

Saksframlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret Helse Sør-Øst RHF	17. november 2016

SAK NR 094-2016

ORIENTERINGSSAK: DRIFTSORIENTERINGER FRA ADMINISTRERENDE DIREKTØR

Forslag til vedtak:

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Hamar, 9. november 2016

Cathrine M. Lofthus
administrerende direktør

1. Alle sykehus i Norge har nye nettsider

Den 1. november ble 12 nye nettstedet lansert i Helse Sør-Øst, det vil si en ny nettside for hver av helseforetakene i regionene i tillegg til ny nettside for det regionale helseforetaket. Med dette er implementeringen av en felles nasjonal nettløsning for spesialisthelsetjenesten komplett. Alle sykehusene i landet har fått nye nettsider der informasjon til pasienter, pårørende og fastleger er prioritert.

Med prosjektet «Felles nettløsning for spesialisthelsetjenesten» har 36 helseforetak i spesialisthelsetjenesten flyttet sine nettsider til hels norge-plattformen. Der har alle landets helseforetakene fått felles design, struktur, innholdsstrategi og publiseringsløsning for sine nettsider.

Prosjektet er banebrytende mtp hvordan pasientinformasjon er den sentrale delen av sykehusenes nettsider, og ved at informasjon om f.eks. behandlingsmetoder kan deles og gjenbrukes på tvers av helseforetakene. I tillegg blir informasjon fra helsenorge.no integrert i sykehusenes nettinformasjon om aktuelle behandlingsforløp.

Den nye nettløsningen til sykehusene skal være en del av sykehuset, en del av pasientreisen og en del av behandlingen. Dette er et viktig steg for å nå målet om å skape pasientens helsetjeneste.

Løsningen skal legge til rette for at det er enkelt å søke informasjon om hva som skjer før, under og etter behandling ved det enkelte behandlingssted. Når sykdom rammer er informasjonsbehovet stort. Målet er at nettsidene til helseforetakene skal hjelpe pasienter og pårørende i en sårbar del av livet. En velinformert pasient opplever større mestring og trygghet.

Det nasjonale prosjektet går fra 1. januar over i forvaltning. Det innebærer fortsatt utvikling av løsningen og innholdet. Prosjektet har brukt god tid på analysefase og bygget en nettløsning som svarer opp brukeres behov. Dette vil også være viktig i fortsettelsen for å nå målene for nettkommunikasjon:

- Nettsidene til sykehusene skal gjøre det enkelt for pasienter og pårørende å finne kvalitetssikret informasjon om sykdom og behandling.
- Nettsidene til Helse Sør-Øst RHF forteller hva slags samfunnsoppdrag helseregionen utfører, hvordan den løser oppdraget og hva slags resultater som oppnås.
- Sykehuspartner og Sykehusapotekene får også nye nettsider som klargjør hvilke oppgaver de har og hvilke tjenester de utfører innenfor spesialisthelsetjenesten.

«Felles nettløsning for spesialisthelsetjenesten» var i høst nominert til Digital Communication Awards 2016. Digital Communication Awards hedrer prestasjoner, kampanjer og strategier innen digital kommunikasjon. I år var det over 700 innsendte bidrag i 35 kategorier. Prosjektet var nominert i kategorien «Website». Nominasjonen var en stor seier i seg selv for alle som arbeider med prosjektet og nettløsningen.

Prosjektet er et samarbeid mellom helseforetakene i landet, de regionale helseforetakene, Norsk helsenett og Direktoratet for e-helse.

2. Status Digital fornying

Digital fornying har i hovedsak hatt god fremdrift i september og flere prosjekter har oppnådd viktige milepæler, blant annet har både e-resept og kjernejournal blitt innført ved Sykehuset Innlandet HF, samt at regional radiologi-løsning er satt i produksjon på alle radiologienheter ved Sykehuset Innlandet HF.

15. september ble Hewlett-Packard Norge AS tildelt kontrakt som ekstern partner for å modernisere regionens IKT-infrastruktur, og den 14. oktober signerte Sykehuspartner kontrakten med Hewlett-Packard Norge AS. Som konsekvens av dette arbeider programmene i Digital fornying med å tilpasse sine leveranseplaner til gjennomføringen av infrastrukturmodernisering med ekstern partner.

I Regional IKT for forskning har konseptutredningen blitt lagt fram for programstyret. Programmet Virksomhetsstyring følger gjeldende plan, men risikoen i prosjektet har økt - hovedsakelig på grunn av forsinkelser med planleggingen ved Oslo universitetssykehus HF.

Økonomisk oppsummeringen per 30. september 2016 viser at Digital fornying totalt ligger 60 millioner kroner bak budsjett hittil i år. Prognosen rapporteres 33 millioner kroner under årets budsjett. Digital fornying har et middels høyt risikonivå.

3. Utvidet revisjon – anskaffelser i Sykehuspartner HF

Administrerende direktør har bedt ekstern revisor om å gjennomgå prosedyrene for avtaleinngåelser i Helse Sør-Øst RHF og i Sykehuspartner HF, samt hvordan disse etterleves. Revisor har levert sin rapport den 29. september 2016.

Ekstern revisor har gjennomført revisjonen i perioden fra 30. juni til 29. september 2016, og den tok utgangspunkt i det arbeidet som Sykehuspartner HF utfører i forbindelse med regionale anskaffelser. Dette omfatter anskaffelsesområdene IKT, varer og tjenester. Revisjonen inkluderte en særskilt gjennomgang av to store enkeltanskaffelser innenfor tjenesteområdet.

Under revisjonen kom det fram at Sykehuspartner HF på eget initiativ har gjennomført en revisjon av sin internkontroll våren 2016. Dette var en omfattende revisjon, utført av en ekstern uavhengig part, og den dekket 37 anskaffelser inkludert testing av etterlevelse av krav til dokumentasjon knyttet til planlegging, initiering og gjennomføring av anskaffelser. Ekstern revisor vurderte at denne rapporten, datert 13. april 2016, representerte en god test av etterlevelse og fant det ikke formålstjenlig å inkludere dette i sin gjennomgang.

Revisors overordnede vurdering er at anskaffelsesprosessene i Sykehuspartner HF på mange områder viser godt etablerte prosesser, hvor det finnes tydelige retningslinjer og rutiner så vel som tilfredsstillende kompetanse og kapasitet. På noen områder er det imidlertid behov for å videreutvikle roller og ansvar, tydeliggjøre ytterligere retningslinjer og forbedre rutiner for å ivareta god intern styring og kontroll. Dette gjelder hovedsakelig for IKT-området, men det er også forbedringsbehov innen områdene vare- og tjenestekjøp.

Styringsdokumentene vurderes i hovedsak å være godt kjent, lett tilgjengelige og godt innarbeidet, men det finnes enkelte områder hvor styringsdokumentene ikke dekker alle typer kjøp like godt. Det fremgår av rapporten at prosess og rutiner for revisjon av styringsdokumenter bør gjennomgås og oppdateres.

Det påpekes i rapporten at det er behov for å forbedre kommunikasjon mellom Sykehuspartner HF og Helse Sør-Øst RHF. Dette gjelder særlig for IKT-området. I tillegg observeres noen uklare føringer for rollen til “Forum for innkjøp og logistikk” (FIL) og bruk av styringsgruppe ved vare- og tjenesteanskaffelser. Rapporten sier videre at det er en svakhet at prosjektdeltakere fra helseforetakene ikke formelt bekrefter hva de går god for av kontraktsinnholdet som blir utarbeidet.

Det fremgår av rapporten at prosessen for vareanskaffelser synes å være godt ivaretatt. Videre fremgår det at det virker som om rutiner for gjennomføring av anskaffelsene fungerer godt. Det påpekes imidlertid at større bruk av jurist tidlig i prosessen kan bidra til økt kvalitet og effektivitet, samt at det kontinuerlig må arbeides aktivt få å sikre tilgang til prosjektpressur når de trengs i planlagt arbeid.

De to tjenesteanskaffelsene som ble særskilt gjennomgått, vurderes begge som gjennomført på en god måte, dog med en anmerking om en habilitetssituasjon som oppsto i slutfasen i den ene anskaffelsen.

Ekstern revisor anbefaler at det etableres en felles tiltaksplan for korrektive tiltak basert både på den tidligere utarbeidede internkontrollrapporten datert 13. april 2016 og revisjonsrapporten datert 29. september 2016. Det anbefales at allerede påbegynte tiltak i Sykehuspartner HF innarbeides i planen.

Administrerende direktør vil sørge for at resultatet av revisjonen kommuniseres til Sykehuspartner, og legger til grunn at nødvendige tiltak etableres basert på ekstern revisors anbefalinger. Administrerende direktør vil også kommunisere resultatet av revisjonen til Sykehusinnkjøp HF som fra 1. desember 2016 skal overta innkjøpsfunksjonen i Sykehuspartner HF.

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

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

Skriftlig spørsmål fra Anne Tingelstad Wøien (Sp) til helse- og omsorgsministeren

Dokument nr. 15:167 (2016-2017)

Innlevert: 01.11.2016 Sendt: 01.11.2016

Besvart: 08.11.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Anne Tingelstad Wøien (Sp): Kan helse- og omsorgsministeren gjøre rede for utviklingen av hvor mange av de ansatte i Helse Sør-Øst RHF som har sitt daglige virke på Hamar og Skien som i tillegg har kontor plass i Oslo i sine arbeidskontrakter, og hvordan utviklingen av lokaler eid eller leid i Oslo av Helse Sør-Øst RHF har vært siden oppstarten i 2007?

Begrunnelse

Helse Sør-Øst RHF ble etablert i 2007 etter en sammenslåingsprosess. I denne prosessen ble det i mai samme år fattet vedtak om at hovedkontoret for foretaket skulle legges til Hamar, og administrasjonssted i Skien. Det skal arbeide om lag 160 personer i administrasjonen. Det er imidlertid kommet fram opplysninger om at stadig flere av disse medarbeiderne har sin faste kontor plass i Oslo. Om så er kan dette bety at det over tid har vært en uthuling av vedtaket fra 2007.

Svar

Bent Høie: Helse Sør-Øst RHF opplyser at antall fast ansatte i perioden 2008 til 2016 har variert mellom 135 – 165. De siste 3 år har antall fast ansatte vært ca. 160 ansatte.

Pr. 1. oktober 2016 har Helse Sør-Øst RHF 157 fast ansatte medarbeidere. Fordelingen i forhold til arbeidssted

- er: - 71 ansatte har arbeidssted Hamar
- 63 ansatte har arbeidssted Oslo
- 13 ansatte har arbeidssted Skien
- 7 ansatte har arbeidssted Tønsberg (Informasjonstjenesten fritt behandlingssted)
- 3 ansatte har annet arbeidssted (pga. individuell historikk knyttet til arbeidsforholdet)

Helse Sør-Øst RHF eier ingen lokaler, men leier lokaler. Ved hovedkontoret på Hamar har det etter innflytting i nye lokaler i 2011, vært leid ca. 3000 kvadratmeter i Statens Hus, inkludert et eget møtesenter.

Etter sammenslåingen av Helse Sør RHF og Helse Øst RHF i 2007, har Helse Sør-Øst RHF leid lokaler i Oslo fra 2008. Per i dag leier Helse Sør-Øst RHF ca. 1870 kvadratmeter ved Grev Wedels plass nr. 5 i Oslo.

I Skien har de lokaler Helse Sør-Øst RHF leier blitt noe mindre i løpet av de siste to årene. I dag disponerer Helse Sør-Øst RHF ca. 500 kvadratmeter kontorlokaler i Skien.

Helse Sør-Øst RHF som virksomhet har i sitt daglige virke utstrakt kontakt med ansatte på sykehusene og andre relevante aktører i regionen. Helse Sør-Øst eier helseforetak fra Sørlandet sykehus HF i sør, til Sykehuset Innlandet HF i nord. Videre samhandler Helse Sør-Øst RHF tett med andre aktører som har sitt hovedsete i Oslo, eksempelvis sentrale helsemyndigheter. Helse Sør-Øst opplyser at for mange av deres samarbeidspartnere er det lang reisevei til Hamar, og Oslo blir derfor også benyttet som møtested.

Ansatte i Helse Sør-Øst RHF bor relativt spredt i hele regionen, og rekrutteringen av medarbeidere skjer fra hele det geografiske nedslagsfeltet for virksomheten. Dette forklarer at det har vært nødvendig for Helse Sør-Øst RHF som arbeidsgiver å tilrettelegge for fleksible og hensiktsmessige kontor- og møteplasser for de ansatte.

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

Dokument nr. 15:155 (2016-2017)

Innlevert: 28.10.2016 Sendt: 31.10.2016

Besvart: 04.11.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Torgeir Micaelsen (A): Hvordan har konsulentbruken utviklet seg i helseforetakene (RHF og HF) og i den sentrale helseforvaltningen de siden 2005 og frem til i dag? Jeg ber om å få tallene samlet og år for år.

Begrunnelse

Det har tidligere vært satt fokus på bruk av konsulenter i helseforetakene og statsråden har kritisert bruken av konsulenter i helseforetakene. I et svar til skriftlig spørsmål nr. 180 (2013-2014) fra Kjersti Toppe (Sp) sa Høie at han ville vurdere nye tiltak som skulle sikre en moderat bruk av eksterne konsulenter.

I et svar til skriftlig spørsmål nr. 1066 (2015-2016) skriver Høie at han forventer at samling av kompetanse innen bygg, IKT og innkjøp i sektoren vil bidra til å redusere behovet for eksterne konsulenter.

Det er av interesse å følge utviklingen, ikke bare på foretaksnivå, men også i helseforvaltningen.

Svar

Bent Høie: Bent Høie: De regionale helseforetakene har fra og med 2010 hatt krav om å opplyse om kjøp av konsulenttjenester i note til årsregnskapet. I årsregnskapene presenteres sammenliknbare tall for foregående år. Departementet har ikke tall for årene før 2009. Fordeling per foretaksgruppe fremgår av tabellen:

Mill. kr	År	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
	Helse Sør-Øst	554,4	455,7	484,3	563,4	600,5	581,6	470,7
	Helse Vest	129,0	135,7	124,3	129,0	144,8	143,4	198,2
	Helse Midt-Norge	222,8	151,5	270,7	176,2	228,3	200,4	233,6
	Helse Nord	42,9	48,4	38,9	44,2	52,5	61,0	79,8
	Sum	949,1	791,2	918,2	912,8	1 026,1	986,4	982,3

Kilde: De regionale helseforetakenes årsregnskap 2010–2015

Når det gjelder øvrige virksomheter under Helse- og omsorgsdepartementet så finnes det før 2014 ikke en entydig kontoplan som muliggjør aggregering av sammenliknbare tall innad i eller på tvers av virksomhetene.

Fra og med 2014 har alle statlige virksomheter vært pålagt å rapportere etter standard kontoplan forvaltet av Direktoratet for økonomistyring (DFØ). Standard kontoplan legger til rette for et mer omfattende og standardisert informasjonsgrunnlag for styring i statlige virksomheter. En felles kontoplan for statlige virksomheter legger også til rette for sammenligninger internt og på tvers av statlige virksomheter, og gir et bedre grunnlag for kjennskap til utgiftstrukturen i statlige virksomheter og i staten samlet sett. Standard kontoplan gir imidlertid ikke god informasjon om det som i dagligtale omtales som "konsulentbruk".

Departementet er derfor ikke i stand til å angi hvor store disse utgiftene har vært. Når det ikke er noen egen kategori for "konsulentbruk", skyldes dette at det ikke er trivielt å etablere en entydig definisjon av hva som skal føres som dette. Sammen med den typen kjøp som man i dagligtale vil omtale som "konsulenttjenester" inngår også kjøp av mange andre typer eksterne tjenester.

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

Dokument nr. 15:153 (2016-2017)

Innlevert: 28.10.2016 Sendt: 31.10.2016

Besvart: 07.11.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Torgeir Micaelsen (A): Når Helse Sør-Øst nå planlegger outsourcing av IKT-tjenester, kan statsråden garantere at utenforstående ikke vil ha tilgang til sensitive pasientopplysninger eller kritiske pasientsystemer?

Begrunnelse

Helse Sør-Øst har vedtatt å outsource deler av sin IKT-tjeneste.

Erfaringer blant annet fra Statoil sin outsourcing til India, viser at dette kan by på sikkerhetsproblemer som kan være begrunnet i kulturelle og språklige problemer. Det er grunn til å tro at tilsvarende problemer kan oppstå også for andre typer virksomhet.

IKT i helsetjenesten handler ikke bare om sensitive pasientopplysninger, men også om sikkerhet i pasientbehandlingen.

Svar

Bent Høie: Helse Sør-Øst RHF har over flere år hatt et prosjekt for å modernisere, standardisere og harmonisere den grunnleggende IKT-infrastrukturen i regionen. Prosjektet omfatter ikke pasientjournalssystemet eller andre kliniske eller administrative systemer hvor personopplysninger behandles. Styret i Helse Sør-Øst RHF vedtok 8. september i år, at videre modernisering av IKT-infrastrukturen skal skje ved bruk av ekstern tjenesteleverandør. En modernisering av regionens felles IKT-infrastruktur er etter deres oppfatning avgjørende for deres videre arbeid med digitalisering av kliniske og administrative arbeidsprosesser i regionen.

Helse Sør-Øst RHF har vurdert at en kontrakt med en ekstern partner vil gi en raskere og mer effektiv modernisering. De mener videre at dette vil gi regionen en bedret økonomisk bærekraft enn ved å gjennomføre moderniseringen i egen regi. Bedret økonomisk bærekraft vil gi regionen mer penger til pasientbehandling og økt samlet investeringsevne. De mener dessuten at samarbeidet med ekstern partner i moderniseringen av IKT-infrastrukturen, vil styrke regionens eget arbeid med pasientbehandling og pasientsikkerhet.

Forsvarlig behandling av personsensitive opplysninger er en forutsetning for all bruk av teknologi i spesialisthelsetjenesten. Helse Sør-Øst RHF har forsikret departementet om at ekstern leverandør har blitt pålagt å ivareta alle krav til informasjonssikkerhet og personvern i lov og forskrift. Dette er et absolutt krav i avtalen med den eksterne leverandøren, og er ivarettatt gjennom blant annet en detaljering av kravene i lov og forskrift basert på internasjonal standard for informasjonssikkerhet (ISO 27000). Avtalen forutsetter videre at det gjennomføres risikovurderinger av alle infrastrukturtiltak og –endringer før disse realiseres, samt for den samlede driftssituasjonen. Helseforetakene som databehandlingsansvarlige har en ensidig rett til å vurdere om sikkerhetstiltakene er dekkende, og må dessuten godkjenne risikovurderingene før endringer kan gjennomføres av leverandøren.

Den eksterne leverandørens tjenester er som nevnt begrenset til IKT-infrastruktur, altså ikke pasientjournalssystemer eller pasientadministrative systemer. Avtalen med tjenesteleverandøren stiller klare krav om at alle datasentre skal stå i Norge, inkludert all lagring av pasientdata og krav til separasjon av helseforetakenes data. Personell som drifter infrastrukturen skal ikke ha tilgang til systemer med personsensitiv informasjon som for eksempel pasientjournalssystemet (DIPS) eller andre kliniske eller administrative systemer hvor personopplysninger behandles. Driften av disse systemene skal fortsatt leveres av Sykehuspartner HF.

Ifølge Helse Sør-Øst RHF vil alle personopplysninger forbli fysisk i Norge, og tilgangen til disse vil fremdeles skje fra Norge, og begrenset til Sykehuspartner og helseforetakene selv. Dette innebærer at personopplysningene ikke skal overføres til andre land eller til noen form for skytjeneste. Moderniseringen av IKT-infrastrukturen vil medføre at sikkerhetsnivået i stor grad vil økes, inkludert all lagring av pasientdata og krav til separasjon av helseforetakenes data.

Jeg vil avslutningsvis nevne at Sykehuspartner HF med den valgte løsningen på IKT-området, fortsatt har det samlede ansvaret for IKT-tjenester til helseforetakene i regionen, og den eksterne partneren er å anse som en underleverandør til Sykehuspartner HF.

Skriftlig spørsmål fra Karin Andersen (SV) til helse- og omsorgsministeren

Dokument nr. 15:80 (2016-2017)

Innlevert: 18.10.2016 Sendt: 19.10.2016

Besvart: 26.10.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Karin Andersen (SV): Diakonhjemmet er nasjonalt kompetansesenter for revmatologisk behandling og rehabilitering. Sykehuset planlegger nå å legge ned bassenget, et tilbud helseministeren mente var helt avgjørende når han var stortingsrepresentant. Det er behov for styrket rehabilitering, ikke svekkelse. Pasientenes helsevesen må gi økte treningsmuligheter, ikke stengte basseng og kutt i fysioterapi, noe som er ned- og ikke opptrapping.

Godtar statsråden stenging av bassenget på Diakonhjemmet?

Svar

Bent Høie: Diakonhjemmet sykehus er områdesykehus for omlag 135 000 innbyggere i bydelene Vestre Aker, Frogner og Ullern. I tillegg har sykehuset ansvar for alderspsykiatri og pasienter med hofte- og lårhalsbrudd i ytterligere fem bydeler med i alt 330 000 innbyggere og regionsykehusansvar innenfor områdene revmatologi og revmakirurgi. Fra 2014 har sykehuset også avlastet Akershus Universitetssykehus for pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp fra bydelene Alna, Grorud og Stovner.

Styret på Diakonhjemmet Sykehus vedtok 20. oktober å stenge varmtvannsbassenget på sykehuset fra 10. april 2017. De frigjorte arealene skal brukes til pasientbehandling.

Befolkningen i sykehusområdene Oslo og Akershus vokser raskt. Det er behov for tiltak for å sikre at innbyggerne får sykehustjenestene de har behov for også i framtiden. Styret for Helse Sør-Øst RHF vedtok 16. juni 2016 det videre løpet for å sikre tilstrekkelig kapasitet for å møte fremtidig befolkningsvekst i disse to sykehusområdene. I styrets vedtak presiseres det at samarbeidet med Diakonhjemmet Sykehus om fordeling av oppgaver og ansvar skal sikre sykehusets langsiktige rolle i å sørge for sykehustjenester til befolkningen i Oslo sykehusområde.

Varmtvannsbassenget på Diakonhjemmet Sykehus har vært et godt tilbud for mange brukere gjennom årtier. Diakonhjemmet Sykehus har derfor vært tidlig ute med å varsle behovet for stenging for å gi brukerne god tid til å finne alternativ bassengtrening eller andre treningstilbud. Sykehuset er i tillegg i dialog med Oslo kommune for å finne alternative bassengtilbud for brukergruppen. Jeg har forståelse for at denne type endringer skaper bekymring og engasjement. Jeg har imidlertid tillit til at partene i felleskap finner frem til alternative løsninger for de som opplever å miste et godt tilbud på Diakonhjemmet sykehus.

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

Dokument nr. 15:16 (2016-2017)

Innlevert: 05.10.2016 Sendt: 05.10.2016

Besvart: 13.10.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Olaug V. Bollestad (KrF): Er helseministeren inneforstått med at de administrative endringer i betalingsansvaret for dyre biologiske legemidler kan gjøre det umulig for mindre ideelle sykehus å fortsette driften, og vil helseministeren sørge for at de faktiske kostnadene dekkes ved omleggingstidspunktet og at eventuelle fremtidige økninger dekkes med friske midler?

Begrunnelse

Det er varslet at betalingsansvaret for dyre biologiske legemidler overføres fra opptaksområdesykehus, til behandlende sykehus. For et sykehus som Betanien Hospital Skiens del vil denne merbelastningen utgjøre om lag 40 % av dagens basisramme, og vil slå beina under den grunnleggende finansieringen av sykehusdriften. Det er ikke gitt forpliktende tilbakemeldinger om eventuelle endringer i rammetilskudd som følge av denne omleggingen.

Svar

Bent Høie: Jeg har forelagt spørsmålet for Helse Sør-Øst RHF.

Helse Sør-Øst opplyser at de har etablert en arbeidsgruppe for vurdering av finansieringsansvaret for såkalte dyre legemidler (infusjoner). Representanter fra helseforetakene og de private ideelle sykehusene deltar i denne. I dagens finansieringsordning i Helse Sør-Øst dekker helseforetaket/sykehuset hvor pasienten er hjemmehørende kostnadene til dyre legemidler, uavhengig av hvilket helseforetak/sykehus som behandler pasienten. Det er tre mindre private sykehus i Helse Sør-Øst som ikke har eget opptaksområde, og som ikke dekker disse kostnadene i dag. Disse sykehusene har en del aktivitet knyttet til fagområder med relativt stor bruk av slike legemidler. Dersom finansieringsansvaret for disse legemidlene endres slik at behandlende sykehus dekker kostnadene, slik de gjør med andre legemidler og behandlingstkostnader, vil dette medføre økte kostnader for disse sykehusene. Et forslag til løsning vedrørende finansieringsansvar er fremmet for ledelsen i Helse Sør-Øst. Ifølge Helse Sør-Øst er det ikke tatt en beslutning, dvs. at det ikke er avklart om det blir noen endringer i finansieringsansvaret og basisrammer for 2017. Helse Sør-Øst opplyser at de legger til grunn at en eventuell endring av finansieringsansvaret også fører til endring av sykehusenes basisrammer.

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

Dokument nr. 15:1672 (2015-2016)

Innlevert: 30.09.2016 Sendt: 30.09.2016

Besvart: 10.10.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Kjersti Toppe (Sp): Kan statsråden informere stortinget om hvordan stortingets krav om geriatrisk kompetanse på alle store akuttpsykehus blir fulgt opp, hvor mange geriater som da må utdannes og hvordan dette sikres, og kan statsråden gi en oversikt over geriatrisk kompetanse og utvikling av geriaterstillinger nasjonalt og ved alle store akuttpsykehus, og hvilke planer som de store sykehusene har for økning i geriaterstillinger?

Begrunnelse

Stortinget fastslo i Innst. 2006 S (2015-2016) Nasjonal Helse- og sykehusplan at alle store akuttpsykehus skal ha geriatrisk kompetanse. En samlet Helse- og omsorgskomite skrev:

«Komiteen viser til at demografiske forhold, og særlig utviklingen i antall eldre og flere innvandrere, levevaner og bedret helsetilstand i befolkningen generelt, fører til et endret sykdomsmønster. Det blir viktig med spesialister med bred kompetanse i front både i kommune- og spesialisthelsetjenesten, som kan ta ansvar for helheten i diagnostikk, behandling og oppfølging av de vanligste sykdommene og sykdomskombinasjonene. Det blir også viktig å styrke den geriatriske kompetansen i alle deler av helsetjenesten.

Komiteen viser til at eldre lever lenger og oftere med lidelser som medfører økt medisinerings. Det er viktig med kunnskap om sykdomsbilder hos eldre, og riktig medisinerings og god samhandling med de kommunale tjenestene som følger pasientene til daglig. Store akuttpsykehus skal ha geriatrisk kompetanse for å møte disse utfordringene.»

I avtalen mellom regjeringspartiene og Venstre om Nasjonal helse- og sykehusplan står det:

"Eldre lever stadig og oftere med lidelser og derav økt medisinerings. Det er viktig med kunnskap om sykdomsbilder hos eldre og riktig medisinerings og god samhandling med de kommunale tjenestene som følger pasientene til daglig. Store akutt sykehus skal ha geriatrisk kompetanse for å møte disse utfordringene."

Nå etterlyser fagmiljøene oppfølging av Stortingets innstilling og regjeringspartienes avtale.

Både fra forskerhold og praksis etterlyses økt kunnskap om eldre og deres helse i alle deler av helsetjenesten. Spørsmålsstilleren mener alle store akuttpsykehus bør ha egen geriatrisk avdeling. Dette vil gi bedre pasientbehandling og pasientsikkerhet for eldre pasienter ved norske sykehus. Det vil gi utvikling i de geriatriske fagmiljøene som også vil komme resten av helsetjenesten til gode. Det er betydelig behov for kunnskapsoverføring og samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten om eldre og helse.

Ifølge nors geriatriforening(ABC nyheter 26/9-16) er det behov for minst 60 nye geriatristillinger for å dekke et minimum.

Det bes derfor om å få en oversikt over hvor arbeidet med å styrke den geriatriske kompetansen i de store akuttpsykehusene står.

Svar

Bent Høie: Representanten Toppe tar opp et viktig tema. Nasjonal helse- og sykehusplan viser at det vil bli et økende antall eldre med flere diagnoser og behov for langvarig oppfølging. For å gi et økende antall eldre pasienter god behandling og oppfølging i helsetjenesten, er vi avhengig av mange ulike profesjoner, både dem med den spisse kompetansen og dem med den brede kompetansen.

Geriatere har en kompetanse som er viktig på fremtidens sykehus. Relativt få blir godkjent som spesialister i geriatri i Norge. Geriatri har vært meldt som en sårbar spesialitet fra de regionale helseforetakene. Den geriatriske virksomheten ved sykehusene er i endring, og det er organisert på ulike måter. Regionale helseforetak har ansvar for å sørge for tilstrekkelig kompetanse og forsvarlige tjenestetilbud i spesialisthelsetjenesten, dette omfatter også geriatrisk kompetanse. Mange steder oppleves utfordringer både med å utdanne nye geriater og med rekruttering til spesialiststillinger. Dette er en kjent problemstilling som det jobbes med. I regelverket for spesialistutdanning av leger er det gitt en dispensasjonsadgang for at tjeneste ved relevante utdanningssteder, som sykehjem, skal kunne gi uttelling for spesialiseringen. Dette er gjort bl.a. for å bedre rekruttering av geriater. Tiltaket vil i tillegg bidra til å styrke kontakten mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Ulike tiltak er satt inn og vurderes i helseforetakene, tilpasset regionenes behov. Flere helseforetak har vært opptatt av å ansette leger i spesialisering for å styrke rekrutteringen til faget, noe som på sikt vil styrke kompetansen. I den sammenheng vil flere søke om å bli utdanningsinstitusjon i grenspesialiteten geriatri.

Geriatrisk kompetanse handler om flere faggrupper enn leger, og det tverrfaglige samarbeidet er viktig for å gi et godt tilbud til pasientene. Når det gjelder sykepleiere med geriatrisk kompetanse har enkelte foretak god tilgang på ferdig utdannende, mens andre trenger flere ansatte med denne fagkompetansen og vil styrke rekrutteringen.

Helse- og omsorgsdepartementet arbeider med å skaffe oversikt over framtidige kompetansebehov, og har gitt oppdrag til de regionale helseforetakene om å

utvikle Nasjonal bemanningsmodell som et verktøy for strategisk planlegging av personell- og kompetansebehov i sykehusene. Helsedirektoratet har oppdrag om å utarbeide årlig oversikt over utvikling i legestillinger som gir grunnlag for analyse og fordeling av legestillinger.

I foretaksmøtet med de regionale helseforetakene 4. mai i år, var sak 7 oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan. Foretaksmøtet viste til Innst. 206 S (2015-2016), jf. Meld. St. II (2015-2016) som ble behandlet i Stortinget 17. mars 2016. Av føringer som ble lagt til grunn fra Stortingets behandling av Nasjonal helse- og sykehusplan var blant annet at store akutt sykehus skal ha geriatrisk kompetanse.

Helse- og omsorgsdepartementet følger utviklingen, blant annet gjennom årlig melding og oppfølgingsmøter med de regionale helseforetakene.

Nedenfor gjengis en oversikt over geriatrisk kompetanse og utvikling av geriatristillinger ved de store akutt sykehusene og hvilke planer de har for økning i geriatristillinger.

I Helse Sør-Øst har Akershus universitetssykehus 5,2 overlegeårsverk, to besatt med geriater, en overlege er klar for å søke om godkjent spesialitet i geriatri og to leger er i utdanningspermisjon for gruppe-1 tjeneste til november 2016. Avdelingen sendte i august 2016 søknad om godkjenning for spesialistutdanning med gruppe 2-status. Sykehuset har professorat i geriatri. Ved utlysning av geriatristillinger er det få/ingen søkere med ferdig spesialitet i geriatri. Oslo universitetssykehus har geriatrisk avdeling med 15 overlegestillinger besatt av spesialister i geriatri og 10 utdanningsstillinger for leger i spesialisering. De samarbeider med to kommuner om å utdanne geriater. De har en stor og bred forskningsaktivitet, også i samarbeid med primærhelsetjenesten. Det er ingen planer om å øke stillingsandelen, de har nødvendig antall for å utvikle fag og tilbud videre.

Sykehuset Telemark har to overlegestillinger i geriatri. De samarbeider med kommunene på geriatrionrådet, og geriaterne har en dag hver 14. dag i to kommuner. De har ikke lyktes med å rekruttere en geriatr til Notodden sykehus. Sykehuset er for tiden godkjent med seks mndr tellende tjeneste til spesialiteten i geriatri, men det er utfordrende å motivere yngre leger til å ta spesialiteten tross tydeliggjort behov. I Vestre Vikens strategiplan er styrking av geriatri et prioritert område. Bærum Sykehus har i en årrekke satset på å utvikle og styrke geriatrisk kompetanse. De har en seksjon for geriatri mv med fire overleger i geriatri og to B-gren LIS i faget. Avdelingen er gruppe 1-utdanningsinstitusjon i geriatri. To nevrologer, en 50 pst forskningsstipendiat og en 50 pst postdoc forskningsoverlege er tilknyttet posten. Utdanningskapasiteten er benyttet bl.a. til å utdanne geriater til de andre sykehusene i foretaket. Drammen sykehus har to overlegestillinger, men det har vært vanskelig å rekruttere kompetente geriater de siste årene. Det er nå konstituert en erfaren LIS-lege med interesse for og kompetanse i geriatri, og det er ansatt spesialsykepleier i geriatri. De har LIS-leger i utdanning i geriatri hvorav en snart er ferdig. Kongsberg sykehus har 1,5 overlege i geriatri fra 2017 og ved Ringerike sykehus er en overlege i ferd med å avslutte sin spesialistutdanning i geriatri. Sykehuset i Vestfold har 3,05 stilling geriatri besatt og tre LIS som kun mangler gruppe-1 i geriatri for de er ferdige geriater. Det er derfor på noe sikt potensiale til å øke til 5-6 stillinger for geriater. Ved Sykehuset Sørlandet har Kristiansand sykehus to overlegestillinger i geriatri, ingen endring siste 15 år og det er ikke konkrete planer om å øke.

Utdanningsstillingen i geriatri har vært ubrukt i 6 år. Det sendes søknad til Helsedirektoratet om å gjenopprette gruppe II-status i geriatri. Arendal sykehus har to overlegestillinger besatt av geriater samt en overlegekompetent lege som har sendt søknad om godkjenning for geriatri ansatt i LIS-stilling fordi sykehus har kun to overlegestillinger. De er godkjent gruppe-II avdeling og ønsker å søke gruppe-I status. De har lege med dr. grad. De har to LIS stillinger (B-gren), en lege som snart er ferdig spesialist i indremedisin og "langtidsplaner" for tre andre leger med flere års indremedisinsk tjeneste som ønsker spesialisering i geriatri og som kan bli ferdige spesialister i geriatri innen relativt få år. Sykehuset Østfold har tre geriater og to sykepleiere med geriatrisk kompetanse, en med en master i klinisk geriatri våren 2017 og flere hjelpepleiere med geriatrisk kompetanse. Det foreligger ingen umiddelbare planer om ytterligere økning i geriatristillinger. Lovisenberg Diakonale Sykehus har 3,5 overlegestillinger i geriatri og har ikke planlagt å øke antall geriater de nærmeste par årene. De forbereder søknad om godkjenning som gruppe-1 utdanningsinstitusjon i geriatri. Diakonhjemmet sykehus har en geriatrisk sengepost med 2,8 overlegestillinger i geriatri samt to B-grens stillinger tilknyttet, 0,8 overlegestilling er professorkompetent. Fagmiljøet er av en størrelsesorden som Handlingsplan geriatri Helse Sør-Øst 2010-2020 betegner som tilstrekkelig for å være levedyktig og bemanningen og antallet senger er innenfor rammen av det handlingsplanen anbefaler ift. opptaksområde.

I Helse Vest har alle de store akutt sykehusene med unntak av Helse Førde spesialister i geriatri. Det har vært en økning i geriatrisk kompetanse i regionen og det er et klart ønske om å øke antall stillinger. Helse Førde har behov for å styrke fagområdet, de har i dag ingen spesialist i geriatri pga rekrutteringsproblemer. Helse Bergen har to geriater og ønsker 1-2 stillinger til i 2017. De vil søke om godkjenning som utdanningsinstitusjon.

Haraldsplass diakonale sykehus har fem overlegestillinger i geriatri og seks utdanningsstillinger (fire ordinære utdanningsstillinger og to som kombinerer klinikk og forskning. De har ikke planer om økning nå fordi det er noe utfordring med å besette alle overlegestillingene. Helse Fonna har to legespesialister i geriatri og en i utdanningsstilling. Det er behov for å utdanne flere spesialister og styrke kompetansen. Helse Stavanger har fire overlegestillinger i geriatri og fire utdanningsstillinger som benyttes til utdanning av egne kandidater, gruppe 1-tjeneste for andre og gi erfaring i geriatri til andre indremedisinere. Videre utvikling og ivaretagelse av kompetanse i geriatri er viktig, også med sikte på å utdanne for primærhelsetjenesten.

Helse Midt-Norge hadde en gjennomgang av fagmiljøene i regionen i 2012, og geriater er en av legespesialitetene som den gang ble vurdert som sårbar dersom rekrutteringen ikke ble styrket. Antallet geriater er doblet i regionen siden det. Det er fortsatt behov for flere geriater i regionen, samtidig er det nødvendig å bygge opp geriatriisk kompetanse i andre grupper av helsepersonell som sykepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeuter. Det regionale helseforetaket er ikke kjent med at det foreligger konkrete planer om å øke antall geriatristillinger i regionen. Helse Nord-Trøndelag har to overlegestillinger og en utdanningsstilling og Helse Møre og Romsdal har fem geriater. St Olavs Hospital har fire overlegestillinger, tre LIS i B-gren og 1 LIS rotasjon. Dersom alle innsendte spesialistsøknader blir godkjent vil de ha seks ferdige spesialister, totalt ti stillinger.

Helse Nord har totalt åtte geriater; Nordlandssykehuset, Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset har en geriater hver, mens Universitetssykehuset Nord-Norge har fem. Rekruttering til eksisterende stillinger for geriater og til utdanningsstillingene er en utfordring i Helse Nord. Utdanning skjer for tiden kun ved UNN Tromsø og UNN Harstad. Helse Nord har siden 2007 hatt et regionalt utdanningsprogram i geriatri som innebærer et aktivt arbeid for rekruttering og utdanning av geriater som ønsker å bli værende i regionen etter fullført utdanning. Sentrale elementer i programmet er nettverksbygging, forutsigbare utdanningsløp uten uønskede forsinkelser i spesialiseringen, og mulighet for forskning og fagutvikling. Gevinstene av dette utdanningsprogrammet har ikke vært like gode som de har erfart innen andre fagfelt. Det pågår for tiden et arbeid med utvikling av en regional plan for eldre helse i Helse Nord. Det gjøres en kartlegging av kompetansen og tilbudet i geriatri i helseforetakene som vil danne grunnlaget for videre utvikling av fagfeltet.

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

Besvart: 10.10.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Olaug V. Bollestad (KrF): Er det aktuelt for statsråden å akseptere at porteføljen til Borgestadklinikken reduseres når tilbudet 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 portefølje som blir lagt ut på tilbud, 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: Det er som kjent Helse Sør-Øst RHF's ansvar å sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon, herunder tverrfaglig spesialisert rusbehandling og institusjonsplasser som kan ta imot rusmiddelavhengige med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 til 10-4 (jf. spesialisthelsetjenestelovens § 2-1a, pkt 5). Videre skal det regionale helseforetaket planlegge, organisere, styre og samordne virksomhetene i helseforetakene som de eier og vurdere om deler av tjenestene skal ytes gjennom inngåelse av avtale med private eller offentlige virksomheter som de ikke eier (jf. helseforetakslovens § 2a.).

Helse Sør-Øst RHF har i sitt forberedende arbeid knyttet til denne konkrete anskaffelsen 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 ferdigstillelsen av konkurransegrunnlaget.

Regjeringen Solberg har som nevnt i spørsmålet gjeninnført "den gylne regel" og ønsker med dette å sikre en satsing på tilbud til rusavhengige og mennesker med psykiske lidelser. Regjeringen har dessuten gjennomført særskilte tiltak for å styrke disse tjenestetilbudene gjennom en styrking av basisbevilgningen i 2014 til økt kjøp fra private virksomheter innenfor områdene psykisk helsevern, rus og rehabilitering. Dette kom i tillegg til målet om å styrke tverrfaglig spesialisert behandling i 2014 i Helse Sør-Øst med om lag 110 plasser fra ideelle virksomheter.

Helse Sør-Øst RHF gjorde i 2013 og 2014 både en utvidelse av de eksisterende avtalene innen tverrfaglig spesialisert behandling og gjennomførte en ny anskaffelse. Dette medførte en økning på om lag 140 døgnplasser hos private ideelle avtaleparter. Det ble samtidig lagt inn betydelige ressurser til en styrking av kvaliteten på behandlingstilbudene, herunder gitt midler til etablering av ambulant virksomhet før og etter innleggelse hos flere avtaleparter. Denne satsningen har først fått full effekt i 2016, siden det naturlig nok tar noe tid å etablere full kapasitet ved nye tilbud. Dette har ifølge Helse Sør-Øst RHF medvirket til at de har oppfylt prioriteringsregelen innenfor tverrfaglig spesialisert behandling frem til nå.

Hvordan den forestående anskaffelsen vil påvirke det totale tilbudet i Helse Sør-Øst RHF med hensyn til "den gylne regel", er det fortsatt for tidlig å konkludere på.

Link til regjeringens side – spørsmål til skriftlig besvarelse:

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