

Saksframlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret Helse Sør-Øst RHF	20. oktober 2016

SAK NR 081-2016

ORIENTERINGSSAK: DRIFTSORIENTERINGER FRA ADMINISTRERENDE DIREKTØR

Forslag til vedtak:

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Hamar, 12. oktober 2016

Cathrine M. Lofthus
administrerende direktør

1. Helsetilsynets tilsynsmelding 2015

Helsetilsynet gjennomførte i 2015 det landsomfattende tilsynet "*Samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen*". Svikt i overføring av informasjon mellom sykehus og kommuner var et av hovedfunnene i tilsynet.

Det ble undersøkt om sykehusene ved systematisk styring sikrer forsvarlig utskrivning av pasienter med behov for kommunale helsetjenester i hjemmet etter utskrivelse.

Tilsynet omfattet utvalgte avdelinger i Sykehuset Innlandet, Sørlandet sykehus, Sykehuset Østfold, Oslo universitetssykehus, Sykehuset i Vestfold og Sykehuset Telemark.

Det ble funnet avvik ved fire av helseforetakene. Avvikene var knyttet til manglende informasjon om legemidler, manglende informasjon til pasienter/pårørende og mangler ved samhandling med kommunen ved utskrivning

Helseforetakene arbeider med tiltak for å lukke avvikene. I tillegg vil regionen i 2017 sette fokus på å arbeide videre med å sikre trygg utskrivning av pasienter.

Oppfølging av tidligere tilsyn

Svartid ved AMK-sentralene:

Kravet er at 90 % av henvendelsene ved AMK-sentralene skal besvares innen 10 sekunder. Ingen anrop skal være ubesvart etter 20 sekunder. Tilsynet gjaldt Oslo universitetssykehus og målet ble oppnådd høsten 2015. Saken er avsluttet.

Ventelistesaken Vestre Viken fra 2010:

Vestre Viken HF ble ilagt forelegg på 5 millioner kroner. Det ble gjennomført nytt tilsyn i oktober 2015. Det ble da ikke avdekket lovbrudd, og det ble derfor besluttet å ikke inndrive forelegget.

Enkelttilsyn i 2015

Tilsynssak i forbindelse med forskningsprosjekt ved Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet.

Oslo universitetssykehus HF ble pålagt å endre informasjonen til deltakerne før forskningsprosjektet kunne videreføres.

2. «Forslag til veileder for pårørende i helse- og omsorgssektoren» Høringssvar avgitt 12. september 2016

Forslaget til ny veileder for pårørende i helse- og omsorgssektorene omfatter alle pårørendegrupper uavhengig av diagnose og alder på pasient og pårørende.

Kortversjon av Helse Sør-Øst RHF sin uttalelse:

Helse Sør-Øst RHF ser det som positivt at det legges stor vekt på alle sider ved barn som pårørende. Det er samtidig viktig å styrke pårørendes rolle uavhengig av alder på pårørende og pasient. For å understreke dette kunne veilederen hatt tydeligere oppmerksomhet på eldre hjemmeboende pårørende som ikke bor i samme husstand som pasienten. Det vil ofte være barn eller nieser/nevøer som har et stort ansvar i hverdagen, men som ikke er like synlige for hjelpeapparatet som pårørende som bor sammen med pasienten.

Helse Sør-Øst RHF mener det er viktig at alt helsepersonell har kompetanse på involvering av og støtte til pårørende. Inkludering og samarbeid med pårørende må til en hver tid være en naturlig del av helsehjelpen som ytes. Utdanning av nøkkelpersonell kan være en mulig vei å gå, men det vesentligste vil være at man sikrer god kompetanse i de ordinære utdanningsløpene til de ulike profesjoner og at pårørendearbeid har et fokus i utdanningsinstitusjonenes fagplaner.

3. «Oppfølging av primærhelsetjenestemeldingen og oppgavemeldingen mv.» Høringssvar avgitt 1. oktober 2016

Høringsnotatet omfatter mange ulike forslag til endringer basert på oppgavemeldingen og primærhelsetjenestemeldingen. Helse Sør-Øst RHF har i høringssvaret lagt vekt på de forslag som berører spesialisthelsetjenesten.

Kortversjon av Helse Sør-Øst RHF sin uttalelse:

Kommunal veiledningsplikt

Helse Sør-Øst RHF er positiv til forslaget om å lovfeste at kommunen skal ha veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten på tilsvarende måte som spesialisthelsetjenesten har overfor kommunene.

Tydeliggjøring av pasient- og pårørendeopplæring i kommunene

Helse Sør-Øst RHF støtter forslagene om presisering av kommunenes ansvar for pasient-, bruker- og pårørendeopplæring i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Pasient- og pårørendeopplæring er en viktig del av spesialisthelsetjenestens utviklingsarbeid og bør ha tilsvarende fokus i den kommunale delen av helsetjenestetilbudet.

Tydeliggjøring av ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep

Forslaget innebærer en presisering i både helse- og sosialtjenesteloven og i spesialisthelsetjenestelovene og med likelydende formulering. Helse Sør-Øst RHF mener dette er en viktig og nødvendig presisering i lovverket.

Forsøksordning med kommunalt drevet DPS

Ansvars- og oppgavefordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er i stadig endring, og Helse Sør-Øst RHF ser positivt på endringer som kan bidra til å styrke pasientens opplevelse av helhetlige og sammenhengende tjenester. Helse Sør-Øst RHF tror imidlertid ikke at den foreslåtte modellen, der «sørge for»-ansvaret fortsatt skal ligge hos de regionale helseforetakene og der dagens skille mellom første- og annenlinjetjenesten står ved lag, vil være egnet til å samle erfaringer om en mulig endring av ansvars- og oppgavefordelingen på sikt.

En overføring av driftsansvaret for enkelte DPS til kommuner vil bryte opp etablerte faglige samarbeidsformer som er opparbeidet gjennom lang tid, mens nye vil måtte etableres. Dette betyr at selv om samhandlingen mellom et kommunalt driftet DPS og kommunens psykiske helsevern kanskje vil styrkes noe gjennom den foreslåtte modellen, vil samtidig samhandlingen mot spesialisthelsetjenestens øvrige tilbud bli mer komplisert. Dette betyr at en risikerer å flytte «grenseproblematikken» fra et sted til et annet.

Helse Sør-Øst RHF er særlig opptatt av at styringsmodellen som beskrives for forsøksordningen er utfordrende og lite hensiktsmessig, og ser at avtalereguleringen som kreves er komplisert og ressurskrevende. Forsøksordningen vil også gi særskilte utfordringer innen IKT-området, særlig i forhold til elektronisk tilgang til pasientjournaler og rapportering.

Helse Sør-Øst RHF mener at departementet i stedet bør vurdere å utrede nærmere en annen oppgave- og ansvarsfordeling mellom første- og annenlinjetjenesten, slik at ansvar og drift kan følges ad med full kommunal overtagelse av aktuelle DPS tjenester.

Tydeliggjøring av kontaktlegeordningen

Helse Sør-Øst RHF er i prinsippet positiv til at alle institusjoner som defineres inn under lov om spesialisthelsetjeneste skal få samme plikt til å oppnevne kontaktlege.

Pasienttransport

Helse Sør-Øst RHF vil foreslå at pasientreiser knyttet til behandling og tjenester i regi av kommunene dekkes av kommunene, men at det kan gjøres avtaler med Pasientreiser ANS om saksbehandling av reiseregninger. Reiser det kan være naturlig å overføre til et kommunalt finansieringsansvar er reiser til og fra fysikalsk behandling, til og fra fastlege, til og fra legevakt og tjenester som for eksempel familievernkontor og logoped. Det bør også utredes om reiser til og fra kommunale øyeblikkelig-hjelp døgntilbud bør omfattes av et kommunalt finansieringsansvar.

Reiser innen og til behandling i spesialisthelsetjenesten bør fortsatt være de regionale helseforetakenes ansvar. Dette forslaget innebærer at det blir ryddige forhold knyttet til at de som utløser kostnadene skal dekke reisen.

4. Høring - forslag til forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften)

Høringen knyttet til spesialistforskriften er utsendt av Helse- og omsorgsdepartementet. Forskriften skal erstatte spesialistgodkjenningforskriften, turnusforskriften og generelle bestemmelser for spesialistutdanningen av leger. Forskriften skal gjelde fra mars 2017 for del 1 av ny spesialitetsstruktur og fra mars 2019 for del 2 og 3 av ny spesialitetsstruktur. Høringsfristen er 14. oktober 2016.

De regionale helseforetakene og landets helseforetak er høringsinstanser. Helseforetakene svarer selv, men har deltatt i et regionalt høringsmøte og hatt dialog om høringen i det regionale fagdirektørmøtet.

Helse Sør-Øst RHF vil i høringssvaret grundig redegjøre for utfordringene ved å gjennomføre denne viktige og krevende ansvars- og kvalitetsreformen uten ekstra midler. Forskriften kommer til å regulere områder som gir relativt store utfordringer for helseforetakene både på kort og lang sikt. Dette gjelder for eksempel innføringen av læringsmål, styrking av veiledning, forløpsplanlegging for hver av de 42 spesialitetene, vurderingsordninger overfor utdanningsvirksomhetene og -kandidatene og eventuelle pålegg til helseforetakene om å ta i mot kandidater.

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

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

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

Dokument nr. 15:1662 (2015-2016)

Innlevert: 28.09.2016 Sendt: 29.09.2016

Til behandling

Spørsmål

Olaug V. Bollestad (KrF): Er det aktuelt for statsråden å akseptere at porteføljen til Borgestadklinikken reduseres når anbudet legges ut på nytt, om en skal bruke de samme rammer som nåværende avtale legger til grunn?

Begrunnelse

Helse Sør-Øst Helseforetak (HSØ HF) sa på fellesmøte for TSB (Tverrfaglig spesialistbehandling) på Hamar 21.09.2016 at det var kun Borgestadklinikken som blir lagt ut på anbud, og at HSØ forholder seg til de samme økonomiske rammer som nå. Om det ikke legges mer penger i potten så må det bety en reduksjon av behandlingsplasser på Borgestadklinikken. Det er jo pga. av at nåværende avtale ikke gir drivverdig økonomi at Borgestadklinikken sa opp avtalen med HSØ 1.april 2016.

Regjeringen Solberg gjeninnførte den gylne regel om at rus og psykisk helse hver for seg skal ha en årlig vekst i hvert helseforetak som er større enn for somatikken.

I en organisasjonsanalyse fra 2015 dokumenterer Borgestadklinikken en mangeårig underfinansiering av pasienttilbudet. Borgestadklinikken gir ifølge Helsedirektoratet et helhetlig tilbud innen TSB på linje med helseforetakene, men får 200 millioner kroner mindre enn de offentlige foretakene for samme tjenesten.

Svar

Bent Høie: Svaret er ennå ikke tilgjengelig

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

Dokument nr. 15:1661 (2015-2016)

Innlevert: 28.09.2016 Sendt: 29.09.2016

Besvart: 07.10.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Olaug V. Bollestad (KrF): Hva betyr god tid før avtalen mellom Borgestadklinikken og Helse Sør-Øst går ut og nytt anbud skal være gjennomført for statsråden, og hva vil statsråden gjøre for å påse at anbudet som lyses ut har tilsvarende og likeverdige rammer som det de har ved de andre helseforetakene hva gjelder anbudenes lengde og beleggeskrav?

Begrunnelse

Borgestadklinikken som er den største privat/ideelle aktøren på rusfeltet, sa opp sin løpende rammeavtale med Helse Sør Øst den 1.april 2016. Det er varslet at deres portefølje legges ut på anbud medio januar 2017. Det er viktig for ideell sektor å ha forutsigbare og likeverdige rammer.

Borgestadklinikken driver tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) lokalisert i fire avdelinger, Bragernes i drammen, Skien og Loland i Vennesla. Tilbudene som gis ved klinikken er helhetlig med avgiftningsenheter, rus og avhengighetspoliklinikker, utredningsenhet, korttids og langtidsbehandlingsenheter, familieenhet, skjermet enhet for gravide rusmiddelmissbrukere, laboratorium og kompetansesenter. Klinikken tar imot pasienter etter HOT §§ 10-2,10-3, 10-4 (alle tvangsparagrafer).

Borgestadklinikken har 378 ansatte fordelt på 232 årsverk, og de ivaretar lokalsykehusfunksjon for Telemark, og regionalfunksjon for familiebehandling og gravide rusmiddelmissbrukere. Klinikken kvalifiserer til å bli utdanningsinstitusjon for spesialister innen rus - og avhengighetsmedisin.

Helse Sør-Øst Helseforetak har hatt løpende og årlige ytelsesavtaler om kjøp av tjenester fra

Borgestadklinikken. Ytelsesavtalen for 2015 utgjør 129 heldøgns behandlingsplasser (46965 døgn) og 8 625 polikliniske konsultasjoner i året, hvilket vil si at Borgestadklinikken er den største klinikken på døgntilbud innen TSB.

Borgestadklinikken sa opp den løpende rammeavtalen med helse Sør-Øst RHF, da dennes vilkår ikke var til å leve med videre. Anbud er muntlig varslet medio januar 2017. Statsråden har svart undertegnede ved et tidligere spørsmål at et nytt anbud skal være gjennomført i god tid før avtalens utløp. Kompetanse på feltet må sikres og rammene til privat-ideelle bør harmoniseres på tvers av helseforetakene.

Svar

Bent Høie: Borgestadklinikken valgte som kjent å si opp sin eksisterende avtale med Helse Sør-Øst RHF 1. april d.å. Avtalen har en oppsigelsestid på 2 år. Helse Sør-Øst RHF har informert departementet om at de etter oppsigelsen raskt satte i gang sine forberedelser til å gjennomføre en ny anskaffelse innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Anskaffelsen gjelder geografisk for det samme området som Borgestadklinikken i dag betjener.

Helse Sør-Øst RHF har i sitt forberedende arbeid fulgt sin ordinære prosedyre for anskaffelser, som innebærer at det først skal gjøres en behovsvurdering som grunnlag for utarbeidelsen av et konkurransedokument. Det er etablert en arbeidsgruppe som består av representanter fra Helse Sør-Øst RHF, Sykehuspartner, helseforetakene og brukerorganisasjonene. Arbeidsgruppen har fått et mandat med overordnede rammer for arbeidet. Når arbeidsgruppen har gjort sine vurderinger vil det bli laget et notat til administrerende direktør i det regionale helseforetaket som vedtar de endelige rammene for anskaffelsen, både når det gjelder omfanget av anskaffelsen og innretningen på denne. Dette vil danne grunnlag for ferdigstillingen av konkurransegrunnlaget. Helse Sør-Øst RHF vil da blant annet ta stilling til beleggskravet, og som et ledd i beslutningsprosessen innhente opplysninger og erfaringer fra de andre regionale helseforetakene.

Når det gjelder gjennomføring av selve anskaffelsen så tas det sikte på at det går ut et første varsel om at det skal gjennomføres en anskaffelse nå i høst, mens selve utlysningen vil skje i januar/februar med inngåelse av ny(e) avtale(r) før sommeren 2017. Dette betyr at det tentativt er lagt opp til at det vil være 9 måneder mellom ny avtaleinngåelse og opphør av avtalen med Borgestadklinikken den 30. mars 2018.

Helse Sør-Øst RHF har innenfor tverrfaglig spesialisert behandling valgt å inngå løpende (dvs. ikke tidsbegrensede) avtaler, det er derfor naturlig at Helse Sør-Øst RHF også vurderer en slik løsning i forbindelse med inngåelse av nye avtaler innen dette fagområdet.

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

Dokument nr. 15:1636 (2015-2016)

Innlevert: 22.09.2016 Sendt: 23.09.2016

Besvart: 30.09.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Kjersti Toppe (Sp): Vil statsråden gjøre greie for møtepraksisen mellom dei fire regionale helseforetaka, og stadfeste eller ikkje stadfeste om det stemmer at det vert gjennomført formelle møter på RHF- nivå som ikkje praktiserer offentlegheit med omsyn til sakslister og referat?

Begrunnelse

Av tilsette i spesialisthelsetenesta er spørsmålsstillar gjort merksam på at dei fire regionale helseforetaka har "samarbeidsmøter", men at tilsette og tillitsvalde ikkje får vite kva som vert diskutert på desse lukka møta. Ikkje er det offentleg kva sakslistene er, kva som vert gjort av eventuelle "avgjerder", og det er heller ikkje referat.

Tilsette fryktar at ein del helse-avgjerder i realiteten vert fatta på desse møta, og meiner det er oppsiktsvekkjande at ikkje eingong saksliste er offentleg, eller at det vert skrive referat.

Svar

Bent Høie: De regionale helseforetakene har opplyst at de fire administrerende direktørene har samarbeidsmøter. Møtene blir omtalt som "AD-møter".

AD-møtet er et forum der de fire administrerende direktørene kan diskutere saker av felles interesse, blant annet behov for felles styresaker. For å sikre et likeverdig tjenestetilbud på tvers av helseregionene er det nødvendig å samarbeide om felles styresaker og strategier i forkant av regional saksforberedelse og styrebehandling.

Forumet er ikke et formelt organ og har ingen beslutningsmyndighet. Myndigheten til å fatte beslutninger ligger i de ulike regionale helseforetakene, der forankring og involvering av tillitsvalgte og vernetjenesten skjer.

Styrene i foretakene avgjør saker som ikke ligger innenfor daglig drift.

Helseforetaksloven § 26 a fastsetter at styremøte som hovedregel skal holdes for åpne dører.

Styremedlemmenes drøftinger og saksgrunnlaget de baserer seg på er derfor offentlig. De møtene som administrasjonen deltar i som ledd i saksforberedelsene til styrets behandling er ikke offentlige.

Møte mellom de regionale helseforetakene blir ikke omfattet av bestemmelsene i helseforetaksloven om møteoffentlighet. Det er derfor ikke krav om at publikum kan ta del i eller få innsyn i møte mellom de regionale helseforetakene.

Saksdokumenter, også sakslister og referat, som blir sendt mellom de regionale helseforetakene er omfattet av offentleglova. Lovens hovedregel er at de som ber om det skal få innsyn i disse dokumentene.

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

Dokument nr. 15:1627 (2015-2016)

Innlevert: 20.09.2016 Sendt: 21.09.2016

Besvart: 29.09.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Olaug V. Bollestad (KrF): Hvorfor foretrekker statsråden å outsource infrastruktur som IKT, og hvilke faglige ikke økonomiske argumenter vil statsråden vise til som taler for at Helse Sør Øst fikk godkjenning til å outsource IKT-drift?

Begrunnelse

Helseministeren godkjente på foretaksmøte den 15.09.2016 styret i Helse Sør-Østs (HSØ) ønske om låneopptak på 100 millioner kroner. Låneopptaket kom som et ledd i HSØs beslutning om å outsource en rekke tjenester fra Sykehuspartner gjennom inngåelse av såkalt strategisk partnerskap. Helseministeren uttaler at slike avtaler kan gi store økonomiske besparelser.

Andre viktige vurderinger knyttet til sikkerhet for pasientdata, kostnader for sykehusene ved implementering av avtalen samt det offentliges samfunnsansvar knyttet til utvikling av kompetansearbeidsplasser sier ikke statsråden noe om, men som er viktig for totalforståelsen av beslutningen.

IKT er kjerneaktivitet i mange virksomheter, så også innen helse. Digitaliseringen griper i stadig større grad inn i offentlig regulerte sektorer, hvor helse er en del. Dette krever økt teknologisk kompetanse både i toppledelse, styrerom og ikke minst i politiske beslutninger.

Digitalt Sårbarhetsutvalg (Lysne 1) påpeker i NOU på side 199 at "flere aktører etterlyser sterkere styring fra HOD når det gjelder IKT sikkerhet. Utvalget påpeker på siden foran (s.198) at "Overføring av sensitive data til nettskyer kan introdusere ytterligere trusler mot personvernet. Slike overføringer kan skje ved stor-data analyse

der man leier regnekraft fra eksterne nettskyleverandører. Dette kan føre til at globale kommersielle aktører vil kunne få tilgang til informasjon og til en viss grad overta kontrollen over denne."

I tillegg viser utvalget til at det er lite forskning på konsekvensen av IKT-tiltakene som innføres i helsesektoren. Både Nasjonal sikkerhetsmyndighet og Finanstilsynet har uttrykt bekymring over at sensitive data som personopplysninger og pasientopplysninger kan misbrukes.

Erfaringer fra andre IKT-prosjekter viser at kostnadene kan bli vesentlig større enn beregnet. Konsulentbyrået Gartner såg for eksempel på hvorvidt tjenestene i Sykehuspartner HF kunne outsources til eksterne partnere i 2014 og konkluderte med at det ikke ville svare seg.

Svar

Bent Hoie: Styret i Helse Sør-Øst RHF vedtok 8. september i år å gjennomføre en omfattende modernisering av foretaksgruppens IKT-infrastruktur, og at dette skulle skje ved bruk av en ekstern leverandør. Da deler av denne tjenesteavtalen vil bli kategorisert som finansiell leasing, ble saken behandlet i foretaksmøte 15.

september i år. Foretaksmøtet understrekte at avtalen om modernisering av foretaksgruppens IKT-infrastruktur ligger innenfor styrets ansvar for en tilfredsstillende organisering av foretakets samlede virksomhet, jf. Lov om helseforetak § 28. Det tilligger derfor styret i Helse Sør-Øst RHF å fatte vedtak om at moderniseringen skal gjennomføres ved bruk av ekstern leverandør.

Foretaksmøtet viste til vedtektene § 12, sist endret 7. januar 2015, hvor det bl.a. heter: "Helse Sør-Øst RHF gis anledning til å inngå finansielle leieavtaler med en kontraktsverdi på inntil 100 mill. kroner pr. avtale. Finansielle leieavtaler utover dette beløpet må forelegges foretaksmøtet." Foretaksmøtet godkjente, ut fra sak 069-2016 med tilhørende vedtak i styret i Helse Sør-Øst RHF, at deler av tjenesteavtalen som omtales i saken kan innebære finansiell leasing og at beløpet kan overstige 100 mill. kroner. Det er dette jeg har tatt konkret stilling til i denne saken.

Helse Sør-Øst RHF har forsikret departementet om at det er en forutsetning at avtalen ivaretar alle krav til informasjonssikkerhet og personvern i lov og forskrift.

Når det gjelder referanse til Digitalt Sårbarhetsutvalg og det påpekte scenariet, er det etter Helse Sør-Øst RHF oppfatning ikke relevant i forhold til bruk av ekstern leverandør. Helse Sør-Øst RHF har informert departementet om at personopplysningene vil forbli i Norge og tilgang til disse vil fremdeles skje fra Norge. Dette innebærer ifølge Helse Sør-Øst RHF at personopplysningene ikke skal overføres til andre land eller til noen skytjeneste. Sikkerhetsnivået vil opprettholdes, inkludert all lagring av pasientdata og krav til separasjon av helseforetakenes data. Det skal gjennomføres risiko- og sårbarhetsanalyser som dokumenterer at kravene til behandling av personsensitiv informasjon er tilfredsstillt.

Helse Sør-Øst RHF har informert departementet om at Sykehuspartner HF fortsatt skal være ansvarlig for den samlede IKT-leveransen mot helseforetakene i Helse Sør-Øst, og vil være den formelle avtalepart med den eksterne leverandøren. Videre har de informert departementet om at modernisering, standardisering og harmonisering av den grunnleggende IKT-infrastrukturen i Helse Sør-Øst er nødvendig for å lykkes med å videreutvikle Sykehuspartner HF som en sterk og effektiv tjenesteleverandør som understøtter helseforetakenes behov, samt for å gjennomføre digital fornying i tråd med gjeldende strategier. Planen er å gjennomføre tiltak som kan understøtte en digitalisering, modernisering og standardisering av kliniske og administrative arbeidsprosesser i helseforetakene, og i denne sammenheng er en modernisert infrastruktur helt avgjørende.

Helse Sør-Øst RHF har i dag en tilnærming hvor helseregionen i hovedsak eier, opererer og forvalter sin IKT-infrastruktur og sine IKT-tjenester i egen regi gjennom Sykehuspartner HF. For å sikre at Sykehuspartner HF leverer tjenester som understøtter helseforetakenes behov, skal organisasjonen utvikles i en mer sykehusnær retning. Dette innebærer at kompetansen og kapasiteten i Sykehuspartner HF styrkes innenfor forvaltning og anvendelse av kliniske og administrative applikasjoner. Dette må imidlertid skje på en kostnadseffektiv måte, og slik at Sykehuspartner HF's kostnads- og investeringsnivå tilpasses foretaksgruppens økonomiske bæreevne.

Helse Sør-Øst RHF har informert departementet om at Sykehuspartner HF i 2014 gjennomførte en analyse av kostnadsnivået på utvalgte IKT tjenester (benchmarking). Analysen viste at Sykehuspartner på det tidspunktet hadde forholdsvis lave kostnader og lav bemanning sammenliknet med andre aktører. Rapporten understreker at lave kostnader kun kan tolkes positivt dersom tjenestene oppleves tilfredsstillende av helseforetakene, og er i tråd med disse behov. Det er og har vært misnøye med kvaliteten på leveransene fra Sykehuspartner hos sykehusene i regionen, og modernisering av IKT-infrastruktur er et viktig tiltak for å bedre dette. Det er også viktig å påpeke at det i etterkant av nevnte analyse har fremkommet betydelige kostnader, blant annet knyttet til programvarelisenser, som ikke var hensyntatt i analysen. Den beste måten å få en reell vurdering av kostnadsnivået til en tjeneste er ofte å innhente konkrete tilbud fra andre aktører. I dette tilfellet er konklusjonen at private tilbydere kan redusere kostnadsnivået med opp mot to milliarder kroner over en syvårsperiode.

Jeg vil avslutningsvis nevne at Regjeringen bygger sin politikk på målet om en mest mulig effektiv bruk av fellesskapets ressurser, og at vi i denne sammenheng ser det som naturlig å være åpen for at flere private tjenestetilbydere kan bidra til å løse fellesskapets oppgaver. Jeg er positiv til å konkurransesette ikke-medisinske tjenester, og den avtalen som Helse Sør-Øst inngår vil ifølge det regionale helseforetaket gi raskere modernisering og lavere driftskostnader. Det gir sykehusene mer penger til pasientbehandling. Det er Helse

Sør-Øst RHF's vurdering av samarbeidet med ekstern partner i moderniseringen av IKT infrastrukturen, vil styrke deres arbeid med pasientbehandling og pasientsikkerhet.

Skriftlig spørsmål fra Rasmus Hansson (MDG) til næringsministeren

Dokument nr. 15:1590 (2015-2016)

Innlevert: 13.09.2016 Sendt: 13.09.2016

Besvart: 26.09.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Rasmus Hansson (MDG): Hva er Sykehuspartners og det regionale senterets rolle i videre drift av i Helse Sør-Østs IKT-systemer hvis de flagges ut, hva betyr en utflagging for samfunnsikkerhet, antall arbeidsplasser og norske kompetansemiljø på store IKT-infrastrukturer og mener statsråden at utflagging av helsedatabehandling er i tråd med det identifiserte behovet for å forbedre leverandørstyringen i regionen og flytte styringsretten fra leverandør til Helse Sør-Øst?

Begrunnelse

Drift av grunnstrukturen i Helse Sør-Østs IKT-systemer er vedtatt utflagget, ifølge NRK til et amerikansk konsern som driver store deler av virksomheten fra India. Helse Sør-Østs IKT-strategi, godkjent av styret 17. desember 2015, fastslår at Regionalt senter for kliniske IKT-løsninger skal «ha ansvaret for forvaltning av standarder for arbeidsprosesser som overleveres sammen med IKT-løsningene fra Digital fornying. Dette inkluderer grunndata med informasjonsmodell for ulike standardiseringsområder som medikasjon, kritisk informasjon. Dette skal utøves av eller i samarbeid med Sykehuspartner HF.» Strategien sier videre at «Det er behov for å forbedre leverandørstyringen i regionen. Den faktiske styringsretten bør i større grad flyttes fra leverandør til Helse Sør-Øst RHF og helseforetakene slik at Helse Sør-Øst blir i bedre stand til følge opp leverandørenes leveranser på taktisk og operativt nivå, og kunne måle kvaliteten opp mot kravene som er stilt. I gjennomføringen av IKT-strategien skal det skapes bedre forutsigbarhet ved at planene til Helse sør-øst og leverandørene er samkjørte.

Leverandørstyringen skal også profesjonaliseres slik at Helse Sør-Øst blir en tydeligere og forutsigbar kunde, og samtidig blir i bedre stand til å kunne stille tydelige krav til leveransene fra et kontaktpunkt.» Ifølge NRK viser i tillegg utredninger ansatte har gjort at det vil være billigere og bedre å la egne folk utvikle nye IT-systemer, og konserntillitsvalgt Øverland er sitert på at kompetansen allerede finnes i eget hus, men at styret ikke har ønsket å diskutere alternativer.

Svar

Bent Høie: Styret i Helse Sør-Øst RHF vedtok 8. september i år å gjennomføre en omfattende modernisering av foretaksgruppens IKT-infrastruktur, og at dette skulle skje ved bruk av en ekstern leverandør. Da deler av denne tjenesteavtalen vil bli kategorisert som finansiell leasing, ble saken behandlet i foretaksmøte 15. september i år.

Foretaksmøtet understreket at avtalen om modernisering av foretaksgruppens IKT-infrastruktur ligger innenfor styrets ansvar for å sørge for en tilfredsstillende organisering av foretakets samlede virksomhet, jf. Lov om helseforetak § 28. Det tilligger derfor styret i Helse Sør-Øst RHF å fatte vedtak om at moderniseringen skal gjennomføres ved bruk av ekstern leverandør.

Foretaksmøtet viste til vedtektene § 12, sist endret 7. januar 2015, hvor det bl.a. heter: "Helse Sør-Øst RHF gis anledning til å inngå finansielle leieavtaler med en kontraktsverdi på inntil 100 mill. kroner pr. avtale. Finansielle leieavtaler utover dette beløpet må forelegges foretaksmøtet." Foretaksmøtet godkjente, ut fra sak 069-2016 med tilhørende vedtak i styret i Helse Sør-Øst RHF, at deler av tjenesteavtalen som omtales i saken kan innebære finansiell leasing og at beløpet kan overstige 100 mill. kroner.

Helse Sør-Øst RHF har informert departementet om at Sykehuspartener HF fortsatt skal være ansvarlig for den samlede IKT-leveransen mot helseforetakene i Helse Sør-Øst, og vil være den formelle avtalepart med den eksterne leverandøren. Videre har de informert departementet om at modernisering, standardisering og harmonisering av den grunnleggende IKT-infrastrukturen i Helse Sør-Øst er en nødvendig for å lykkes med å videreutvikle Sykehuspartner HF som en sterk og effektiv tjenesteleverandør som understøtter helseforetakenes behov, samt for å gjennomføre digital fornying i tråd med gjeldende strategier. Planen er å gjennomføre tiltak som kan understøtte en digitalisering, modernisering og standardisering av kliniske og administrative arbeidsprosesser i helseforetakene, og i denne sammenheng er en modernisert infrastruktur helt avgjørende. Helse Sør-Øst RHF har i dag en tilnærming hvor helseregionen i hovedsak eier, opererer og forvalter sin IKT-infrastruktur og sine IKT-tjenester i egen regi gjennom Sykehuspartner HF. For å sikre at Sykehuspartner HF leverer tjenester som understøtter helseforetakenes behov, skal organisasjonen utvikles i en mer sykehusnær retning. Dette innebærer at kompetansen og kapasiteten i Sykehuspartner HF styrkes innenfor forvaltning og anvendelse av kliniske og administrative applikasjoner. Dette må imidlertid skje på en kostnadseffektiv måte, og slik at Sykehuspartner HF's kostnads- og investeringsnivå tilpasses foretaksgruppens økonomiske bæreevne.

Modernisering av helseregionens IKT-infrastruktur gjennomføres i dag som et program innenfor satsningen Digital fornying, med en samlet forventet investering på i underkant av tre milliarder kroner, og et årlig investeringsnivå på 3-400 millioner kroner. Programmet forventes ferdigstilt innen 2025. Prosjektet er organisert med nøkkelressurser fra Sykehuspartner HF, deltakere fra helseforetakene og støttet av innleide ressurser for å ivareta nødvendig kapasitet i gjennomføringen. Digital fornying og infrastrukturmoderniseringsprogrammet er underlagt ekstern kvalitetssikring.

Helse Sør-Øst RHF har informert departementet om at styrets beslutning om at modernisering av foretaksgruppens IKT-infrastruktur skal skje ved bruk av en ekstern leverandør bygger på utredninger som har pågått over en lengre periode, hvor et eksternt partnerskap innen IKT-infrastrukturmodernisering er sammenholdt og vurdert mot en videre drift og modernisering i egen regi.

Helse Sør-Øst RHF har forsikret departementet om at det er en forutsetning at avtalen ivaretar alle krav til informasjonssikkerhet og personvern i lov og forskrift. Avtalen Helse Sør-Øst skal inngå med ekstern leverandør stiller krav om at alle datasentre skal stå i Norge, inkludert all lagring av pasientdata og krav til separasjon av helseforetakenes data. Personell som drifter infrastruktur skal ikke ha tilgang til personsensitiv informasjon, og det skal gjennomføres risiko- og sårbarhetsanalyse som dokumenterer at kravene til behandling av personsensitiv informasjon er tilfredsstillt. Avtalen innebærer slik jeg har forstått det at om lag 150 av Sykehuspartner HF's ansatte vil bli virkesomhetsoverdratt til ekstern partner.

Avslutningsvis vil jeg vise til at Regjeringen bygger sin politikk på målet om en mest mulig effektiv bruk av fellesskapets ressurser, og at flere private tjenestetilbydere kan bidra til å løse fellesskapets oppgaver. Jeg er positiv til å konkurranseutsette denne typen ikke-medisinske tjenester. En slik avtale vil gi raskere modernisering og lavere driftskostnader. Det gir sykehusene mer penger til pasientbehandling. Det er Helse Sør-Øst RHF's vurdering at samarbeidet med ekstern partner i moderniseringen av IKT infrastrukturen, vil styrke deres arbeid med pasientbehandling og pasientsikkerhet.

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

Dokument nr. 15:1575 (2015-2016)

Innlevert: 09.09.2016 Sendt: 09.09.2016

Besvart: 15.09.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Ketil Kjenseth (V): Hvilke sykehus i Oppland og Hedmark (Sykehuset Innlandet HF) tilbyr bentetthetsmåling for å avdekke benskjørhet, i hvilket omfang gjøres dette i de to fylkene og hvordan har utviklingen vært de siste fem årene?

Begrunnelse

Benskjørhet (osteoporose) er en stille sykdom der tap av beinkalk kan skje uten å gi symptomer. Ved senere stadier kan sykdommen føre til brudd i håndledd, hofta eller ryggrad. Dette fører til smerter og reduserer bevegelighet. Benskjørhet skyldes ubalanse i reproduksjonen av skjelettet.

Skandinaviske kvinner har større forekomst av benskjørhet enn andre grupper, og sykdommen rammer oftest kvinner i overgangsalderen. I Skandinavia har Norge høyest forekomst. Tall fra Folkehelseinstituttet viser at 100.000 norske kvinner lider av benskjørhet.

Forebygging av brudd som skyldes osteoporose er mulig gjennom blant annet kosthold, vitamintilskudd (vitamin D), fysisk aktivitet og legemiddelbehandling. Dette kan potensielt spare samfunnet for unødvendige kostnader, og ikke minst den enkelte pasient for unødig smerte, lidelse og tap av livskvalitet

Risiko for benskjørhet kan lett måles og avdekkes i tester av bentetthet. Flere metoder er godkjent, men det krever måleutstyr. Her virker det å være store geografiske forskjeller i både henvisningspraksis fra fastleger, hvilke målemetoder som tilbys og i hvilken grad offentlige sykehus i det hele tatt tilbyr slike målinger. Enkelte private røntgenfirmaer tilbyr slike målinger samtidig med mammografiundersøkelse. Enkelte private legesentre tilbyr også slike målinger. Felles for de to sistnevnte er at det må skje på eget initiativ og betales av den enkelte. En norsk doktorgradsavhandling fra 2012 viste at bruk av legemidler mot osteoporose er lav i forhold til det antatte behovet for legemiddelbehandling. Antall nye brukere ser ut til å synke og også her er det store geografiske variasjoner i forskrivning av medisiner.

Forekomsten av brudd som skyldes benskjørhet i Norge er blant de høyeste som noen gang er rapportert og vokser for hvert år. Sammenstilt med store geografiske forskjeller i henvisningspraksis for bentetthetsmålinger, mangel på måleutstyr i offentlige helseinstitusjoner og ulik bruk av legemidler for å forebygge benskjørhet, er det en sterk indikasjon på at vi ikke har en nasjonalt koordinert innsats for å forebygge mer. Mens vi altså bevilger stadig mer - til å reparere mer.

Svar

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

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

Dokument nr. 15:1574 (2015-2016)

Innlevert: 09.09.2016 Sendt: 09.09.2016

Besvart: 15.09.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Ketil Kjenseth (V): Hvor stor andel av Helse Sørøst RHF sitt forskningsbudsjett går i 2016 til Sykehuset Innlandet HF og hvor mange av de 48 kommunene i Oppland og Hedmark deltok i kliniske studier i 2015?

Begrunnelse

HelseOmsorg21-strategien slår fast at det er «et betydelig behov og potensiale for økt omfang av forskning og innovasjon i helse- og omsorgstjenestene». Endring i demografiske forhold gjør at kommunene vil stå overfor store utfordringer for å møte morgendagens helse- og omsorgsbehov.

I de kommende tiårene vil en større andel av helse- og omsorgstjenestene utføres i kommunene, sykdomsbildet vil bli mer sammensatt og pasienter vil bli tidligere utskrevet fra sykehusene.

Norge har forpliktet seg til en målsetting om å redusere for tidlig død av ikke-smittsomme kroniske sykdommer med 25 % innen 2025. Det vil måtte legges større vekt på helsefremmende arbeid, rehabilitering og folkehelseperspektivet. For best mulig å møte disse utfordringene må det satses systematisk og målrettet på kvalitets- og kompetanseutvikling, og det må gjennomføres nødvendige strukturelle tiltak for å legge til rette for økt forskningsaktivitet og innovasjon.

Det er en betydelig skjevhet i ressursbruken innenfor helse- og omsorgsforskningen. For spesialisthelsetjenesten ble det i statsbudsjettet for 2014 øremerket til sammen 628 mill. kroner til forskning i regi av de regionale helseforetakene (RHF). I tillegg velger flere RHFer å finansiere en ytterligere forskningsaktivitet innenfor de ordinære budsjetttrammene, samt at de deltar i kliniske studier i samarbeid med eksterne aktører. Tilsvarende finansiering av forskning i kommunesektoren eksisterer ikke. Som en konsekvens av dette er det også naturlig å tro at spesialisthelsetjenesten «drar fra» i form av økende andel personell med formell forskningskompetanse. En manglende finansiering av forskning i kommunesektoren gir interesse- og verdikonflikter som også kan ha etiske implikasjoner.

I tillegg til en svært stor skjevhet i FoU-innsatsen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, er det også en geografisk skjevhet i innsatsen i og med at det er de regionale helseforetakene med universitetssykehus som står for den største delen av forskningen i spesialisthelsetjenesten. Oppland og Hedmark, i spesialisthelsetjenesten organisert som Sykehuset Innlandet HF, får en relativt liten andel av de øremerkede midlene. Det regionale forskningsfondet er magert og kommunene deltar i svært liten grad i kliniske studier og forskning.

Paradoksalt, men heldigvis, har regionen en av de største private aktørene innen kliniske studier i allmennhelse i hele Norge, M3 Helse AS, i sin midte.

Antall kliniske studier med medikament-utprøving er mer enn halvert de 20 siste årene i Norge. Mens medikamentbruken er mer enn doblet. I samme periode har vi gjennomført fastlegereform, sykehusreform og samhandlingsreform i det offentlige. Innsatsen i sykehussektoren har økt fra vel 50 mrd kr i 2002 til 140 mrd kr i 2016.

Svar

Bent Høie: Forskning er en av helseforetakenes fire lovpålagte oppgaver. Hovedformålet med forskning i helsetjenesten er å bidra til høy kvalitet i pasientbehandlingen. Forskning i helseforetakene finansieres både gjennom basistilskuddet til de regionale helseforetakene og et eget øremerket tilskudd til forskning som fordeles de regionale helseforetakene basert på forskningsresultater. I tillegg finansieres forskning gjennom eksterne finansieringskilder, herunder Norges forskningsråd, EU og industrifinansiert forskning.

Jeg har fått opplyst fra Helse Sør-Øst RHF at Sykehuset Innlandet i sine budsjetter for 2016 har avsatt ca. 43 mill. kroner til forskning. I tillegg kommer forskningsmidler fra eksterne kilder. De siste tilgjengelige tallene som inkluderer eksterne forskningsmidler, er fra Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU) sin kartlegging av ressursbruk for 2014. Da var ressursbruken til forskning ved Sykehuset Innlandet 57,4 mill. kroner, noe som utgjorde 0,8% av totale driftsutgifter ved helseforetaket. Til sammenligning var gjennomsnittet av ressursbruk til forskning for alle helseforetak uten universitetsfunksjoner og private, ideelle sykehus 1,0%. Den totale ressursbruken til forskning i Helse Sør-Øst var i 2014 på 2 047 mill. kroner. Sykehuset Innlandets andel av ressursbruken til forskning i Helse Sør-Øst var på 2,8%.

Representanten Kjenseth peker på nedgangen i kliniske studier de siste tjue årene. Jeg deler representantens bekymring for denne nedgangen. Regjeringen har et mål om at flere norske pasienter skal få tilgang til utprøvende behandling, og regjeringen har derfor gjennom Legemiddelmeldingen og oppfølgingen av HelseOmsorg21-strategien gjennomført en rekke tiltak som legger til rette for dette. Fra 2016 er det etablert et eget program for klinisk behandlingsforskning i de regionale helseforetakene. Formålet er å finansiere nasjonale kliniske multisenterstudier med deltakelse fra alle de regionale helseforetakene. Vi har også annonsert at vi vil etablere en nasjonal database over kliniske studier i de regionale helseforetakene. Dette vil gi økt informasjon og oversikt over kliniske studier i spesialisthelsetjenesten. Denne databasen er fremdeles under utvikling.

Når det gjelder Sykehuset Innlandet, rapporterer teknologioverføringsselskapet i Helse Sør-Øst, Inven2, at det i

2015 ved de seks sykehuslokalisasjonene i helseforetaket var inngått i alt 39 avtaler knyttet til industrifinansierte kliniske studier (Hamar 12, Lillehammer 11, Kongsvinger 7, Gjøvik 4, Tynset 3, Elverum 2) med deltakelse av pasienter fra mange kommuner i området. Siden enkelte studier utføres ved flere lokalisasjoner er antallet unike studier noe lavere enn 39. Sykehuset Innlandet var i 2015 blant de helseforetak i Helse Sør-Øst utenom universitetssykehusene med størst aktivitet knyttet til oppdragsfinansierte kliniske studier. I tillegg finansierer Norges forskningsråd 7 prosjekter der Sykehuset Innlandet er partner. Alle disse er kliniske studier. Det finnes i dag ingen rapportering som gir oversikt over kliniske studier som pågår den kommunale helse- og omsorgstjenesten eller hvor mange pasienter bosatt i de to fylkene som deltar i kliniske studier i andre helseforetak.

Representanten Kjenseth peker videre på at det er stor ulikhet i ressursinnsatsen når det gjelder forskningsinnsatsen innenfor forskning i spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene. For å legge til rette for økt forskning i de kommunale helse- og omsorgstjenestene vil Regjeringen i tråd med føringer i regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien bygge et kunnskapssystem for forskning rettet mot de kommunale tjenestene. Viktige tiltak vil bl.a. være etableringen av et kommunalt bruker- og pasientregister. Gjennom de tre helseforskningsprogrammene i Forskningsrådet, som er finansiert av Helse- og omsorgsdepartementet, er det lagt til rette for finansiering av forskning rettet inn mot kunnskapsbehov i kommunene. Jeg er også kjent med at HelseOmsorg21 rådet har forskning i den kommunale helse- og omsorgssektoren som et av sine viktige oppfølgingsområder.

Skriftlig spørsmål fra Torgeir Micaelsen (A) til helse- og omsorgsministeren
Dokument nr. 15:1553 (2015-2016)

Innlevert: 06.09.2016 Sendt: 06.09.2016

Besvart: 14.09.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Torgeir Micaelsen (A): Hva hadde resultatutviklingen i Helse Sør-Øst RHF sin økonomiske langtidsplan vært samlet og år for år for den planlagte perioden dersom man hadde lagt de samme forutsetningene for produktivitetsvekst som de andre helseregionene bruker i sine tilsvarende planer og hva er begrunnelsen for at prognosen til Helse Sør-Øst er langt mer ambisiøs?

Begrunnelse

Viser til behandlingen av Helse Sør-Øst RHF sin økonomiske langtidsplan som ble behandlet før sommeren. Helse Sør-Øst er landets klart største regionale helseforetak og planlegger store investeringer basert på resultatene det budsjetteres med i langtidsplanen. Jeg ønsker derfor departementets vurderinger av følgende forhold:

Forutsetningene som legges til grunn i HSØ sin budsjettering, er dobbelt så høye som i Helse Midt (blant annet produktivitetsvekst). Et annet eksempel er Vestre Viken HF som allerede er et av landets mest effektive helseforetak hvor HSØ nå planlegger en ny effektiviseringseffekt på over 10 prosent de neste 5 år årene.

Jeg ønsker også at departementet gir Stortinget sin vurdering av i hvilken grad risikoen ved denne type svært ambisiøs budsjettering er tilstrekkelig vurdert og hva slags tiltak Helse Sør-Øst ser for seg at skal utløse produktivitetsvekst over det dobbelte av det som planlegges ved sykehus andre steder i landet.

Jeg ber om at departementet om nødvendig gjør de nødvendige avgrensningene og evt. begrunner disse for å kunne svare skikkelig.

Jeg ønsker resultatrisikoen beregnet dersom følgende forutsetninger legges inn (hver for seg i egne regneark) til erstatning for HSØ sine:

- gjennomsnittlig produktivitetsvekst for samme periode for alle landets helseregioner
- Helse Midt sine prognoser produktivitetsvekst

Svar

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

Skriftlig spørsmål fra Torgeir Micaelsen (A) til helse- og omsorgsministeren
Dokument nr. 15:1552 (2015-2016)

Innlevert: 06.09.2016

Sendt: 06.09.2016

Besvart: 12.09.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Torgeir Micaelsen (A): I tertialrapporteringen til Helse Sør-Øst RHF for første tertial 2016 kommer det frem at det er 49 651 pasienter som har såkalt «åpen henvisningsperiode uten ny kontakt».

Er dette pasienter som kommer i tillegg til de 80 000 pasientene regjeringen tidligere har opplyst har såkalt «passert tentativ tid for kontakt» og som ikke er håndtert som planlagt, eller inngår disse 49 651 pasientene i grunnlaget på 80 000?

Begrunnelse

Stortinget ønsker mer informasjon om de reelle ventetidene pasientene opplever. Tidligere har regjeringen opplyst at de vil be Helsedirektoratet gjennomgå hvorfor brøken mellom pasienter som blir satt til videre utredning kontra pasienter som får en frist til behandling har endret seg kraftig. I tillegg har regjeringen opplyst om at det er vel 61 000 pasienter i Helse Sør-Øst som ikke er håndtert av sykehusene innenfor den (tentative) fristen sykehuset har lovet pasientene. Dette tallet har senere blitt oppjustert til vel 80 000 pasienter. Det kan se ut som nå er enda flere pasienter som sykehusene ikke har tilstrekkelig kontroll med. I gruppen som opplyses har navnet «åpen henvisningsperiode uten ny kontakt», er det antagelig mange typer pasienter. Men det trenger ikke være mer enn en håndfull pasienter med alvorlige tilstander i gruppen, for å kalle det alvorlig at sykehusene ikke har tilstrekkelig kontroll og oversikt.

Svar

Bent Høie: Helse Sør-Øst RHF opplyser at indikatorene "pasienter med passert tentativ tid til kontakt" og "antall pasienter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt" brukes for å følge forløpet til pasienter som er til utredning, behandling eller oppfølging. Det er viktig å at alle avdelinger og poliklinikker har god oversikt over når pasienter som er i forløp skal tilbake til oppfølging på poliklinikker og avdelinger. Denne informasjonen ligger i det pasientadministrative systemet.

I mitt svar på skriftlig spørsmål nr. 1446 viste jeg til at det per 5. august var 61 906 pasienter der tentativ tid er passert i Helse Sør-Øst. Tallet omfatter pasienter henvist etter 1.1.2010. Videre opplyste jeg om at dersom en inkluderer pasienter henvist før 2010, dvs. pasienter med lange behandlingsforløp, viser foreløpige tall en økning på om lag 20 000. Helse Sør-Øst opplyser at antall pasienter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt var 48 400 per juli 2016.

De to indikatorene er ulike og kan ikke summeres.

Indikatoren "pasienter med passert tentativ tid til kontakt" er definert som antall nyhenviste pasienter og pasienter som allerede er i et forløp og der planlagt dato for neste kontakt er overskredet.

Til sammenligning viser indikatoren "antall pasienter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt" pasienter der henvisningsperioden fortsatt holdes åpen uten at avtale om tid for oppfølging eller tentativ dato er registrert. Det kan i denne gruppen være pasienter som har avsluttet et behandlingsopplegg eller pasienter som skal ha videre oppfølging i spesialisthelsetjenesten. Felles er at avslutning eller videre oppfølging ikke er registrert i det pasientadministrative systemet. For å sikre at pasienter får ny planlagt kontakt tilknyttet aktuell henvisning ved sykehuset eller avsluttes korrekt i systemet, må sykehuset ta ut en egen rapport for å synliggjøre hvilke pasienter dette dreier seg om. Dette skal være en fast rutine, og indikatoren benyttes i den faste oppfølgingen i lederlinjen for å ha oversikt over status og sette inn forbedringstiltak og opplæring.

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

Dokument nr. 15:1540 (2015-2016)

Innlevert: 02.09.2016 Sendt: 05.09.2016

Besvart: 13.09.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Kjersti Toppe (Sp): Vil statsråden be Helse Sør-Øst avvente sine planer om utflagging av sentrale deler av IKT-virkomheten, vil foretaket pålegges å utrede alternativ drift i egen regi og vil statsråden involvere Stortinget i denne saken og i styringen av nasjonal samfunnskritisk IKT på helsefeltet?

Begrunnelse

I NRK nyhetene 2.september kommer det frem at Helse Sør - Øst anbefaler å flagge ut datasystemet til Helse Sør- Øst til amerikansk IT- selskap. Tillitsvalgte frykter helsedata på avveie og tap av viktig kompetanse i Norge.

I dag har Sykehuspartner HF dette ansvaret. Saken er av stor prinsipiell betydning og gjelder kritisk infrastruktur knyttet til et av de viktigste datasystemene i Norge. Avgjørelse om utflagging av slik nasjonal kritisk infrastruktur må håndteres av statsråden. Å overlate deler av kritisk norsk infrastruktur på helsefeltet til store multinasjonale konsern er en så stor avgjørelse at dette ikke kan overlates helseforetakene og skje uten en opplyst politisk debatt. Saken må fram for Stortinget og helseforetaket må pålegges å utrede alternativ drift i egen regi.

Det er også et paradoks at dette skjer, samtidig som det nylig er opprettet et eget direktorat for e-helse, det er etablert et nasjonalt helseforetak for IKT, og alle de regionale helseforetakene har også store IKT- avdelinger. Statsråden har forsvart den store økningen i helsebyråkrater med at det var nødvendig fordi det skulle etableres

et IKT- direktorat.

Da fremstår utflagging av sentral IKT- infrastruktur som enda mer uforståelig.

Svar

Bent Høie: Som representanten Toppe sikkert er kjent med nå så vedtok styret for Helse Sør-Øst den 8. september at det inngås kontrakt med ekstern partner om modernisering av IKT-infrastruktur.

IKT-infrastruktur gjelder PC, telefoni, nettverk og datasentre, og er områder som har til felles at de i begrenset grad er spesifikke for helsesektoren og kan tilbys av eksterne aktører.

Sykehuspartner skal fremdeles være ansvarlig for den samlede IKT-leveransen mot helseforetakene i Helse Sør-Øst og vil være den formelle avtalepart med den eksterne partner.

Som følge av regnskapsmessige forhold knyttet til at deler av avtalen håndteres som finansiell leie vil dette forholdet behandles i eget foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF, før avtalen kan inngås.

Styrets beslutning bygger på utredninger som har pågått over en lenger periode, hvor et ekstern partnerskap innen IKT-infrastrukturmodernisering er sammenholdt mot en videre drift og modernisering i egen regi. Helse Sør-Øst har forsikret om at det er en forutsetning at avtalen ivaretar alle krav til informasjonssikkerhet og personvern i lov og forskrift. Avtalen setter videre krav om at alle datasentre skal stå i Norge, inkludert all lagring av pasientdata og krav til separasjon av helseforetakenes data.

Avtalen innebærer slik jeg har forstått, at om lag 150 av Sykehuspartners ansatte vil bli virkesomhetsoverdratt til ekstern partner.

Regjeringen bygger sin politikk på målet om en mest mulig effektiv bruk av fellesskapets ressurser og at flere private tjenestetilbydere kan bidra til å løse fellesskapets oppgaver.

Helse Sør-Øst opplyser at det bærende grunnlaget for om modernisering og fremtidig drift av IKT-infrastruktur i Helse Sør-Øst bør gjennomføres i egen regi eller med ekstern partner er kost-nytteanalyser.

Helse Sør-Øst mener at samarbeid med ekstern partner vil gi en lavere kostnad og en raskere modernisert IKT-infrastruktur, som i seg selv styrker pasientsikkerheten, samtidig som kvaliteten opprettholdes.

Skriftlig spørsmål fra Tove Karoline Knutsen (A) til helse- og omsorgsministeren

Dokument nr. 15:1486 (2015-2016)

Innlevert: 25.08.2016 Sendt: 26.08.2016

Besvart: 05.09.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Tove Karoline Knutsen (A): Nylig ble det avdekket kritikkverdige forhold for psykisk syke pasienter ved UNN Åsgård, Tromsø. Det har satt søkelys på ressursbruken i sykehusene. Mental Helse viser til at fra 2014 til 2015 fikk somatikk en vekst på 3,0 prosent, mens psykisk helsevern fikk et kutt på 0,4 prosent. OUS så seg nødt til å kutte i tilbudet til psykisk syke pasienter i 2016.

Hvordan vil helseministeren sørge for at løftet om «den gylne regel» blir realisert i alle foretak, og hvordan følger man opp utfordringen med unødvendig tvang?

Svar

Bent Høie: Representanten Knutsen viser her til to sentrale oppfølgingsområder for regjeringen på helseområdet: Psykisk helse skal høyere opp i prioriteringshierarkiet i helseforetakene (målt i aktivitet, årsverk, kostnader og ventetider) og bruk av tvang skal reduseres og kvalitetssikres.

Sivilombudsmannens forebyggingsenhet avdekket kritikkverdige forhold under sitt besøk ved UNNs psykiatriske avdeling i Tromsø. Forebyggingsenhetens gjennomgang av tre akuttposter, psykose- og rusenheten og sikkerhetspsykiatrisk døgnenhet viser alvorlige funn på områder som pasientsikkerhet, bruk av tvangsmidler, skjerming og en bekymringsfull institusjonskultur. Bl.a. ble det registrert en tydelig «oss-og-dem»-holdning, spesielt på akuttpost Nord, og det fremkom flere eksempler på at enkeltpasienter ble omtalt på måter som fremstod som dehumaniserende.

Departementet tok saken raskt opp med Helse Nord. Det regionale helseforetaket har orientert om at de nå foretar en bred og grundig gjennomgang av virksomheten, bl.a. i samarbeid med Sivilombudsmannen. Som representanten Knutsen trolig vil være enig med meg i, kan forholdene rundt tvangsbruk ved UNN og andre helseforetak som bruker tvang for mye og tidvis i strid med regelverket neppe tilskrives mangel på ressurser alene. Krav til pasientsikkerhet, etikk og faglig forsvarlighet i behandlingen er en minimumsnorm som uansett skal oppfylles.

Når det gjelder den gylne regel var det daværende helseminister Ansgar Gabrielsen som i 2005 innførte regelen. Bakgrunnen for innføringen av denne regelen var at psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) ofte "tapte i kampen" om ressursene i spesialisthelsetjenesten. For å motvirke dette ble altså regelen innført. Så vil jeg minne representanten Knutsen om at det var den forrige regjeringen som i 2010 tok vekk denne regelen, for Regjeringen Solberg gjeninnførte den gylne regel. Tilbakemeldingene fra de regionale helseforetakene viser at regelen i stort virker innenfor TSB og psykisk helsevern, selv om det på noen områder fortsatt er rom for forbedringer.

Det var realvekst i kostnader for TSB i alle regioner siste år, fra en relativt sterk vekst i Helse Vest (om lag 13 prosent) til om lag 2 prosent i Helse Sør-Øst. For psykisk helsevern samlet hadde to regioner en realnedgang i kostnader fra 2014 til 2015 (Helse Vest med -2,7 prosent og Helse Nord med -3,0 prosent). Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst hadde på den annen side begge en realvekst på hhv. 1,6 og 0,8 prosent. For somatisk virksomhet varierte realendringen i ressursbruk fra om lag 1 til 1,5 prosent for Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Nord, til en realnedgang på 0,5 prosent i Helse Midt-Norge. Jeg følger nøye opp de regionale helseforetakene på oppfyllelse av regelen, gjennom styringsdialogen.

Avslutningsvis viser jeg til at departementet tar flere grep for å redusere og kvalitetssikre bruken av tvang i psykisk helsevern. Det er nedsatt et lovutvalg som skal gjennomgå alle regelsettene for bruk av tvang i helse- og omsorgssektoren, med tanke på harmonisering og modernisering. Videre har vi oversendt et lovforslag til Stortinget om endringer i psykisk helsevernloven som innebærer styrking av pasientenes rettsstilling knyttet til beslutninger om og gjennomføring av tvangsvedtak. På tjenestesiden er det bl.a. stilt krav til regionale helseforetak om å gi et reelt, valgbart tilbud om medikamentfri behandling til pasienter med psykiske lidelser. Progresjonen i gjennomføringen av kravet følges opp i styringsdialogen med helseforetakene. Foretakene er også blitt bedt om å rapportere inn komplette og korrekte data om bruk av tvangsmidler og tvangsbehandling til Norsk pasientregister, for årene 2014 og 2015. I tillegg til dette arbeider Helsedirektoratet med å utvikle nye kvalitetsindikatorer for tvang, som vil bidra til å få bedre data og oversikt over tvangsbruken i helseforetakene. På bakgrunn av at den nasjonale strategien for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012-2015) formelt er avsluttet, har det vært dialog med fag-, bruker- og pårørendemiljøene om behov for videre nasjonale grep på området. Blant det som fremkom i dialogen er at det fortsatt mangler kompetanse og systemstøtte for å øke bruken av frivillige løsninger i psykisk helsevern. Departementet vil legge til rette for en tettere oppfølging av de regionale helseforetakene på tvangsområdet, bl.a. gjennom Helsedirektoratets videre arbeid med kvalitetsindikatorer.

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

Dokument nr. 15:1447 (2015-2016)

Innlevert: 15.08.2016 Sendt: 16.08.2016

Besvart: 23.08.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Ketil Kjenseth (V): Hva synes statsråden om at administrerende direktør i Helseforetakenes Innkjøpsservice (HINAS) har (haste)besluttet at legemiddelpriser i offentlige anbud skal hemmeligholdes, hvilket ansvar skal HINAS ha videre, og kan statsråden gi en klar definisjon på når hemmelighold rundt helseforetakenes innkjøp er akseptabelt i tråd med Forvaltningslovens § 13?

Begrunnelse

I et brev sendt alle landets helseforetak tidligere i år varslet Helseforetakenes Innkjøpsservice (HINAS) at legemiddelpriser inngitt i offentlige anbud ikke lenger skal være offentlige. Dette er i strid med praksisen som Legemiddelinnkjøpssamarbeidet (LIS) har praktisert i 20 år.

Foretaksmodellen i sykehussektoren har en slett historie knyttet til åpenhet i sitt 14 år korte liv i norsk forvaltning. Hadde de øverste lederne i denne modellen fått sette standarden, hadde både pasienter og journalister vært utelukket fra styrerommene, og både sakspapirer og postjournaler hadde blitt hemmeligholdt. Gjennom norske sykehus og spesialhelsetjenesten passerer det i 2016 om lag 140 mrd. skatte kroner, hvorav legemidler i offentlige anbud utgjør om lag 8 mrd. kr.

med innlemmingen av LIS i HINAS har vi sett en nylig praksisendring. Innkjøpssjefen i HINAS har besluttet at enhetspriser i nasjonale anskaffelser skal regnes som forretningshemmeligheter, og mener dette er i tråd med offentlighetsloven og forvaltningsloven.

Det skjer, nokså umusikalsk, omtrent samtidig med at Helse- og omsorgsdepartementet ved statsråden presenterer Meld. St. 34 Verdier i pasientens helsetjeneste - den såkalte prioriteringsmeldingen. I Kapittel 14, "Åpenhet og brukermedvirkning", inviteres Stortinget til "tydeligere å ta stilling til prinsippene som skal ligge til grunn for prioriteringsbeslutninger i helsetjenesten".

Åpenhet bør fremdeles være en hovedregel i anbudsutlysninger, også når det kommer til legemidler. I dag er det stor usikkerhet knyttet til hvor stort rommet for hemmelighold er. Det er behov for en tydelig og prinsipiell avklaring fra politisk hold.

Svar

Bent Høie: Utgangspunktet er åpenhet i beslutningsprosessene i helsetjenesten. Det er viktig for legitimiteten til beslutningene. Samtidig kan åpenhet i visse situasjoner ha en kostnad, og det må tas et valg mellom fordeler og ulemper ved åpenheten i disse situasjonene. Dette er særlig aktualisert gjennom utviklingen i legemiddelmarkedet de siste årene, og da særlig i tilknytning til spørsmålet om ikke-offentlige rabatter. Som drøftet i stortingsmeldingen om prioritering mener regjeringen at ulempene knyttet til et særnorsk krav om

Åpenhet om priser på legemidler vil være vesentlig større enn fordelene, jf. omtale i kapittel 14.1.1. Bruk av rabattavtaler mellom det offentlige og legemiddelindustrien må håndteres innenfor de rammer som dagens lovverk setter. Dette ble bl.a. drøftet i Prop. 83 L (2015-2016) Endringer i legemiddeloven (refusjonskontrakter og rabatter) som Stortinget behandlet i vår. Offentleglova, forvaltningsloven og legemiddeloven regulerer i hvilken grad legemiddelpriser kan unntas offentlighet. Forvaltningen har etter forvaltningsloven § 13 taushetsplikt om forretningsforhold som det vil være av konkurransemessig betydning å unnta offentlighet av hensyn til den som opplysningene angår. En tilsvarende bestemmelse finnes i legemiddeloven § 30. Legemiddelpriser kan være underlagt taushetsplikt, for eksempel fordi produsenten ved åpenhet vil kunne få et vanskelig forhandlingsutgangspunkt i andre land.

De regionale helseforetakene ble i foretaksmøtet 7. januar 2015 bedt om å etablere et felles eid foretak for samordning av innkjøp. Sykehusinnkjøp HF ble stiftet i desember 2015. Foretaket skal understøtte spesialisthelsetjenestens behov for innkjøpstjenester. HINAS eies av de regionale helseforetakene, og vil inngå i det nye foretaket. De regionale helseforetakene er ansvarlige for at bruk av ev. rabattavtaler med legemiddelindustrien og hemmelighold av priser i offentlige anbud praktiseres innenfor gjeldende regelverk. Jeg er kjent med at de regionale helseforetakene har nedsatt en arbeidsgruppe for å utrede problemstillingen som stortingsrepresentanten refererer til i sitt spørsmål nærmere.

Link til regjeringens side – spørsmål til skriftlig besvarelse:

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