre enig med utvalgets flertall i vurderingen at ønsket om en slik kommisjon i noen grad «er basert på manglende tillit til at tjenesteyterne selv er åpne om feil, forsømmelser, uansvarlige forhold og andre omstendigheter».
- Helse Sør-Øst har forståelse for utvalgets mindretallets påpekning av behovet for en uavhengig, tillitsskapende, grundig og kompetent håndtering av uønskede hendelser i helsetjenestene. Helse Sør-Øst mener likevel at slike hensyn først og fremst må sikres ved at helsetjenestene selv har habil og uavhengig organisering av pasientsikkerhetsarbeidet..

- Helse Sør-Øst støtter Ariansonutvalgets forslag om å lovfeste at virksomheten skal tilby pasient, bruker og pårørende møter etter alvorlige hendelser.
- Helse Sør-Øst er enig i at pasienter skal få rett til å varsle og melde hendelser, men det er viktig at sykehusene får tilgang til denne informasjonen.
- Utvalget foreslår endring i Spesialisthelsetjenesteloven (SPHL) § 3-3 slik at meldeplikten også gjelder hendelser innenfor påregnelig (normal) risiko. Konsekvensene av å utvide meldeplikten til å omfatte alle skader som anses påregnelige er ikke tilstrekkelig belyst i utredningen. En utvidelse er i utgangspunktet ikke å anbefale, og bør i tilfelle utredes nærmere.
- Helse Sør-Øst støtter utvalget i at det bør *utarbeides nye veiledere* for hva som skal meldes og varsles, med hensyn til definisjon av konsekvens og påregnelighet.
- Helse Sør-Øst støtter forslaget om å ha like ordninger for de ulike nivåene / aktørene i helsetjenestene. Det er grunn til å tro at varsleplikten etter §3-3a er den viktigste å få harmonisert. Helse Sør-Øst støtter utvalgets anbefaling om å videreføre oppdraget til Helsedirektoratet om å samle de ulike *meldepliktene på en felles plattform*, som på samme måte som §3-3-meldingene sendes fra helseforetakenes interne avvikssystemer.
- Helse Sør-Øst vil påpeke betydningen av å ha *sterke innsyns- og bruksbegrensninger* for informasjon fra helsevirksomhetenes meldesystemer.

2. Høring - mulig omlegging til innsatsstyrt finansiering for polikliniske tjenester innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling fra 2017

Helse- og omsorgsdepartementet har bedt Helsedirektoratet om å utrede og planlegge en mulig omlegging av inntektssystemet for spesialisthelsetjenesten for poliklinisk psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) fra 1. januar 2017. I denne forbindelse har Helsedirektoratet gjennomført en høringsrunde hvor det var ønskelig at forutsetningene for nytt system for aktørene i spesialisthelsetjenesten og andre interessenter ble synliggjort. Videre var det ønskelig med innspill og tilbakemeldinger for å avdekke forutsetninger som kan, bør eller må endres for at omleggingen skal være gjennomførbar. Høringsnotatet ble utsendt 4. mars, med høringsfrist 1. april.

Helse Sør-Øst RHF har til tross for svært kort høringsfrist tilstrebet å involvere helseforetakene, aktuelle private leverandører, konserntillitsvalgte og brukere. Dette blant annet gjennom et større høringsmøte den 14. mars.

Helse Sør-Øst RHF argumenterer i høringssvaret for en forsiktig innføring av ISF for polikliniske tjenester innen psykisk helsevern og TSB. Ordningen kan videreutvikles med sterkere grad av involvering av aktuelle fagmiljøer. Helse Sør-Øst RHF støtter at det utvikles et mer helhetlig finansieringssystem innenfor spesialisthelsetjenesten. Det antas at ytterligere utvikling av et aktivitetsbasert finansieringssystem innen polikliniske tjenester i psykisk helsevern og TSB vil stimulere til bedre registreringspraksis. Dette basert på en forståelse av at dagens registreringspraksis er av varierende kvalitet, og at en omlegging av finansieringen vil bidra til bedre deskriptive data.

Helsedirektoratet har lagt opp til en innføring der en starter med at tilnærmet 15 prosent av finansieringen blir aktivitetsbasert, mens den resterende er rammefinansiert. Finansieringsordningen vil være budsjettneutrale nasjonalt, men det vil bli omfordelingseffekter mellom helseforetak. For at omleggingen skal være kontrollert og at det ikke skal bli for store omfordelingseffekter det første året, støttes Helsedirektoratets anbefaling om en forsiktig innføring. Imidlertid mener Helse Sør-Øst RHF at finansieringen som er knyttet opp mot aktiviteten ganske raskt, og kanskje allerede fra 2018, bør komme opp på samme nivå som innen somatikk. Dette begrunnes blant annet med muligheten for oppfølging av kravene som er gitt til de regionale helseforetakene om at veksten innen psykisk helsevern og TSB skal være høyere enn veksten i somatikk.

I tillegg ser Helse Sør-Øst RHF det som avgjørende at finansieringssystemet som utvikles støtter opp under og stimulerer til faglig utvikling. Grupperingskriterier som fastsettes må bidra til en ønsket pasientrettet innretning av tjenestetilbudet. Det anses også som hensiktsmessig at finansieringsmodellen på sikt knyttes opp mot pasientforløp og ikke den enkelte konsultasjon.

Målsettingen om et mest mulig helhetlig finansieringssystem innen spesialisthelsetjenesten taler også for at mulighetene for en eventuell innføring av ISF også innenfor døgntilrettelagt i psykisk helsevern og TSB utredes videre. I dette arbeidet anser Helse Sør-Øst RHF det som hensiktsmessig at en også bygger på erfaringer og læring fra innføring av ISF-finansiert rehabilitering.

Et sentralt element i tilretteleggingen for innføring av ISF innen poliklinisk psykisk helsevern og TSB er utforming av grupperingssystem. Helse Sør-Øst RHF er av den oppfatning at flere av kriteriene som Helsedirektoratet har vurdert ut fra et pasientorientert aktivitetsperspektiv, supplert med kriterier knyttet til kompetanse og personellressurser som er involvert, vil gi en robust finansieringsmodell. Helse Sør-Øst RHF støtter i stor grad de vurderinger som er foretatt av Helsedirektoratet, men kommer i høringssvaret med synspunkter på enkelte forhold som bør vurderes nærmere.

Helse Sør-Øst RHF har i høringssvaret gitt uttrykk for ønske om deltakelse også i det videre arbeidet med utvikling av finansieringsmodellen.

3. Høring - strategidokument ambulansedytansetjenesten 2019

Bakgrunn for saken

Luftambulansetjenesten ANS har det fly-operative ansvaret på vegne av de regionale helseforetakene. I forkant av ny anbudsrunde for ambulansedyt har Luftambulansetjenesten ANS, bedt om høringssuttalelse fra Helse Sør-Øst RHF.

Totalt er det ni ambulansedyt i Norge, hvorav to har base i Helse Sør-Øst (Gardermoen). Oslo universitetssykehus sin luftambulansedyt forestår den medisinske bemanningen av flyene stasjonert på Gardermoen, samt bemanner den medisinske koordineringssentralen for disse flyene

Sentrale tilbakemeldinger i høringen

Helse Sør-Øst RHF ser det som svært viktig at dagens kapasitet opprettholdes på Gardermoen. Basen har et viktig ansvar for transport av pasienter til og fra Oslo universitetssykehus. Sykehuset har en rekke nasjonale oppgaver som transplantasjon,

avansert behandling av organsvikt og behandling av barn. Disse pasientgruppene kan ha behov for intensivbehandling under transporten. Tilbudet av medisinske tjenester i Oslo universitetssykehus er avhengig av et tilpasset tilbud med høy kvalitet og tilgjengelighet for transport til og fra sykehuset.

Et jettfly med større kabin vil være mer egnet for transport av intensivpasienter generelt og de aller sykeste (spesialtransportene) spesielt. En større kabin vil gi bedre mulighet for å ta med ekstra personell og utstyr. Mulighet for opplæring av nytt personell til luftambulansetjenesten (leger og sykepleiere) blir også betraktelig bedre.

Et fly med større kabin må kunne ta med en bårpasient i tillegg til kuvøse. Dette vil gi en bedre ressursutnyttelse og er viktig ved f.eks. transport av pasient med truende prematur fødsel.

Ved plassering av et jettfly og et kortbanefly på Gardermoen bør man vurdere å innlemme tjenester som i dag kjøpes inn fra private aktører dersom det gir bedre logistikk og utnyttelse av en samlet flyflåte. Forutsatt at nye tiltak er finansiert, bør en vurdere om fly nummer to på Gardermoen bør utvide sin beredskap. Spesielt gjelder dette dersom man skal ta høyde for donorflygninger som Oslo universitetssykehus i dag leier inn fra privat aktør. Å innlemme en slik virksomhet i den statlige luftambulansetjenesten virker fornuftig, men oppdragene er tidkrevende og vil gå utover øvrig beredskap. Flygning for å hente donororganer vil også ofte være kombinert med et samtidig behov for å hente pasient som skal motta organene. Man må også ta høyde for at flygning til utlandet vil kunne øke i omfang.

Det er viktig at tiltak som øker sikkerheten og regulariteten prioriteres. Ambulanseflyene må i fremtiden kunne operere med samme sikkerhetskrav som ruteflytrafikken. Et kontinuerlig kvalitetsforbedrende arbeid må sikres i ny kontraktsperiode.

4. Veileder for utviklingsplanarbeid

Nasjonal helse- og sykehusplan legger til grunn at helseforetakene skal utarbeide utviklingsplaner som grunnlag for å gjennomføre endringer og legge til rette for fremtidsrettet utvikling. Utviklingsplanene skal være en operasjonalisering av overordnede planer og strategier som gir et fremtidsbilde av utviklingen for helseforetakets virksomhet og bygninger. Utviklingsplanene skal vise mulige endringer i oppgavefordeling og sykehusstruktur, aktivitet, kapasitetsbehov, organisering og driftsøkonomi, konsekvenser av slike endringer og alternative løsninger.

De regionale helseforetakene fikk i januar i oppdrag å utarbeide en nasjonal veileder for dette utviklingsplanarbeidet. Veileder skal foreligge 1. mai, og det er nedsatt en prosjektgruppe fra regionene som ledes av Sykehusbygg HF og Helse Sør-Øst RHF i fellesskap.

Konserntillitsvalgte deltar i avsluttende del av arbeidet.

Veileder beskriver prinsippene for arbeidet, med særlig vekt på at prosessen skal være åpen, inkludere aktører utenfor helseforetaket med særlig vekt på kommunal involvering, og at prosessen skal være forutsigbar for alle interessenter. Det legges opp til at mulige endringer ikke bare risikovurderes, men at man også analyser konsekvenser og muligheter ved ikke å foreta endringer.

Saken fremmes møtet mellom de fire direktørene i de regionale helseforetakene den 25. april. Det vil bli et utarbeidet en felles styresak til behandling i de regionale styrene som inkluderer eventuelle signaler gitt i foretaksmøtet den 4.mai. I påvente av styrebehandling vil veilederen bli oversendt Helse- og omsorgsdepartementet til orientering.

5. Borgestadklinikken

Borgestadklinikken har en løpende avtale med Helse Sør-Øst RHF innen rusfeltet om levering av 129 døgnplasser og 8 625 polikliniske konsultasjoner til en samlet verdi av ca. 229 mill. kroner i 2016. Borgestadklinikken har sagt opp avtalen med Helse Sør-Øst RHF fra 01.04.16 og bakgrunnen for dette er knyttet til økonomisk ramme. Oppsigelsestiden er to år, gjeldende fra 1.4.2016.

Nåværende tilbud ved Borgestadklinikken er viktig både for nærliggende helseforetak og regionen som helhet, da det utgjør i overkant av 10 % av den samlede døgnbehandlingsskapasiteten innen rusfeltet.

I en gjennomgang av tilbudet, har Borgestadklinikken konkludert med at er behov for bedre bemanning, omorganisering og mer hensiktsmessige lokaler. Helse Sør-Øst RHF ser også at det er behov for endringer, men når dette skal gjøres, forutsettes det en mer omfattende analyse, mer aktiv involvering av helseforetak og at vurderinger gjøres ut fra regionens helhetlige behov. Dette må dessuten gjøre innenfor de rammene som settes av lov om offentlige anskaffelser med tilhørende forskrift. Den setter klare begrensninger for hva som er mulig innenfor en avtaleperiode – noe Borgestadklinikken ikke hensyntok i sin gjennomgang.

Avtalens oppsigelsestid på to år gir tid til en grundig behovsanalyse og påfølgende anskaffelse av behandlingstilbud. Dette vil kunne gi mulighet for en bedre organisering og fordeling av TSB-tilbudet i denne delen av regionen.

Helse Sør-Øst RHF er for tiden i en prosess med Borgestadklinikken vedrørende ytelsesavtale for 2016. Det er lagt til grunn at Borgestadklinikken leverer i tråd med avtalen gjennom hele oppsigelsestiden.

Helse Sør-Øst RHF vil med det første starte forberedelsene til en behovsvurdering som skal være utgangspunkt for en ny anskaffelse. Utgangspunkt vil være de tjenestene Borgestadklinikken leverer i dag. Dette må sees i sammenheng med en analyse av pasientstrømmer og kapasitet i hele regionen. Sykehuset Telemark HF, Vestre Viken HF, Sykehuset i Vestfold HF og Sykehuset Sørlandet HF vil være særlig aktuelle å involvere, men vurderingene må også ha et regionalt perspektiv da de private tilbudene innen TSB som hovedregel skal være tilgjengelig for alle pasienter i Helse Sør-Øst. Brukere og pårørenderepresentanter vil bli involvert i behovsvurderingen og i det påfølgende arbeidet med konkurransedokumenter.

6. Sykehus i nettverk for bedre pasientbehandling

For å sikre slagpasienter et faglig godt og likeverdig tilbud, har Helse Sør-Øst RHF gitt et fagutvalg i oppgave å vurdere organiseringen av slagbehandlingen i regionen. Målet er å styrke kvaliteten og redusere uakseptabel variasjon i behandlingen.

Rapporten omtaler utfordringsbildet innenfor slagbehandlingen i regionen og foreslår en modell for en mulig fremtidig organisering av behandlingen i akutt fase.

Helse Sør-Øst dekker store geografiske områder - fra de tettest befolkede, til områder med store avstander. Rapporten peker derfor på at i vår region er behandling av akutt hjerneslag et eksempel på et tilbud som både bør sentraliseres og desentraliseres.

Det foreslås konkret følgende to modeller for organisering av det akutte tilbudet til pasienter med slag:

- For Oslo sykehusområde med mange innbyggere innenfor et lite geografisk område med flere sykehus, vil det være hensiktsmessig å sentralisere akutt behandlingen til ett sykehus. Etter 1-3 døgn i stabil fase overflyttes pasienten til en subakutt slagenhet ved ett av de øvrige sykehusene i Oslo.
- For Helse Sør-Øst utenfor Oslo vil imidlertid flere sykehusområder ha store geografiske avstander med en spredt befolkning. Her vil en desentralisert akuttbehandling være riktig. Fagutvalget foreslår videre at det i hvert helseforetak utvikles et HF-slagsenter. Pasienten skal vurderes i samråd med HF-slagsenteret hvorvidt pasienten bør overflyttes til HF-slagsenter, Oslo-slagsenter eller om videre behandling kan skje lokalt.

Et overordnet mål er at alle hjerneslagrammede i Helse Sør-Øst, uansett bosted, alltid må bli transportert til nærmeste sykehus som har et døgnkontinuerlig fungerende diagnostisk og behandlingmessig tilbud.

Dette styrker innbyggernes tilgjengelighet til en slagbehandling av god kvalitet og sørger for et bedre behandlingsopplegg slik at alle slagpasienter får et faglig godt og likeverdig behandlingstilbud gjennom hele fasen. Rapporten gir et godt grunnlag for videre diskusjon om organiseringen av den akutte og subakutte slagbehandlingen i regionen. Det er mange ulike hensyn som skal tas i de videre vurderingene. For at alle miljøer skal kunne gi sine innspill og bli hørt, sendes rapporten nå på intern høring i regionens helseforetak/sykehus.

Videre arbeid og behandling av rapporten vil kunne bli modell for, og en del av arbeidet med regional utviklingsplan hvor Helse Sør-Øst RHF skal legge premisser for helseforetakenes utviklingsplaner.

[Rapport - Akutt og subakutt behandling av hjerneslag i Helse Sør-Øst, 2016](#)

7. Status Digital fornying

Digital fornying rapporterer tilfredsstillende fremdrift. I programmet Regional klinisk løsning ble innføring av E-resept og Kjernejournal påbegynt ved Sørlandet Sykehus 2. mars (1. pulje). Planlegging og forberedelser for innføring ved Sykehuset Innlandet og Oslo universitetssykehus er i rute. Oppstart av pilot på medikamentell kreftbehandling ved Oslo universitetssykehus HF ble gjennomført 12. april 2016.

Radiologiløsningen er i avsluttende stabilitetstest som gjennomføres frem til 15. april 2016. Oppdatert status vil gis i styremøtet. Situasjonen for regionalt laboratedatasystem er forbedret siden forrige rapportering og neste versjon planlegges å settes i produksjon 5. juni 2016. For øvrige prosjekter er fremdriften i all hovedsak i henhold til plan.

Virksomhetsstyring er i henhold til oppdatert utrullingsplan og overordnet status er god, men endring av rekkefølge på helseforetakene gir totalt sett en forsinkelse på gjennomføringen. Endringsbehov knyttet til innføringen ved Oslo universitetssykehus, samt forlenget gjennomføring, øker kostnadene utover prognose fra 2015 Totalprognosen er fremdeles innenfor vedtatt budsjett.

Infrastrukturmodernisering rapporterer tilfredsstillende fremdrift. Det har vært noen mindre forsinkelser, men alle prosjekt rapporterer nå om god fremdrift. Det største prosjektet, Omlegging Oslo universitetssykehus, har lagt om ca. 8 500 klienter (PC-er) på Oslo universitetssykehus HF ved utgangen av februar.

Prosjektet for eksternt partnerskap og IKT fase 3 Sykehuset Østfold leverer i henhold til plan. Det nye programmet, IKT-støtte til forskning, er etablert. Første programstyremøte ble gjennomført i mars.

Det samlede risikobildet for Digital fornying er uendret og middels høyt.

Digital fornying lå ved utgangen av mars 2016 på omtrent 60 millioner kroner under budsjett. Programmene rapporterer at underforbruket i hovedsak skyldes tilgang på ressurser og tilhørende lavere forbruk på ressursiden, som reflekteres i et noe lavere fremdrift enn planlagt ved inngangen til året.

Status for hvert program per 9. mars 2016 oppsummeres i tabellen under.

Rapportert område	RKL		IMP		VIS	
	Jan	Mars	Feb	Mars	Feb	Mars
Overordnet						
Fremdrift						
Økonomi						
Risiko						
Kvalitet						
Avhengigheter						
Gevinst						
Ressurser						

8. 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 Torgeir Micaelsen (A) til helse- og omsorgsministeren

Dokument nr. 15:865 (2015-2016)

Innlevert: 06.04.2016 Sendt: 06.04.2016

Til behandling

Spørsmål

Torgeir Micaelsen (A): Hvor mange flere ansatte ble det i den sentrale helseforvaltningen fra regjeringsskiftet høstet 2013 til mars 2016?

Begrunnelse

I januar 2016 trådte endringer for organisering av den sentrale helseforvaltningen i kraft. Regjeringen sier på sine nettsider at de vil forenkle og effektivisere den sentrale helseforvaltningen, med målsetting om at fellesskapets ressurser benyttes mest mulig effektivt og at befolkningen skal få bedre helsetjenester. Regjeringen gikk til valg på å redusere antallet byråkrater og lovet å redusere antallet offentlige ansatte. Tall fra blant annet SSB, svarbrev til Stortinget knyttet til statsbudsjettet og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) viser noe annet. Jeg ber derfor om en oversikt over økingen i antall helsebyråkrater fra 2013-2016, og perioden 2009-2013.

Svar

Bent Høie: Svaret er ennå ikke tilgjengelig

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

Dokument nr. 15:864 (2015-2016)

Innlevert: 06.04.2016 Sendt: 06.04.2016

Til behandling

Spørsmål

Torgeir Micaelsen (A): Hvor stor andel av det totale helsebudsjettet går til byråkrati og administrasjon, hvor stor andel av spesialisthelsetjenestens budsjett brukes på byråkrati og administrasjon, og hvor stor andel av budsjettet til primærhelsetjenesten brukes til byråkrati og administrasjon, og kan jeg også be om tall for de ulike sektorene sett som del av det totale helsebudsjettet?

Svar

Bent Høie: Svaret er ennå ikke tilgjengelig

Skriftlig spørsmål fra Hårek Elvenes (H) til helse- og omsorgsministeren

Dokument nr. 15:852 (2015-2016)

Innlevert: 05.04.2016 Sendt: 05.04.2016

Besvart: 11.04.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Hårek Elvenes (H): Hvordan vil statsråden følge opp at Bærum sykehus forblir et fullverdig lokalsykehus for Asker og Bærum, og hvilke alternative tilknytningsformer vil bli vurdert?

Begrunnelse

Asker og Bærum er en del av Oslo-regionen og utgjør et felles bo- og arbeidsmarked. Bærum sykehus er i dag en del av Vestre Viken helseforetak, mens etater som eksempelvis brann og politi er organisert sammen med Oslo.

Svar

Bent Høie: Bærum sykehus er ett av fire somatiske sykehus i Vestre Viken. Sykehuset er lokal- og akuttstasjon for befolkningen i Asker og Bærum. Sykehuset har i dag områdefunksjoner for hele Vestre Vikens befolkning på enkelte områder som plastikkirurgi, fedmeoperasjoner og aldersmedisinsk kompetansesenter. Det foreligger ingen planer om å endre Bærum sykehus sin tilknytning til Vestre Viken. Bærum sykehus er et av de større norske sykehusene, ligger i et område med befolkningsvekst og vil fortsatt være et viktig sykehus framover, i et samspill med de øvrige sykehusene i Vestre Viken.

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

Dokument nr. 15:832 (2015-2016)

Innlevert: 01.04.2016

Sendt: 01.04.2016

Besvart: 11.04.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Rigmor Aasrud (A): Hva vil statsråden gjøre for sikre kjeveortoperer i Utkant-Norge og mener statsråden at det utdannes nok kjeveortoperer i Norge?

Begrunnelse

Oppland er et fylke med lange avstander noe som gjør det viktig å ha desentraliserte helsetilbud. Det er blant annet etablert lokalmedisinske sentre både i Valdres og i Nord-Gudbrandsdalen etter stor innsats fra kommunene i regionen. Tannhelse er også en viktig del av et godt helsetilbud og Nord-Gudbrandsdalen har i langt tid vært betjent av en ambulerende kjeveortoped. Han skal nå pensjoneres og det har ikke vært mulig å skaffe erstatter til dette tilbudet. Det betyr at de som skal benytte kjeveortoped kan få mellom 4-7 timers reise til nærmeste spesialist.

Svar

Bent Høie: Kjeveortoperer er den største gruppen av tannlegespesialister i Norge. De utgjorde over 40 pst av 470 årsverk av tannlegespesialister i 2014, samlet for offentlig og privat sektor. På landsbasis var det i 2014 om lag 25 000 innbyggere per årsverk av kjeveortoperer. Kjeveortopedi er den spesialiteten som har best geografisk fordeling, men det vil være områder i landet som ikke er like godt dekket som i befolkningsrike områder. I perioden 2004 til 2014 har antall årsverk av spesialister i kjeveortopedi økt med om lag 25 pst, mens antall barn og unge i den mest aktuelle alderen for tannregulering har økt med under 5 pst. Dette viser at generell tilgang på kjeveortoperer har vært og er god. Sammenliknet med andre nordiske land har vi en god dekning av kjeveortoperer i Norge.

Det er etablert en nasjonal opptakskomite for spesialistutdanning av tannleger. Komiteen gir råd til universitetene i forbindelse med opptak av søkere til de ulike spesialistutdanningene. Ved vurderingene vektlegges samfunnsmessige hensyn. Søkere med distriktstilknytning til fylker med ekstra behov blir prioritert. Fylkeskommunene er representert i denne komiteen, og disse er oppdatert på innmeldte behov fra alle fylkeskommuner. En del søkere til spesialistutdanning i kjeveortopedi har avtale med fylkeskommunen om å etablere seg i fylket etter endt utdanning. Departementet har satt i gang et arbeid med å utarbeide en utdanningsmodell for tannlegespesialister organisert som en integrert samarbeidsmodell mellom universitetene og de regionale odontologiske kompetansesentre. Når kompetansesentrene er tilstrekkelig bemannet med nødvendige spesialister som også har veilederkompetanse, vil større deler av den kliniske trening av spesialistene kunne foregå ved kompetansesentrene. Dette vil bidra til en bedre geografisk fordeling av tannlegespesialister, inkludert kjeveortoperer.

Representanten viser i sin begrunnelse til at det ikke har vært mulig å skaffe erstatter for en kjeveortoped som har ambulert til Nord-Gudbrandsdal og som nå skal pensjonere seg. De som skal benytte kjeveortoped kan få lang reisevei til nærmeste spesialist. Departementet har fått opplyst fra Oppland fylkeskommune at fylkeskommunen har bidratt til finansiering av lønn under utdanning for en kjeveortoped som etablerer seg på Gjøvik. I tillegg er det to kandidater fra Oppland under spesialistutdanning. Det opplyses videre at det generelt sett er lettest å rekruttere til sentrale strøk. Departementets vurdering er at tannlegespesialistene i økende grad vil jobbe i flerfaglige miljøer med andre tannlegespesialister.

Det er fylkeskommunen som skal sørge for at spesialisttannhelsetjenester er tilgjengelige i fylket. I et land som Norge vil en god del barn og unge måtte reise flere mil for å kunne få spesialistbehandling, uavhengig av hvilken spesialitet det gjelder. Helse- og omsorgsdepartementet har i samarbeid med Kunnskapsdepartementet lagt til rette for at fylkeskommunene har en innflytelse på opptakskapasiteten av spesialistutdanningen i kjeveortopedi og på hvilke hensyn som skal vektlegges ved opptak. Dette for å sikre den nødvendige geografisk fordelingen. I tillegg vil oppbyggingen av de regionale odontologiske kompetansesentre, som langt på vei finansieres av tilskudd over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett, kunne bidra til et nært samarbeid med øvrige spesialister i regionen for å sikre tilbudet til barn og unge med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. Oppland fylkeskommune er medeier i Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst, som ble etablert i november 2015. Dette gir muligheter for eierne av kompetansesenteret til å organisere samarbeidet med spesialistene i fylkeskommunene for på den måten sikre nødvendig tilgjengelighet.

Kjeveortopeder kan som andre tannlegespesialister etablere seg privat uten driftsavtale med fylkeskommune, og samtidig praktisere med stønad fra folketrygden. Så langt har dette i begrenset grad skapt problemer med rekruttering eller etablering av kjeveortopeder. Vi har en rimelig god geografisk fordeling. Jeg ser imidlertid et behov for at kjeveortopedisk spesialistbehandling, på lik linje med øvrige spesialisttjenester til personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven, i større grad bør integreres med fylkeskommunenes tannhelsetjeneste. Jeg har derfor gitt Helsedirektoratet i oppdrag å utrede ulike forhold ved kjeveortopedisk behandling, og samarbeidet mellom fylkeskommunenes tannleger/tannpleiere og kjeveortopedene. Dette er også forhold som blir viktige i forbindelse med overføring av tannhelsetjenesten fra fylkeskommunene til kommunene som del av kommunereformen.

Skriftlig spørsmål fra Stine Renate Håheim (A) til helse- og omsorgsministeren

Dokument nr. 15:829 (2015-2016)

Innlevert: 31.03.2016 Sendt: 01.04.2016

Besvart: 11.04.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Stine Renate Håheim (A): Kan statsråden redegjøre for hvilken kunnskap vi har om omfanget av dette problemet, og hvilke rutiner/tiltak som er iverksatt for å forebygge og avdekke dette?

Begrunnelse

Media har de siste årene omtalt enkelte episoder hvor leger har vært beruset på jobb, og saken om en kirurg ved Rikshospitalet i fjor høst fikk mye oppmerksomhet og vekker naturlig nok bekymring hos enkelte. Enkeltsakene håndteres av sykehusledelse, Helsetilsynet og eventuelt politiet.

Svar

Bent Høie: [Lenke til svaret med tabell i pdf-format](#)[Svaret finnes kun som pdf-fil]

Skriftlig spørsmål fra Geir Jørgen Bekkevold (KrF) til helse- og omsorgsministeren

Dokument nr. 15:822 (2015-2016)

Innlevert: 31.03.2016 Sendt: 31.03.2016

Besvart: 08.04.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Geir Jørgen Bekkevold (KrF): På hvilken måte mener helse- og omsorgsministeren at begrepet desentralisering skal vektlegges i en beslutning om hvor nye strålesentre bør etableres?

Begrunnelse

Det er bred enighet om å øke strålekapasiteten for kreftbehandling i Norge og gjøre den mertilgjengelig for flere pasienter. Rundt om i landet er det nå et sterkt engasjement omkring lokalisering av nye desentraliserte strålesentre. Helse Sør-Øst skal om få uker ta beslutningen om hvor slike sentre skal plasseres innenfor sine sykehusområder. I forkant av denne beslutningen er det utarbeidet ulike fagrapporter som har tatt opp i seg befolkningsgrunnlag, faglig kompetanse og reiseavstander for befolkningen til og fra de aktuelle plasseringsalternativene. Disse rapportene konkluderer i stor grad med at de fleste faglige og befolkningsmessige forhold er tilnærmedesvis like innenfor Vestfold/Telemark. Mens det for de bosatte

pasienter i vestre deler av Telemark og østre deler av Agder vil reiseavstanden for å motta behandling bli uforholdsmessig lang.

Telemark er blant de fylkene som benytter strålebehandling minst i hele landet, samtidig som det er det fylket som de nærmeste årene vil oppleve en større andel aldrende befolkning sammenlignet med gjennomsnittet i regionen.

Svar

Bent Høie: Målet med desentralisering av helsetjenester er å bringe flere av tjenestene nærmere der folk bor. Økt desentralisering har mange fordeler som kortere reisevei og besparelse av tid. Mange opplever også større trygghet i å bli behandlet nært sitt lokalmiljø og lokale nettverk.

I den aktuelle saken som omhandler strålekapasitet er det, ifølge Helse Sør-Øst, påvist store variasjoner i forbruk som kan knyttes til hvor eksisterende stråleenheter er plassert. I dag står Oslo universitetssykehus HF for en svært stor andel av kapasiteten i regionen.

Helse Sør-Øst RHF har signalisert at de vil legge vekt på at en videre utbygging av strålekapasitet skal skje desentralt. Helse Sør-Øst RHF har ansvar for å sikre likeverdige helsetjenester til alle uavhengig av bosted, og jeg legger til grunn at en planmessig fordeling og utbygging av strålekapasitet vil bidra til økt tilgjengelighet i hele regionen og gi et mer likeverdig tilbud til pasientene.

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

Dokument nr. 15:788 (2015-2016)

Innlevert: 18.03.2016 Sendt: 29.03.2016

Besvart: 11.04.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Kjersti Toppe (Sp): Mener statsråden kommuner kan stoppe nedleggelse av akuttkirurgi eller andre funksjoner i sykehusene, gjennom å bringe nedleggingstrusselen inn for tvistenemda?

Begrunnelse

I innstillingen til Nasjonal helse- og sykehusplan skriver regjeringspartiene og Venstre:

«... når det er på trappene forslag om vesentlig endring av kapasitet i spesialisthelsetjenesten, må de berørte kommunene gis reell mulighet til å bygge ut sin kapasitet tilsvarende (tilstrekkelig tid, tilstrekkelig økonomi og tilstrekkelig kompetanse). Vesentlige endringer må ikke skje uten at dette er avtalt gjennom forpliktende samarbeidsavtaler. Hvis det ikke oppnås enighet i form av en samarbeidsavtale, må det finnes en løsning gjennom tvisteløsningsnemda.» Et annet sted i innstillingen skriver samme flertall: «Dette flertall mener den foreslåtte avtalen mellom HF og kommuner om prehospitaltjenester skal være en del av de lovpålagte avtalene mellom sykehus og kommuner, og derved en del av ordningen med tvisteutvalg opprettet i samband med samhandlingsreformen.»

I Agder Flekkefjords Tidende sin nettutgave 5. mars er stortingsrepresentant Kjetil Kjenseth (V) sitert slik:

« () – For Flekkefjord sykehus er dette egentlig en gledens dag. Sykehuset er etter alle praktiske formål sikret: Rødlista til helseminister Høie med de fem sykehusene hvor blant annet Flekkefjord stod er fjernet. Folketallsgrunnlaget er fjernet og økonomien er styrket. () Kjenseth lister også opp at: - Kommunen har fått "innsigelsesrett", og kan bringe evt nedleggingstrussel inn for en tvistenemnd.()»

Poenget er gjentatt i en pressemelding lagt ut på Agder Venstres hjemmesider samme dag under overskriften "Sykehuset i Flekkefjord er tryggere enn noen gang".

Tvisteløsningsnemda ble opprettet ved innføring av Samhandlingsreformen og skal være meklingsinstans ved uenighet om inngåelse av samarbeidsavtaler, samt behandle og gi rådgivende uttalelser om tvister ved inngåtte samarbeidsavtaler etter helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1. Og behandle og gi rådgivende uttalelser i klagesaker om betaling etter forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter kapittel 3. Avtalen mellom helse- og omsorgsdepartementet og KS gjelder fra 10.02.12 til 31.12.16.

Spørsmålsstilleren mener det fremgår klart at tvisteløsningsnemda ikke er ment som tvisteløsningsnemnd

mellom kommuner og foretak om nedleggelse av funksjoner ved enkeltsykehus. Statsråden må klargjøre dette.

Spørsmålsstilleren mener at dersom kommunene skulle ha innflytelse på sykehusstyringen så måtte helt andre ordninger på plass og konstaterer at slike ordninger ikke er foreslått. Spørsmålsstilleren mener at første prinsipp i en ordning som kan gi kommunene innflytelse over sykehusstyringen må være at Stortinget i en Nasjonal helse- og sykehusplan tar stilling til vesentlige endringer i sykehusene, etter brede høringsrunder og prosesser med kommunene. Den muligheten har Stortinget fraskrevet seg.

Svar

Bent Høie: Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e andre ledd at kommuner og helseforetak har plikt til å inngå samarbeidsavtaler. Det er presisert i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 hva avtalen som et minimum skal omfatte. Disse punktene er som følger:

1. enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre,
2. retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester,
3. retningslinjer for innleggelse i sykehus,
4. beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp etter § 3-5 tredje ledd,
5. retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon,
6. retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering,
7. samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid,
8. samarbeid om jordmortjenester,
9. samarbeid om IKT-løsninger lokalt,
10. samarbeid om forebygging og
11. omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden.

Den 10.2.2012 inngikk Helse- og omsorgsdepartementet og KS avtale om nasjonal tvisteløsningsnemnd for helse- og omsorgssektoren. Nemnda skal bidra til å sikre likeverdighet mellom partene og sikre en mest mulig forutsigbar praksis.

Virkeområdet til det nasjonale tvisteløsningsnemnda er tredelt. For det første skal nemnda være meklingsinstans ved uenighet om inngåelse av samarbeidsavtaler. For det andre skal nemnda behandle og gi rådgivende uttalelser om tvister ved inngåtte samarbeidsavtaler. For det tredje skal nemnda behandle og gi rådgivende uttalelser i klagesaker om betaling etter forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter. Nemnda er ikke forankret i lov og har kun en rådgivende rolle. Det innebærer at nemndas uttalelser ikke er rettslig bindende for partene, med mindre partene har avtalt annet.

Kommuner og helseforetak skal inngå avtaler om den akuttmedisinske kjeden, herunder prehospitale tjenester. Nasjonal helse- og sykehusplan foreslår å styrke akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus blant annet ved at endret oppgavedeling skal omfatte prehospitale tjenester og sikre at disse har nødvendig kapasitet og kompetanse. Nasjonal helse- og sykehusplan sier også at lovpålagte samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner bør utvikles og konkretiseres så de fungerer som et felles planverktøy for akuttmedisinske tjenester. I innstillingen til Nasjonal helse- og sykehusplan er det tydeliggjort at de prehospitale tjenestene inngår i saker som kan bringes inn for den nasjonale tvisteløsningsnemnda.

Det er imidlertid opp til avtalepartene å bli enige om hvor detaljert avtalen mellom dem skal være, og hva avtalen skal inneholde utover de minimumskravene som fremgår av loven. Dersom det er uenighet om forståelsen av avtalen som er inngått, så kan saken bringes inn for den nasjonale tvisteløsningsnemnda. Tvisteløsningsnemnda kan imidlertid ikke gi bindende uttalelser om hvordan et helseforetak eller en kommune

innretter sitt tjenestetilbud for å sikre at pasienter og brukere får et forsvarlig tilbud. Når det gjelder spørsmål om hvordan helseforetakene og kommunene skal ivareta sine lovpålagte forpliktelser for å sørge for at pasienter og brukere får det tilbudet de har krav på, så er utgangspunktet at det ansvaret ligger fullt og helt på de respektive nivå. Dette ansvaret kan verken fraskrives gjennom avtale eller gjennom uttalelser fra nasjonal tvisteløsningsnemnd.

Jeg vil imidlertid understreke viktigheten av at helseforetakene og kommuner lager gode avtaler om hvordan man skal samarbeide for å sikre gode pasientforløp. I dette er en naturlig del å avtale hensiktsmessige arenaer for å drøfte eventuelle fremtidige endringer i tjenestetilbudet på respektive nivå. Dette gjelder særlig når kommuner eller helseforetak vurderer endringer i innretningen av tjenestetilbudet som kan påvirke det andre part. Avtalepartene skal koordinere tjenestene sine slik at alle pasienter og brukere som har behov for tjenester fra både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten, får en helhetlig og sammenhengende tjeneste.

I nasjonal helse- og sykehusplan fremgår det at Regjeringen ønsker en videre utvikling av åpne og utadrettede arbeidsformer og bedre samhandling på lokale arenaer. I planen fremgår det at alle helseforetak skal utarbeide utviklingsplaner i tett dialog med kommunene og andre aktuelle aktører. Utviklingsplanene må ses samlet og sikre det totale helsetilbudet i regionen. En veileder for hvordan arbeidet med utviklingsplanene skal gjennomføres, er under utarbeiding. Veilederen må beskrive hvilke krav som bør stilles til dialog med kommunene og andre aktuelle aktører for å sikre gode og sammenliknbare prosesser, og krav til utredning av konsekvensene av eventuelle foreslåtte endringer.

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

Dokument nr. 15:717 (2015-2016)

Innlevert: 04.03.2016 Sendt: 07.03.2016

Besvart: 17.03.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Kjersti Toppe (Sp): Kan ministeren gi en oversikt over hvor mange behandlingsplasser i henholdsvis psykisk helsevern og rusomsorg som er private ideelle, hvor mange som er private kommersielle og hvor mange som er offentlige og en oversikt over antallet tilbydere innenfor de samme behandlingstilbudene fordelt på de samme kategoriene?

Begrunnelse

I forbindelse med behandling av Prop. 15 S Opptrappingsplan for rusfeltet (2016-2017) oppgis det at over 50 % av den samlede døgnkapasiteten innen TSB ytes av private institusjoner, i det alt vesentlige ideelle virksomheter. Regjeringen har innført fritt behandlingsvalg innen tverrfaglig spesialisert behandling og psykisk helsevern i 2015. Samtidig uttrykker ideelle aktører bekymring for at anbudspraksis favoriserer de private kommersielle og at regjeringens implementering av EUs anskaffelsesdirektiv i norsk rett skal forsterke dette. Viktige rammebetingelser for institusjonene legges i politikktutviklingen på dette området og det er nødvendig at Stortinget har oversikt over status.

Svar

Bent Høie: Private aktører – i alt vesentlig ideelle – har i mange år spilt en viktig rolle på rusfeltet. Disse har bidratt til å utvikle feltet og også representert et mangfold i behandlingstilbudene til rusavhengige.

Hvert år utgir Helsedirektoratet Samdatarapport over sentrale data fra hele spesialisthelse-tjenesten, både somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling (TSB). Disse rapportene blir publisert tidlig på høsten hvert år. Følgelig foreligger det ikke nyere data enn fra 2014. I nevnte Samdatarapport innhentes det informasjon blant annet om døgnkapasiteten innen psykisk helsevern og TSB. I psykisk helsevern skilles det ikke mellom private og offentlige døgnplasser ettersom det private innslaget er svært begrenset. I psykisk helsevern var det i 2014 i alt 4062 døgnplasser – fordelt på 293 døgnplasser i psykisk helsevern for barn og unge og 3769 døgnplasser i psykiske helsevern for voksne.

I TSB viser rapporten at det i 2014 på landsbasis var 1906 døgnplasser – hvorav 1099 døgnplasser var drevet av private med avtale med de regionale helseforetakene. Av denne statistikken fremgår ikke hvor mange av de private døgnplassene som drives av henholdsvis kommersielle og ideelle private aktører. Basert på opplysninger fra de regionale helseforetakene har de samlet sett inngått avtaler med i alt 35 private leverandører innen TSB, hvorav 34 anses å være ideelle organisasjoner. Helse Nord RHF har inngått avtale med tre private aktører hvorav én ikke anses som ideell organisasjon.

Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF benyttet seg av unntaksbestemmelsen i anskaffelsesregelverket, som gir anledning til bare å kjøpe fra private ideelle tilbydere. Helse Nord RHF benyttet seg ikke av denne unntaksbestemmelsen ettersom det ikke var et tilstrekkelig tilfang av ideelle aktører i opptaksområdet til å reservere kontraktene til disse.

Skriftlig spørsmål fra Anne Tingelstad Wøien (Sp) til helse- og omsorgsministeren
Dokument nr. 15:710 (2015-2016)

Innlevert: 03.03.2016 Sendt: 04.03.2016

Besvart: 29.03.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Anne Tingelstad Wøien (Sp): Hvor lang reisevei mener helseministeren det er forsvarlig at en dialysepasient som må ha behandling flere ganger i uka skal ha og er innsparingen på bemanningen ved det lokalmedisinske senteret forsvarlig sett i forhold til pasientens beste?

Begrunnelse

I GD 3.mars 2016 kan vi lese om en dialysepasient i Nord-Gudbrandsdal som må reise 30 mil for å få dialysebehandling to ganger i uka. Pasienten skulle egentlig hatt tre behandlinger pr uke, men orker bare to pga svært lang reiseavstand.

Lokalmedisinsk senter på Otta ligger 30 minutter unna og har dialysebehandling, men holder stengt for tida siden det ikke finnes mer enn en dialysepasient i Nord-Gudbrandsdalen, som det står i avisen. Det opplyses at det må være minst tre pasienter som benytter seg av dialysetilbudet for at dette kan være åpent og bemannet.

Dialysebehandling er ett av tilbudene som har vært pekt på som positivt for pasientene i forbindelse med oppretting av lokalmedisinske senter. Det framgår ikke av artikkelen om det finnes flere dialysepasienter i Gudbrandsdalen. Om så er forutsetter jeg at disse også får tilbud om å reise nordover til Otta for behandling dersom det ikke fører til mye lengre vei enn til Lillehammer. Men 30 mil i reisevei flere ganger i uka er en svært tung belastning for en dialysepasient i tillegg til selve sykdommen.

Svar

Bent Høie: Om lag 11 prosent av den norske befolkningen har kronisk nyresykdom. Noen av disse utvikler alvorlig nyresvikt og trenger dialyse. Antall dialysepasienter i Norge er økende, hovedsakelig på grunn av økende andel eldre, men økningen henger også sammen med økning i livsstilssykdommer som høyt blodtrykk og diabetes.

Dialysebehandling tilbys i dag ved sykehus og lokalmedisinske sentra. Dialysebehandling kan også gis som hjemmebehandling, som er den mest kostnadseffektive behandlingen og som sparer pasienten for belastningen med reise til og fra behandlingsstedet. Dessverre er det ikke alle pasienter som egner seg for dette, men andelen som får hjemmedialyse kan trolig økes.

Når det gjelder dialysebehandling ved det lokalmedisinske senteret på Otta, har Helse Sør Øst informert meg om at dette tilbudet i perioder har vært stengt på grunn av lite pasientgrunnlag. På grunn av liten aktivitet har personellet måttet omdisponeres til andre oppgaver i kommunen, og har i slike perioder hatt tjeneste ved det lokalmedisinske senteret kun en dag i uken for cellegiftbehandling. På grunn av problemer med vannrenseanlegget tilknyttet dialysemaskinen har man for tiden heller ikke mulighet til å gi dialysebehandling den dagen det er åpent.

Når det gjelder den aktuelle pasienten, har Helse Sør-Øst informert meg om at Sykehuset Innlandet HF planlegger å gi vedkommende tilbud om dialyse en gang i uka ved Otta lokalmedisinske senter når vannforsyningen igjen er i orden. Arbeidet med innstallering og testing av renseanlegget vil bli avsluttet om noen få uker. Dette vil kunne gjøre behandlingssituasjonen for pasienten mer tilfredsstillende.

Skriftlig spørsmål fra Ketil Kjenseth (V) til helse- og omsorgsministeren
Dokument nr. 15:690 (2015-2016)

Innlevert: 01.03.2016 Sendt: 02.03.2016

Besvart: 14.03.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Ketil Kjenseth (V): Har statsråden gitt signaler til helseforetakene om at det er greit å tolke Stortingets vedtak om veiledende responstider for akuttoppdrag innenfor slike marginer som Vestre Viken HF gjør i sine driftsavtaler, og hva kan godtgjøre et så raust slingringsmann - når det kan stå om liv?

Begrunnelse

16 år er gått siden Stortinget vedtok følgende veiledende responstider for akuttoppdrag:

- I byer og tettsteder skal ambulansen være fremme på hendelsesstedet innen 12 minutter i 90 prosent av de akutte hendelsene.

- I grisgrendte strøk skal ambulansen være fremme på hendelsesstedet innen 25 minutter i 90 prosent av de akutte hendelsene.

I Vestre Viken HF opererte ambulansetjenesten i 2015 med driftsavtaler med følgende responstider for akuttoppdrag:

- 90 % responstid akuttoppdrag i tettbebygd strøk 20 minutter

- 90 % responstid akuttoppdrag i grisgrendt strøk 30 minutter. Unntatt kommunene Flesberg, Flå, Hemsedal, Rollag, Sigdal og Hurum 40 minutter

Svar

Bent Høie: I St.meld. nr. 43 (1999-2000) Om akuttmedisinsk beredskap ble de foreslåtte kravene til responstider gjort veiledende med følgende mål:

- Akuttoppdrag: 12 minutter for 90 pst. av befolkningen i byer og tettsteder og 25 minutter for 90 pst. av befolkningen i grisgrendte strøk.

Målene har vært veiledende slik at de vil kunne gjennomføres de aller fleste steder i landet, men noen steder har tjenesten måtte gjøre tilpasninger på grunn av geografi og spredt bosetting. Tid fra 113-oppringning til ambulanse er på hendelsessted (responstid) er nå blitt en nasjonal kvalitetsindikator – med de samme målene som ble foreslått i St.meld. nr. 43. Det gir nasjonale myndigheter et godt utgangspunkt for å overvåke kvaliteten på ambulansetjenesten – og for å forbedre tjenesten lokalt. Jeg har ikke gitt signaler til helseforetakene om at det er greit å tolke Stortingets vedtak om veiledende responstider for akuttoppdrag ved å etablere mindre ambisiøse mål. Jeg legger til grunn at helseforetakene bruker målene for den nasjonale kvalitetsindikatoren i sitt forbedringsarbeid.

Tiden det tar fra en potensielt alvorlig hendelse inntreffer til en pasient har fått nødvendig helsehjelp er ofte av avgjørende betydning for å unngå unødvendig død, tap av leveår og funksjonsnivå eller lidelse. For flere akutte tilstander som hjertestans, hjerneslag, akutt hjerteinfarkt og alvorlige traumer er rask responstid med på å redde liv og bedre pasientens sjanser til å bevare funksjonsnivå. Tall for 2. tertial 2015 viser at ambulansen var fremme innen 12 minutter i 71 prosent av hendelsene i tettbebygde strøk. Publiseringen av tallene viser at det er utfordringer knyttet til definisjonen av et tettbebygd strøk, og enkelte kommuner kan derfor komme uheldig ut resultatmessig. I grisgrendte strøk var ambulansen fremme på hendelsesstedet innen 25 minutter i 83 prosent av hendelsene.

Jeg er opptatt av at helseforetakene nå bruker resultatene aktivt i sitt forbedringsarbeid, og gjør justeringer for å forbedre responstiden og tilbudet til befolkningen.

Skriftlig spørsmål fra Tone Wilhelmsen Trøen (H) til helse- og omsorgsministeren

Dokument nr. 15:682 (2015-2016)

Innlevert: 29.02.2016 Sendt: 29.02.2016

Besvart: 09.03.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Tone Wilhelmsen Trøen (H): Nes kommune i Akershus ble underlagt Kongsvinger sykehus under byggeperioden til nye Akershus Universitetssykehus (Ahus). Da nye Ahus sto ferdig i 2008 ønsket Helse Sør-Øst å gjøre ordningen permanent med at nesbuene fortsatt skulle tilhøre et sykehus i et annet fylke og en annen

sykehusregion enn det de historisk har tilhørt. Innbyggerne i Nes føler seg ekskludert fra Akershus på helseområdet, og kjemper for at Ahus skal være deres hovedsykehus. Hvordan ser statsråden på sykehusstilhørigheten for innbyggerne i Nes kommune?

Begrunnelse

Innbyggerne i Nes kommune har i snart 15 år hatt en todelt sykeløsning, med Kongsvinger sykehus som sitt primærsykehus, og enkelte spesialisthelsetjenester ved Akershus Universitetssykehus (Ahus). En arbeidsgruppe konkluderte i 2014 med at Nes kommunes befolkning skal få et samlet tilbud ved Ahus. Til tross for dette, og et sterkt ønske fra nesbuene om sykehusstilhørighet til Ahus, melder lokavisen Raumes om at kommunens sykehusstilhørighet skal utredes på nytt igjen. Nes kommune har et utstrakt samarbeid med de fem øvrige kommunene på Øvre Romerike, og ønsker naturlig nok å være en del av dette samarbeidet fullt ut også på helsefeltet. Arbeidsgruppen i 2014 konkluderte med at Nes kommune og befolkningen i Nes bør, på lik linje med øvrige kommuner på Romerike, få et samlet sykehusstilbud.

Begrunnelsen for at Nes fortsatt skal tilhøre Kongsvinger sykehus etter at Ahus sto ferdig i 2008, var de store kapasitetsutfordringene som oppsto da de tre Oslobydelene Stovner, Alna og Grorud ble overført fra Oslo Universitetssykehus til Ahus i 2012.

Når Oslo Universitetssykehus nå foreslår å gjenåpne Aker sykehus som lokalsykehus for hovedstadens befolkning, mener jeg det bør vurderes om befolkningen i Groruddalen bør tilbakeføres til Aker. Det vil kunne frigjøre kapasitet til at innbyggerne i Nes vil få sin samlede sykehusstilhørighet til Ahus igjen, og vil også være viktig for å håndtere den økende veksten på Romerike og Follo i årene fremover.

Svar

Bent Høie: Jeg ba i foretaksmøte med Helse Sør-Øst RHF 17. august 2015 om at Helse Sør-Øst i sitt arbeid med analyse og kapasitetsbehov 2030 også vurderer om det kan være hensiktsmessig å overføre Kongsvinger sykehus med tilhørende befolkningsområde til Akershus universitetssykehus.

Helse Sør-Øst har utarbeidet en rapport om kapasiteten for sykehusområdene Oslo og Akershus. I denne framgår det at Akershus universitetssykehus har et betydelig avlastningsbehov fram mot 2030. Helse Sør-Øst har nå denne rapporten på høring, med høringsfrist 8. april. Samtidig er vedtaket i styret i Oslo universitetssykehus om det fremtidige målbildet for Oslo universitetssykehus, med et samlet og komplett regionssykehus inkludert lokalsykehusfunksjoner på Gaustad, et lokalsykehus på Aker og kreftbehandling på Rikshospitalet også oversendt Helse Sør-Øst for behandling. Jeg er opptatt av at Helse Sør-Øst sørger for å se på utviklingen i hele hovedstadsregionen under ett. I den sammenheng er det naturlig at man vurderer om det på sikt vil være hensiktsmessig å legge de tre bydelene i Oslo som i dag får sitt tilbud på Akershus universitetssykehus til Oslo sykehusområde og eventuelt til et nytt lokalsykehus på Aker. Det er samtidig nødvendig å påpeke at avlastningen av Akershus universitetssykehus må skje gradvis for å utnytte kapasiteten på en god måte. På tilsvarende måte vil utviklingen av Aker måtte skje i takt med økt behov for kapasitet og som en del av en helhetlig tilnærming for fornyelsen av bygningsmassen ved Oslo universitetssykehus.

Det er planlagt at styret i Helse Sør-Øst RHF vurderer det samlede kapasitetsbehovet i hovedstaden når avlastningsløsninger for Akershus universitetssykehus HF skal besluttes i juni 2016.

Helse Sør-Øst opplyser at vurderingene som gjelder Kongsvinger sykehus og Akershus universitetssykehus vil blir gjort i forbindelse med arbeidet med en regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst.

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

Dokument nr. 15:662 (2015-2016)

Innlevert: 23.02.2016 Sendt: 23.02.2016

Besvart: 07.03.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Torgeir Micaelsen (A): I november 2015 kunne NRK fortelle at norske sykehus leier inn vikarer for flere hundre millioner kroner i året.

Kan jeg derfor be om et anslag på utviklingen i vikarbudsjetten fremstilt skjematisk og brutt ned på helseforetak, helseregion og for ulike personellgrupper fra 2010 til i dag, og hvor detaljeringsgraden i svaret bes om å etterkomme intensjonen i spørsmålet i størst mulig grad?

Begrunnelse

Det har lenge vært kjent at sykehusene er avhengig av innleie fra vikarbyråer for å dekke den nødvendige grunnbemanningen. NRK beskriver situasjonen i en artikkel fra 10.11.15, der underlaget bygger på tall fra Helseforetakenes innkjøpsservice (HINAS). Tillitsvalgte frykter at for stor andel av vikarer kan ramme pasientsikkerheten. Det kan skje feil hvis vikarer ikke er godt nok kjent med rutiner og i avdelingen generelt, og det kan være for liten tid til opplæring. Flere, blant annet tillitsvalgte, påpeker at høy vikarbruk også fører til at foretakene bruker mye tid og penger på opplæring og å bygge opp en kompetanse som forsvinner ut igjen. På 3,5 år skal foretakene ha brukt 2,7 mrd. kroner på innleie, der 60 prosent av utgiftene skal ha gått til innleie av sykepleiere.

Svar

Bent Høie: Det er en relativt omfattende problemstilling som reises i stortingsrepresentant Micaelsens spørsmål. Jeg har derfor bedt om orientering fra de regionale helseforetakene for å belyse dette på en god måte. Mye av dette materialet fremgår i vedlagte tabeller.

I foretaksmøte i de regionale helseforetakene 12. januar i år, ba jeg de regionale helseforetakene om fortsatt å ha oppmerksomhet på bruk av faste stillinger, heltid og vikarer, og at bemanningen må tilpasses til aktiviteten. De regionale helseforetakene skal rapportere månedlig til departementet på disse områdene.

Problemstillingen som representanten Micaelsen tar opp om bruk av vikarer, og konsekvenser for pasientsikkerhet og ressursbruk til opplæring er forhold jeg har bedt de regionale helseforetakene om å ha oppmerksomhet på i 2016. Jeg vil blant annet derfor være forsiktig med å trekke noen endelige konklusjoner på disse eventuelle sammenhengene eller problemstillingene det pekes på i spørsmålet.

Oversikt over bruk av vikarer i perioden 2010-2015

De regionale helseforetakene har oppgitt til departementet en oversikt over forbruk av innleide vikarer i antall timer og kostnader i perioden 2010-2015 for avtalegruppene (1) Sykepleier, (2) Legespesialisttjenester og (3) Annet helsepersonell, fordelt på helseregioner og helseforetak. Oversikten er utarbeidet av Helseforetakenes innkjøpsservice (HINAS) (se vedlegg).

HINAS har siden 2009, gjennomført nasjonale anskaffelser av vikartjenester av helsepersonell på vegne av de regionale helseforetakene. I de tilfellene helseforetakene benytter vikarbyrå utenfor rammeavtalene, skjer dette i hovedsak i de tilfellene avtaleleverandørene ikke kan levere ønsket kvalifisert helsepersonell på det aktuelle tidspunktet og innenfor de fristene helseforetakene har satt.

Innleie av vikarer i sykehusene skjer hovedsakelig i forbindelse med avvikling av ferie- og høytidsperioder, situasjoner der midlertidig innleie av vikarer er nødvendig for å øke kapasiteten, ved kortvarig eller planlagt fravær der tilsvarende kompetanse ikke er tilgjengelig for den aktuelle periode i eget helseforetak, eller ved sykdom. Høyest forbruk av vikarer er ved sommerferieavviklingen.

Helseforetakene har strenge kriterier for bruk av innleide vikarer, når det likevel er nødvendig, forsøker en å benytte vikarer som er kjent på de aktuelle avdelingene, men innenfor rammene av de inngåtte avtalene.

Figur 1 viser en oversikt over forbruk av innleide vikarer basert på timeforbruk nasjonalt i perioden 2010-2015. Den viser en svak økning i bruk av legespesialist-tjenester, forholdsvis stabilt for sykepleiertjenester og en svak nedgang i bruk av annet helsepersonell. Omregnet til årsverk så er endringene fra 2010 til 2015 meget lav.

Figur 1. Bruk av innleide vikarer i perioden 2010-2015.

Figur 2 viser utviklingen i omsetning for bruk av innleide vikarer. Som det fremgår av figuren, er det en økning i totale kostnader for legespesialisttjenester og sykepleiertjenester, og en reduksjon i kostnader for annet helsepersonell. Det siste skyldes primært en nedgang i bruk av denne type vikarer, mens økningen i omsetning på de øvrige kategoriene blant annet må tilskrives en generell prisvekst.

Figur 2. Forbruk av innleide vikarer – omsetning i perioden 2010-2015.

De regionale helseforetakene har i sin orientering til departementet vist til at det er et generelt behov for vikarer i de fleste bransjer og sektorer hvor tjenestetilbudet skal opprettholdes i periodene for alminnelig ferieavvikling. Etter deres vurdering står likevel innleid helsepersonell i en særstilling, da det er lav restarbeidskapasitet i arbeidsmarkedet i de periodene helseforetakene har behov for vikarer for de aktuelle yrkesgruppene.

For flere av faggruppene er det ikke tilgjengelig restarbeidskapasitet i arbeidsmarkedet. Når sykehusene i størst mulig grad benytter faste ansatte, og helst i hele stillinger eller større stillingsbrøker, så viser det seg at den

variable kapasiteten blant egne medarbeidere går ned. Dette er positivt samfunnsøkonomisk, ved at de som har tatt helsefaglig utdanning er i arbeid og yter gode helsetjenester.

De regionale helseforetakene har også i sin orientering vist til at det i 2010, under pandemien, var en betydelig bruk av innleide vikarer. I første del av 2010 var bruk av innleide vikarer svært viktig for å kunne håndtere pandemien.

I hvilken grad benyttes innleide vikarer for å dekke grunnbemanning

Helseforetakene benytter som hovedregel ikke innleide vikarer for å dekke nødvendig grunnbemanning. Orienteringen fra de regionale helseforetakene viser at det bare unntaksvis, i enkelte helseforetak, leies inn vikarer for å dekke nødvendig grunnbemanning. Disse unntakene oppstår der en har utfordringer med rekruttering, og eller i kombinasjon med fravær som varer over noe tid.

Helseforetakene i Helse Nord bruker i større grad enn helseforetakene i de tre andre helseregionene legevikarer for å dekke nødvendig grunnbemanning. For de ulike legespesialiteter er det først og fremst innen radiologi det er behov for å benytte innleide vikarer der en ikke har lyktes med å rekruttere til ledige faste stillinger. Enkelte helseforetak i Helse Midt-Norge har i enkelte tilfeller brukt innleide vikarer for å dekke nødvendig grunnbemanning.

Helse Vest har bedt helseforetakene beskrive bruken av innleide vikarer i forhold til grunnbemanning. Helseforetakene har redegjort for at de ikke benytter innleide vikarer for å dekke grunnbemanning. Helseforetakene har redegjort for at innleide vikarer benyttes ved ferieavvikling, akutt fravær og ved særlig behov for å dekke midlertidig kapasitetsbehov. Helse Vest har opplyst oss om at de har fulgt bruken av innleide vikarer over tid med månedlige rapporteringer. Helse Vest har opplyst departementet om at bruk av innleide vikarer i perioden 2010 – januar 2016 i gjennomsnitt er benyttet i 0,42% av egne brutto månedsværk. Forbruk av innleide vikarer har også gått ned i ferieperiodene de siste årene.

Det samme gjelder i all hovedsak også for Helse Sør-Øst, med noen kortere unntak knyttet til enkelte legespesialiteter på grunn av rekrutteringsutfordringer.

I hvilken grad rammer innleie av vikarer pasientsikkerheten

Helseforetakene har stor oppmerksomhet på at innleide vikarer skal være like kvalifisert som egne medarbeidere, og at det ikke skal påvirke pasientsikkerheten. De regionale helseforetakene har orientert departementet om at omfanget av meldte avvik er lavt. Der hvor avvik har forekommet, blir dette tatt opp direkte i dialogen mellom helseforetaket og det aktuelle vikarbyrået, samtidig som avvikene meldes til HINAS. Dette gir en samlet oversikt for hele spesialisthelsetjenesten. Tilgjengelig oversikt over meldte avvik avdekker ikke forskjell på andel uønskede hendelser for faste medarbeidere og innleide vikarer.

I hvilken grad påvirker bruk av innleide vikarer kompetansen i spesialisthelsetjenesten

I hovedsak kommer vikarene man benytter i spesialisthelsetjenesten fra sykehus i Danmark og Sverige. Helseforetakene forsøker i størst mulig grad å benytte vikarer som har hatt oppdrag ved den aktuelle avdelingen tidligere. Erfaringene viser at vikarene fra Danmark og Sverige generelt sett har høy kompetanse.

Helseforetak i Helse Nord har likevel orientert om at innleie av vikarer i enkelte tilfeller har påvirket kompetansen negativt, men likevel i beskjeden grad. I Helse Midt-Norge har man orientert om tilsvarende erfaringer.

I hvilken grad fører høy andel innleide vikarer til økt bruk av ressurser til opplæring

Vikarer fra vikarbyrå skal i henhold til bestemmelsene i rammeavtalene gjennomføre introduksjonsopplæring når de kommer til en ny avdeling. Innleide vikarer skal minst ha en opplæringsdag der de følges opp av en egen kompetent fast ansatt medarbeider. Kostnadene til dette dekkes av vikarbyrå. Hensikten med disse bestemmelsene i rammeavtalene er både å sikre god introduksjon og samtidig motivere vikarbyråene til å benytte de samme vikarene ved de ulike avdelingene. Dersom helseforetakene mener vikaren trenger mer opplæring, så skjer dette på samme måte som når helseforetakene selv ansetter egne medarbeidere.

Ved klare bestillinger og kravspesifikasjoner til vikarbyråene viser erfaringene at det for legevikarer er behov for mer opplæring enn for andre vikarer. Det forekommer unntaksvis at vikarene ikke tilfredsstillende de kravene som er satt ved bestilling av vikarer fra vikarbyråene. Dette meldes direkte til vikarbyråene, der forholdet må rettes opp med ulike tiltak. Dersom helseforetakene mener en vikar ikke er kvalifisert i tråd med de krav som er stilt,

avvikles oppdraget. Rammeavtalene inneholder også bestemmelser hvordan dette skal håndteres.

De regionale helseforetakene har orientert om at helseforetakene i hovedsak ikke bruker mer ressurser på opplæring enn det som ligger i rammeavtalene, men at dette kan tilpasses den aktuelle situasjonen. Helseforetakene er organisatorisk ansvarlig for at alle som utfører oppgaver i virksomheten er kvalifisert og har tilstrekkelig kunnskap og erfaring. Uavhengig av hvilke vurderinger vikarbyråene legger til grunn, har helseforetakene en selvstendig plikt og ansvar for å forsikre seg om at innleide vikarer tilfredsstiller kravene.

Avslutningsvis vil jeg understreke at de regionale helseforetakene og helseforetakene i 2016 fortsetter arbeidet med å følge opp bruken av innleide vikarer. Det foreligger et omfattende kunnskapsgrunnlag der de regionale helseforetakene sammen med HINAS har god innsikt, statistikk og ikke minst oppfølging av rammeavtalene. Departementet er orientert om at de regionale helseforetakene vil fortsette sin strategi, hvor blant annet tredjepartrevisjoner av leverandører inngår som et viktig element. Det er etter det jeg er kjent med ingen andre avtaleområder der en benytter revisjoner og kontroll av leverandørene på en så omfattende måte som for dette avtaleområdet i helseforetakene. Dette er et viktig arbeid for å sikre at spesialisthelsetjenesten skal kunne gi stabile og kvalitativt gode helsetjenester gjennom hele året.

Vedlegg: Se <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Sporsmal/Skriftlige-sporsmal-og-svar/Skriftlig-sporsmal/?qid=64868>

Link til regjeringens side – spørsmål til skriftlig besvarelse:

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