

Saksframlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret Helse Sør-Øst RHF	2. februar 2017

SAK NR 016-2017

ORIENTERINGSSAK: DRIFTSORIENTERINGER FRA ADMINISTRERENDE DIREKTØR

Forslag til vedtak:

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Hamar, 25. januar 2017

Cathrine M. Lofthus
administrerende direktør

1. Vurdering av eventuell overføring av Kongsvinger sykehus med tilhørende opptaksområde til Akershus universitetssykehus HF

Helse Sør-Øst RHF ble i foretaksmøte 17. august 2015 bedt om å vurdere en eventuell overføring av Kongsvinger sykehus med tilhørende opptaksområde i Sykehuset Innlandet HF til Akershus universitetssykehus HF. Utredningen av dette ble startet høsten 2016 som et prosjekt ledet av Helse Sør-Øst RHF. Det har vært bred deltakelse fra de berørte sykehusene og kommunene som i dag har Kongsvinger som lokalsykehus. Arbeidet er nå i sluttfasen. Rapporten fra prosjektet vil bli sendt ut på en bred høring før administrerende direktør fremmer sak om dette til styret.

2. Videre utvikling av inntektsmodellen i Helse Sør-Øst

I sak 085-2016 Budsjett 2017 ble det informert om at det igangsettes arbeid for å vurdere om det foreligger ny informasjon vedrørende grunnlaget for enkelte elementer i regional inntektsmodell. Det skal gjøres analyse og vurderinger vedrørende storbykriteriet innen psykisk helsevern og TSB samt abonnementsordningen i somatikk til Oslo sykehusområde. Denne videreutviklingen vil ikke få innvirkning på inntektsrammene for 2018, i og med at forutsetningene for disse legges allerede i premissene for økonomisk langtidsplan som besluttes i mars.

I tillegg til storbykriteriet og abonnementsordningen vil det bli sett på andre forhold som kan medføre endringer eller tillegg til dagens opplegg for inntektsfordeling. Det vil bli arbeidet med fordelingen av inntektsmodelleffekter internt i Oslo sykehusområde. Innen psykisk helsevern vil det bli sett på om utviklingen innen ambulante tjenester medfører behov for endringer i inntektsmodellen. Det vil også komme til vurdering om helseforetakene skal avregnes direkte for bruk av luftambulansetjenesten, som til nå har vært håndtert av det regionale helseforetaket. For Sunnaas sykehus og de tre private ideelle sykehusene uten eget opptaksområde, blir det årlig besluttet inntektsnivå. Det skal arbeides med å videreutvikle faktagrunnlaget for disse inntektsbeslutningene. Avregning for luftambulansetjenesten og endringer i forutsetningene for fastlegging av inntektsrammer for Sunnaas og de tre private ideelle sykehusene, kan bli implementert i arbeidet med økonomisk langtidsplan våren 2017 med virkning fra og med 2018.

Videreutviklingsarbeidet organiseres som et prosjekt i Helse Sør-Øst RHF med bred involvering fra helseforetak, tillitsvalgte og brukere. Prosjektleder vil være professor Terje P. Hagen fra Universitetet i Oslo. Professor Oddvar Martin Kaarbøe, også fra Universitetet i Oslo, vil lede flere av delprosjektene.

Med unntak av forholdene nevnt som aktuelle for implementering i 2018, vil det legges opp til en framdrift som gjør at eventuelle endringer kan implementeres i rammeforutsetningene for økonomisk langtidsplan 2019-2022. Våren 2017 vil det bli gjort prosjektforberedelser i det regionale helseforetaket, med datainnhenting, analyse med videre. Fra tidlig høst 2017 vil prosjektet startes, med involvering fra helseforetak, konserntillitsvalgte og brukere. Prosjektrapport forutsettes ferdig i januar 2018, med forventet behandling i styret i februar/mars 2018.

3. 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 Tone Wilhelmsen Trøen (H) til helse- og omsorgsministeren
Dokument nr. 15:536 (2016-2017)

Innlevert: 19.01.2017

Sendt: 20.01.2017

Til behandling

Spørsmål

Tone Wilhelmsen Trøen (H): En liten gutt fra Ullensaker lider av den sjeldne og arvelige sykdommen spinal muskelatrofi (SMA). Han er tilbudt å delta kostnadsfritt i et EAP-program i Sverige med bremsemedisinen Nusinersen (Spinraze). Bo- og reiseutgifter for familien vil utgjøre 300 000 kroner det første året, noe Helse-Sør Øst ikke vil dekke.

Med denne pasienthistorien som eksempel, hvordan tenker statsråden at de regionale helseforetakene kan gi mulighet til å godkjenne at norske pasienter med sjeldne diagnoser deltar i kliniske studier i Norden?

Begrunnelse

Den tre og et halvt år gamle gutten bosatt i Ullensaker kommune lider av den arvelig muskelsykdommen spinal muskelatrofi. Han har type 1, den alvorligste formen for sykdommen. Gjennom avisen Eidsvoll Ullensaker Blad forteller guttens foreldre at sønnen fikk påvist sykdommen da han var fire måneder gammel, med beskjed fra legene om at han ville leve maksimalt til han ble to år. Nå er han tre og et halvt år, og han viser stadig større fremgang. Han har fått tilbud om å delta i et EAP-program ved Sahlgrenska Universitetssjukehus i Göteborg, for å forsøke bremsemedisinen Nusinersen (Spinraze). Medisinen er nylig blitt FDA-godkjent i USA, men venter fortsatt på godkjenning i Europa og Norge. Behandlingen vil være kostnadsfri for familien, men bo- og oppholdsutgifter må dekkes selv. Stipulert til 50-60 000 pr. behandling, med minimum seks behandlinger i det første året. Familien har søkt norske helsemyndigheter om å få dekket utgiftene, men har fått avslag. For pasienter med sjeldne diagnoser kan det være svært viktig å få mulighet til å delta i kliniske studier i Norden.

Spørsmålet er på hvilken måte statsråden kan bidra til at de regionale helseforetakene kan godkjenne at disse pasientene får deltatt i slike studier, og at det også innebærer dekning av bo- og reiseutgifter.

Svar

Bent Høie: Svaret er ennå ikke tilgjengelig

Skriftlig spørsmål fra Ulf Leirstein (FrP) til helse- og omsorgsministeren

Dokument nr. 15:475 (2016-2017)

Innlevert: 09.01.2017

Sendt: 09.01.2017

Besvart: 18.01.2017 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Ulf Leirstein (FrP): Er Helseministeren tilfreds med situasjonen knyttet til Sykehuset Østfold, basert på de kritikkverdige forholdene og avvikene som har blitt offentlig kjent, og vil statsråden ta initiativ til en tettere oppfølging fra ansvarlige politiske myndigheter?

Begrunnelse

Gjennom lang tid har offentligheten blitt gjort kjent med en rekke kritikkverdige forhold knyttet til driften ved Sykehuset Østfold. Det er bra at avvik og denne type forhold avdekkes. Da kan man få gjort noe med det. Undertegnede har utfordret helseministeren på dette tidlige, men svaret er hver gang at dette skal håndteres av foretaket og styret.

Helseministeren er overste ansvarlige politiske myndighet, og ansvaret kan ikke delegeres.

Det siste forholdet som ble omtalt i media er fra NRK 6. januar 2017 om en episode fra våren 2015 hvor et nyfødt barn døde pga. surstoffmangel. – Avviket fra god praksis er så stort at det anses som uforsvarlig, skriver Helsetilsynet.

I lokalmedia i dag melder Sykepleierforbundet at man er bekymret for arbeidssituasjonen pga. høyt sykefravær og at mange erfarne ansatte slutter.

Denne situasjonen som har vært beskrevet ved sykehuset siden oppstarten på Kalnes bør vekke bekymring og medføre handling.

Svar

Bent Høie: Jeg vil først og fremst påpeke viktigheten av åpenhet rundt avvik og uønskede hendelser for å kunne få til forbedringer i tjenesten. Derfor har jeg som statsråd lagt stor vekt på åpenhet. Fra 1. januar 2017 trådte den nye forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring i kraft. Den nye forskriften er et sentralt virkemiddel som plasserer ansvar og beskriver grunnleggende krav som virksomheter i helsetjenesten må styre etter for å gi forsvarlige og gode helsetjenester og for å forbedre tjenester som ikke er gode nok. Arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet skal ha konstant oppmerksomhet fra ledelsen.

Den hendelsen som representanten viser til er fra våren 2015. Sykehuset har tidligere beklaget og kommentert dette svært tragiske utfallet. Sykehuset Østfold opplyser at de i dag har en annen organisering av fødselstilbudet. Både DSB, Arbeidstilsynet og Fylkesmannen har i tilsyn i løpet av 2016 konkludert med at driften ved avdelingen er forsvarlig, og det er ikke gitt avvik eller pålegg.

Når det gjelder den nye organiseringen av sykehusstilbudet i Østfold, med nytt sykehus på Kalnes og poliklinikk og elektiv kirurgi på Moss, så er det ingen tvil om at det vil ta tid før den nye organiseringen er helt optimalt drevet.

Sykehuset Østfold opplyser at 2016 har vært brukt til optimalisering, justeringer og enkelte tilpasninger. En status etter 6 og 12 mnd drift med intervjuer av ansatte og pasienter, samt gjennomgang av avviksmeldinger og driftsmeldinger, var overveiende positiv med gode forslag til forbedringstiltak som ble gjennomgått i de ulike fagmiljøene og i ledergruppene. Flere forbedringstiltak er igangsatt og følges opp. Ledelsen ved sykehuset rapporterer jevnlig driftsstatus til styret ved sykehuset Østfold og til Helse Sør Øst.

Sykehuset Østfold viser til at de synes det er synd at det kun er negative ytringer og opplevelser som blir framhevet, og viser til at de har daglige positive opplevelser fra pasienter og pårørende som opplever enerom med egne bad og høy faglig kompetanse og vennlighet hos de ansatte.

Sykehuset Østfold bekrefter at de siden innflyttingen på Kalnes har hatt utfordringer med høyt sykefravær og turnover ved døgnområde 1 - hjertemedisin. Det har vært satt inn flere tiltak og ekstra ressurser for å løse utfordringene, og Sykehuset Østfold er nå i gang med en omorganiseringsprosess i medisinsk klinikk. Et eget innsatsteam arbeider nå med å se på behandlingsforløpet for hjertepasienter. Sykehuset Østfold opplyser at det tradisjonelt har vært høy turnover blant sykepleiere i hjertemedisin. Lav gjennomsnittsalder blant sykepleierne betyr at mange blir borte i perioder på grunn av fødselspermisjoner og at mange søker seg til videreutdanning. Det har også vært oppsigelser, men sykepleierne har ikke oppgitt situasjonen i hjertemedisin som årsak til dette. Flytting og tilbud om stillinger ved universitetssykehus har vært oppgitt som årsak. Sykehuset opplyser at sykefraværet blant ansatte i hjertemedisin for november og desember 2016 er 11,5 prosent. Dette er høyere enn gjennomsnittet i hele sykehuset, men ligger omtrent på samme nivå som andre døgnområder i sykehuset. Sykefraværet totalt for sykehuset var 8,8 prosent i 2016.

Sykehuset Østfold har videre hatt stor pågang av pasienter på grunn av influensaepidemien. De vil derfor åpne midlertidig et sengetun med ni ekstra senger.

Helse Sør-Øst opplyser at selv om den økonomiske situasjonen ved Sykehuset Østfold er krevende, så er det ingen indikasjoner på at sykehuset ikke drives forsvarlig. De opplyser at Sykehuset Østfold har hatt en høyere aktivitet enn forutsatt i 2016, dvs at flere pasienter enn planlagt har fått behandling. Videre opplyser de at ventetidene er redusert og ligger under kravene som er stilt.

Skriftlig spørsmål fra Odd Omland (A) til helse- og omsorgsministeren

Dokument nr. 15:449 (2016-2017)

Innlevert: 20.12.2016

Sendt: 21.12.2016

Besvart: 02.01.2017 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Odd Omland (A): I forbindelse med nasjonal helse- og sykehusplan fikk regjeringen ansvar for aktivt å følge opp lokale prosesser for å sikre befolkningen et likeverdig spesialist-helsetilbud. SSHF har nedsatt en bredt sammensatt prosjektgruppe som har anbefalt kirurgisk akuttberedskap i Flekkefjord. Mindretallet i

prosjektgruppa ser ut til å bygge sine anbefalinger på scenariene i Nasjonal helse- og sykehusplan, men Stortinget har besluttet at disse ikke skal være førende. Hva gjør Statsråden for å følge opp Stortingets føringer i saken?

Begrunnelse

I behandlingen av nasjonal helse- og sykehusplan fikk regjeringen et særskilt ansvar for å sikre befolkningen et likeverdig spesialisthelsetilbud. SSHF har nedsatt en bredt sammensatt prosjektgruppe for å vurdere hvordan et samlet akutttilbud ved sykehuset i Flekkefjord skal være fra 2018. Prosjektgruppa har nå gitt sine anbefalinger, som er kommunisert i et nyhetsbrev fra Sørlandet Sykehus datert 9.12.16.

Der fremgår det at et klart flertall i prosjektgruppa anbefaler at kirurgisk akuttberedskap beholdes ved sykehuset Flekkefjord. Mindretallet viser imidlertid til Nasjonal helse- og sykehusplan, der det anbefales et befolkningsgrunnlag på 60 - 80 000 for å drive akuttkirurgi. Stortinget har imidlertid bedt regjeringen om at scenariene som er beskrevet i Nasjonal helse- og sykehusplan ikke skal være førende for de lokale og regionale utviklingsprosessene som skal gjennomføres. Det bes derfor om en tilbakemelding på hvordan dette er kommunisert ut fra departementet, og hva ministeren gjør for å sikre at Stortingets klare føringer følges opp i de lokale prosessene.

Svar

Bent Høie: Som oppfølging av Stortingets behandling av Nasjonal helse- og sykehusplan skal alle helseforetak utarbeide utviklingsplaner. Oppdraget ble gitt i foretaksmøte 4. mai 2016. Det ble gitt føringer for dette arbeidet i tråd med Innst. 206 S (2015-2016) og Stortingets anmodningsvedtak ved behandling av planen. Alle helseforetak er nå i gang med å lage utviklingsplaner, og avklaringer av akuttfunksjoner skal skje før 1. april 2017.

I arbeidet med utviklingsplaner skal helseforetakene legge til grunn sykehusplanens definisjon av fire ulike typer sykehus. Dette er regionsykehus, stort akuttisykehus, akuttisykehus og sykehus uten akuttfunksjoner.

I Sørlandet sykehus vil sykehusene i Kristiansand og Arendal være store akuttisykehus med et bredt akutttilbud. Flekkefjord sykehus er et akuttisykehus som minst skal ha akuttfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt, planlagt kirurgi, beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering og håndtering av akutte hendelser. Når det gjelder beredskap for kirurgisk vurdering, presiserte foretaksmøtet at dette kan skje ved å utnytte ressurser i helseforetaket som helhet.

Foretaksmøtet la til grunn at utviklingsplanene skal utarbeides i tråd med "Veileder for arbeidet med utviklingsplaner" som ble ferdigstilt i mai, og arbeidet skal skje i tett dialog med kommunen og andre aktuelle aktører. Veilederen stiller krav til åpne prosesser, involvering av alle interessenter, gjennomført risiko- og mulighetsanalyse og kvalitetssikring.

Jeg følger opp arbeidet med utviklingsplaner i styringsdialogen med de regionale helseforetakene.

Skriftlig spørsmål fra Christian Tynning Bjørnø (A) til helse- og omsorgsministeren Dokument nr. 15:448 (2016-2017)

Innlevert: 20.12.2016

Sendt: 21.12.2016

Besvart: 22.12.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Christian Tynning Bjørnø (A): Hvor mye mindre ressurser vil Sykehuset Telemark få i 2017 som følge av effektiviseringskravet i budsjettforliket mellom Høyre, Frp, Krf og Venstre, sammenlignet med opprinnelig forslag til statsbudsjett, og hva er departementets anslag på hva Sykehuset Telemark ville fått hvis den totale bevilgningen til RHFene hadde vært på 1040 millioner mer enn Regjeringens budsjettforslag?

Begrunnelse

I tidligere budsjett har sykehusene i all hovedsak fått tilbakeført midler tilsvarende krav til effektivisering på 0,5% for å unntas kravet. Årets budsjettforlik medfører et ytterligere krav på effektivisering på 0,3% som ikke vil følges opp av kompenserende midler.

Svar

Bent Høie: Budsjettavtalen vil innebære at veksten i helseregionenes budsjetter neste år blir noe lavere enn det som er lagt til grunn i Regjeringens forslag til statsbudsjett.

Økningen i effektiviseringskravet fra 0,5 til 0,8 pst. utgjør 415 mill. kroner samlet sett. Det legges fortsatt til grunn en aktivitetsvekst på om lag 2,1 pst. i tråd med Regjeringens forslag til statsbudsjett.

Styret i Helse Sør-Øst behandlet 15. desember sak 100-2016 Oppdrag og bestilling 2017 – Krav til økonomisk resultat. Det fremgår av sak 100-2016 at Helse Sør-Øst RHF får et trekk i basisbevilgningen på 162 mill. kroner

som følge av økningen i effektiviseringskravet fra 0,5 til 0,8 pst. Det framgår at trekket ikke er fordelt til helseforetakene og de private sykehusene med langsiktige driftsavtaler, men håndteres av det regionale helseforetaket. Halvparten håndteres ved handlingsrom etablert ved innsparinger og prioriteringer som er gjort i budsjettprosessen for det regionale helseforetaket og de felleseide selskapene, og halvparten fører til redusert resultat i Helse Sør-Øst RHF.

I tillegg vil økningen på 0,3 prosent også få effekt på enhetsprisen i den innsattsstyrte finansieringen i 2017, som blir redusert med 126 kroner fra 42 879 kroner i regjeringens forslag til statsbudsjett til 42 753 kroner etter budsjettforliket. Helse Sør-Øst anslår at denne endringen og andre endringer vil kunne redusere inntektene til Helse Sør-Øst RHF samlet sett med omlag 60 mill. kroner. Denne effekten vil helseforetakene og private somatiske sykehus med langsiktige driftsavtaler måtte hensynta i sine budsjetter.

Effekten for Sykehuset Telemark HF av å øke bevilgningene til de regionale helseforetakene med 1 040 mill. kroner vil avhenge av hvilke budsjettposter som omfattes av økningen, og hvordan Helse Sør-Øst RHF velger å disponere midlene som tilføres regionen.

Skriftlig spørsmål fra Lene Vågslid (A) til helse- og omsorgsministeren

Dokument nr. 15:446 (2016-2017)

Innlevert: 20.12.2016

Sendt: 20.12.2016

Besvart: 22.12.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Lene Vågslid (A): Hvor står arbeidet med å få etablert en luftambulansebase i Telemark og hva menes konkret med de 10 millionene som er satt av til fremtidig base for luftambulanse Innlandet i budsjettforliket?

Begrunnelse

Ambulansetjenesten har en avgjørende rolle i akuttberedskapen. I de senere år er det utviklet prehospitalt behandlingsopplegg for akutte skade- og sykdomstilstander som før bare ble behandlet på sykehus.

Luftambulansetjenesten er avgjørende for beredskap, effektiv behandling og transport ved akutt skade eller sykdom.

Under behandlingen av Nasjonal helse- og sykehusplan viste en enstemmig helse- og omsorgskomité til Stiftelsen Norsk Luftambulanses sin utredning om kapasitet og basestruktur, som konkluderte med at luftambulanshelikopter må nå pasienten innen 30 min fra nødmelding kommer inn. Dette tilsier nye helikopterbaser for områdene i Telemark og Innlandet i årene framover. Arbeidet med å få på plass en luftambulansebase i Telemark er viktig og trenger en avklaring.

I regjeringens budsjettforlik med KrF og Venstre er det satt av 10 mill. kroner til luftambulans Innlandet.

Dette er en sum som er vanskelig å forstå at skal kunne ha noen betydning i arbeidet da 10 millioner kroner til utredning virker å være alt for mye, og 10 millioner til drift er klart alt for lite.

Svar

Bent Høie: St.meld. nr. 43 (1999–2000) Om akuttmedisinsk beredskap slo fast at 90 pst. av landets befolkning skal nås av legebemannet ambulans (som f.eks. ambulanshelikopter) i løpet av 45 minutter. Stiftelsen Norsk Luftambulans mener at et luftambulanshelikopter må nå pasienten innen 30 minutter fra nødmeldingen ringes inn. På denne bakgrunn mener stiftelsen det er nødvendig med nye helikopterbaser. Behovet dreier seg spesielt om baser for områdene i Telemark og Innlandet.

Som oppfølging av Stortingets vedtak ved behandlingen av Nasjonal helse- og sykehusplan, fikk de regionale helseforetakene i foretaksmøtet i mai 2016 i oppdrag å gjennomgå basestrukturen for luftambulansen i Norge.

Forslaget om luftambulansbase i Innlandet må inngå i denne samlede gjennomgangen. Gjennomgangen vil utgjøre et beslutningsgrunnlag om luftambulansbase i Innlandet. I regjeringens budsjettforlik er det, som stortingsrepresentant Vågslid skriver, satt av 10 mill. kroner til luftambulans i Innlandet. Som det fremkommer av Innst. 11 S (2016-2017), skal midlene brukes til prosjektering. Midler til drift vil komme i tillegg.

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

Dokument nr. 15:420 (2016-2017)

Innlevert: 16.12.2016

Sendt: 19.12.2016

Besvart: 22.12.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Kjersti Toppe (Sp): Kan statsråden gjøre greie for utviklinga i talet på leiarar, leiarlønningar og konsulentoppdrag i helseføretaka dei siste 10 åra, med spesielt vekt på dei siste 5 åra?

Svar

Bent Høie:

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

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

Dokument nr. 15:410 (2016-2017)

Innlevert: 15.12.2016

Sendt: 16.12.2016

Besvart: 22.12.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Olaug V. Bollestad (KrF): Hva gjør statsråden for å følge opp stortingets føringer for akuttkirurgiske tilbud og stedlig ledelse for sykehusene i Flekkefjord, Volda, Odda, Stord, Narvik og Gravdal og at de har lokale prosesser som ivaretar disse sykehusenes funksjoner og befolkningens behov?

Begrunnelse

Da Nasjonal Helse og Sykehusplan Innst. 2006 S (2015-2016) ble behandlet i Stortinget vedtok flertallet i Stortinget at regjeringen ved statsråden aktivt skulle følge opp de lokale prosessene for å sikre akuttkirurgiske tilbud over hele landet og at sykehusene skal ha stedlig ledelse.

Flere lokale og regionale helseforetak har satt ned flere arbeidsgrupper for å gjennomføre planen. Flere sykehus opplever at mandat endres underveis, at stedlig ledelse tolkes ulikt, og at man derfor lever med en trussel over eget sykehus og deres akuttfunksjoner.

Svar

Bent Høie: Som oppfølging av Stortingets behandling av Nasjonal helse- og sykehusplan skal alle helseforetak utarbeide utviklingsplaner. Oppdraget ble gitt i foretaksmøte 4. mai 2016. Det ble gitt føringer for dette arbeidet i tråd med Innst. 206 S (2015-2016) og Stortingets anmodningsvedtak ved behandling av planen. Alle helseforetak er nå i gang med å lage utviklingsplaner, og avklaringer av akuttfunksjoner skal skje før 1. april 2017.

Foretaksmøtet la til grunn at utviklingsplanene skal utarbeides i tråd med "Veileder for arbeidet med utviklingsplaner" som ble ferdigstilt i mai, og arbeidet skal skje i tett dialog med kommunen og andre aktuelle aktører. Veilederen stiller krav til åpne prosesser, involvering av alle interessenter, gjennomført risiko- og mulighetsanalyse og kvalitetssikring.

Når det gjelder kravet om stedlig ledelse, viste foretaksmøtet til at hensiktsmessig oppgavedeling og krav til helhetlige pasientforløp forutsetter tett samarbeid og faglige og organisatoriske nettverksfunksjoner mellom sykehus, og at organiseringen bør understøtte dette. Foretaksmøtet viste til at Stortinget ved behandling av Nasjonal helse- og sykehusplan gjorde følgende anmodningsvedtak: "Stortinget ber regjeringen gjennom foretaksmøtet og/eller styringsdokumenter sørge for at stedlig ledelse bli hovedregelen ved norske sykehus." Vedtaket gir helseforetakene en viss fleksibilitet til å utforme ledelsesmodeller tilpasset lokale behov, men foretaksmøtet presiserte at stedlig ledelse skal være hovedregelen jf. Stortingets vedtak. Foretaksmøtet presiserte at kravet om stedlig ledelse ikke er til hinder for bruk av tverrgående klinikker. I en tverrgående klinikkstruktur må klinikklederen påse at det finnes ledere på de ulike geografiske lokasjonene som er gitt fullmakter til å utøve stedlig ledelse. Foretaksmøtet minnet samtidig om at helseforetakene må organisere virksomheten på en måte som sikrer at lovens krav til enhetlig ledelse blir oppfylt. Dette innebærer blant annet at alle ansatte i sykehuset skal vite hvem som er deres nærmeste leder, ref. rundskriv I-2/2013 om Lederansvaret i sykehus. Uavhengig av organisering skal det sikres god kommunikasjon og nærhet til nærmeste leder. Omstillingsprosesser og endring av organisasjonsmodell skal skje i samarbeid og i god dialog med ansatte

og deres organisasjoner.

Jeg følger opp arbeidet med utviklingsplaner og kravet om stedlig ledelse i styringsdialogen med de regionale helseforetakene. Det skal rapporteres på krav som er stilt i foretaksmøtet i årlig melding for 2016.

Skriftlig spørsmål fra Freddy de Ruiter (A) til helse- og omsorgsministeren

Dokument nr. 15:400 (2016-2017)

Innlevert: 15.12.2016

Sendt: 15.12.2016

Besvart: 21.12.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Freddy de Ruiter (A): Nylig ble det bestemt å slå sammen pasientombudene i Aust-Agder og Vest-Agder, og flytte virksomheten til Kristiansand. På tross av at de to fylkeskommunene hadde inngått en intensjonsavtale, som forøvrig kommunalministeren er godt kjent med, og som innebar, at ved en eventuell sammenslåing av fylkene skulle statlig forvaltning legges til Arendal. Fylkestingene i begge fylkene fattet flertallsvedtak om sammenslåing 13- og 14.12.2016.

Vil statsråden sørge for at pasientombudets virksomhet på Sørlandet samles i Arendal?

Svar

Bent Høie: Pasient- og brukerombudet på Agder vil bestå av 7 ansatte. Før sammenslåingen var det 3 ansatte i Aust-Agder og 4 ansatte i Vest-Agder. Sammenslåingen av ombudene ble gjennomført etter en god prosess overfor de ansatte. Løsningen med hovedkontor i Kristiansand og fast utekontor i Arendal ble valgt ut fra at ombudet på denne måten ville treffe flest innbyggere og gi minst ulemper for de ansatte. En sammenslåing medfører at man kan benytte de samlede ressursene mer effektivt ved å videreutvikle det tette samarbeidet ombudene har hatt i flere år. En sammenslåing av ombudene vil legge til rette for bedre ombudstjenester til flere innenfor de samme økonomiske rammene man har i dag ved blant annet ved en mer effektiv administrasjon og større fagmiljø.

Å opprettholde kontorsted, og dermed statlig forvaltning, både i Arendal og Kristiansand, mener jeg derfor er den beste løsningen for pasientene på Agder.

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

Dokument nr. 15:398 (2016-2017)

Innlevert: 14.12.2016

Sendt: 14.12.2016

Besvart: 21.12.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Karin Andersen (SV): Mange sjukehusbasseng er stengt og stenges. Pasientene melder om at dette er svært uheldig for behandlingen og rehabiliteringen de trenger. Mange steder er det heller ikke basseng tilgjengelig i lokalsamfunnet. Spesialisthelsetjenesten har ansvar for spesialisert rehabilitering og habilitering.

Hvilke faglig grunnlag ligger til grunn når sjukehusene enkeltvis kan fjerne tilbud om bassengrehabilitering, slik at dette tilbudet kan fjernes fullstendig fra sjukehusenes ansvar?

Svar

Bent Høie: Varmtvannsbasseng på sykehus er uten tvil et godt tilbud for mange brukere.

De regionale helseforetakene skal sørge for at det tilbys spesialisthelsetjenester til personer i helseregionen.

Hvorvidt bassengtrening er å anse som spesialisert medisinsk behandling vil kunne variere og må vurderes konkret. Personer som i dag benytter seg av sykehusenes basseng er i all hovedsak personer som benytter

aktiviteter i vann som generell fysisk aktivitet og som finner slik trening hensiktsmessig og nyttig. For mange vil dette være på grunn av alder og forskjellige sykdommer eller funksjonsvansker.

Kommunene skal sørge for habilitering og rehabilitering i sitt tjenestetilbud. Hvordan kommunene løser denne oppgaven er opp til den enkelte kommune. Det er ikke et krav til kommunene at de skal ha bassengtilbud til innbyggerne.

Kommunene skal sørge for fysioterapitjenester. Kommunene kan ansette fysioterapeuter på fastlønn eller inngå avtale med privatpraktiserende utøvere. Dette kan

gerne lokaliseres til sykehus. Flere kommuner kan gå sammen om å finansiere slike driftsavtaler dersom flere kommuner nyter godt tilbudet. Gjennom samarbeid med

spesialisthelsetjenesten kan virksomheten eventuelt lokaliseres til sykehus dersom partene finner dette

hensiktsmessig, for eksempel til bassengtrening som er å anse som del av en medisinsk behandling, finansiert av takster fra HELFO.

Departementet har tidligere mottatt henvendelser om hvorvidt bassengtrening er medisinsk behandling eller ikke. Dette har vært knyttet til adgangen til å kreve gebyr og retten til dekning av reiseutgifter i forbindelse med bassengtrening. Departementet ble da kjent med at det kan ha vært en uriktig oppfatning om at trening i sykehusenes basseng representerer et spesialisert medisinsk behandlingstilbud. Departementet ba derfor i brev av 6. juni 2013 de regionale helseforetakene om å sørge for at sykehusene forholder seg til gjeldende regelverk.

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

Dokument nr. 15:376 (2016-2017)

Innlevert: 09.12.2016

Sendt: 12.12.2016

Besvart: 20.12.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Kjersti Toppe (Sp): I Prop. 118 L. (2012-2013) vart det lagt til grunn at endringane i pasient - og brukerrettighetsloven skulle følge-evaluerast. Dette for å sikre at pasientar ikkje må vente for lenge på behandling, etter at pasienten er vurdert. No har den nye ordninga virka i eitt år.

Har regjeringa følge-evaluert ordninga, kva er resultatet og vil regjeringa vurdere endringar i lova for å hindre tilstandar som på OUS der det blir rapportert om juks med dei offisielle ventelistene for å unngå fristbrot og spare pengar?

Begrunnelse

Viser til oppslag i TV2 der ein overlege varslar om at OUS triksar med ventelistene. Beskjeden skal i følge TV2 komme frå direktørens stab. Tilsette har fått munnleg beskjed om å manipulere med ventelistene ved at ein plasserer pasientar til utreiing i staden for til behandling. Slik unngår sjukehuset fristbrot, og sparar pengar. Andelen pasientar som går rett til vurdering, er sterkt aukande.

Svar

Bent Høie: Tall fra Norsk pasientregister viser at flere pasienter som henvises til sykehusene registreres som "uavklarte" og får time for utredning. Dette er en utvikling vi har sett siden 2012. Vi vet ikke hvorfor andelen pasienter som vurderes til å ha behov for utredning er større nå enn tidligere. Det kan skyldes pasientens behov, ønske om grundigere utredning før behandling, endrede rutiner eller noe annet. Jeg har derfor gitt Helsedirektoratet i oppdrag å se på hva som er bakgrunnen for endringen vi ser, og hva som er konsekvensene av dem. Helsedirektoratet skulle levere analysen innen 31. desember 2016, men har i brev av 14. desember 2016 opplyst departementet om at de dessverre har funnet feil i uttrekk av data fra Norsk pasientregister som de skal bruke i sin analyse. De har derfor bedt om å få utsatt levering til 1. februar 2017.

Det er viktig for meg å understreke at kravet til forsvarlig behandling gjelder uansett hvor i forløpet pasienten er. Fastsettelsen av fristen skjer etter en vurdering av henvisningen fra fastlegen. Dersom det i løpet av vurderingstiden på 10 dager er mulig, med stor grad av sannsynlighet, å fastslå hva som vil være riktig behandling, skal det settes en individuell frist for når behandlingen senest skal starte. I mange tilfeller vil det ikke være avklart på henvisningstidspunktet hva som feiler pasienten. Det vil dermed være nødvendig med videre utredning for å få avklart dette. Når pasienten kalles inn innen fristen, skal det være en reell oppstart på pasientforløpet, og hele forløpet skal være forsvarlig.

Jeg viser til at det i budsjettet for 2016 ble bevilget 10 mill. kroner til Norges forskningsråd med oppdrag om å gjennomføre en forskningsbasert følgeevaluering av fritt behandlingsvalg over tre år. Norges forskningsråd vil lyse ut oppdraget våren 2017. Jeg vil be Norges forskningsråd om å utvide denne følgeevalueringen til også å omfatte evaluering av konsekvensene av øvrige endringer i pasientrettighetene som trådte i kraft 1. november 2015.

Skriftlig spørsmål fra Svein Harberg (H) til helse- og omsorgsministeren

Dokument nr. 15:375 (2016-2017)

Innlevert: 09.12.2016

Sendt: 12.12.2016

Besvart: 19.12.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Svein Harberg (H): Pasientgrunnlaget er det samme som før, og tjenestene blir levert på en tilfredsstillende måte.

Hvordan stiller helseministeren seg til at ledelsen ved SSHF i arbeidet med utviklingsplanen antyder en nedklassing av akutt-tilbudet ved Arendal sykehus, blant annet ved å flytte akuttkirurgi til Kristiansand, for å spare penger?

Begrunnelse

Det er med stor tilfredshet vi kan se tilbake på statsrådens klare uttalelser og behandlingen av Nasjonal helse- og sykehusplan som sikret ro i SSHF omkring funksjonsdeling mellom sykehusene i regionen. I forbindelse med arbeidet med utviklingsplanen for Sørlandet sykehus kommer det nå påny bekymringsmeldinger omkring sykehusledelsens signaler som går på tvers av den avklaringen nasjonal plan medførte, der Arendal og Kristiansand begge anses som "store akuttisykehus". Både ansatte og befolkningen opplever dette som en omkamp og blir urolige for tilbudet ved behov for akutt hjelp.

Svar

Bent Høie: Som oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan skal alle helseforetak utarbeide utviklingsplaner. Oppdraget ble gitt i foretaksmøte 4. mai 2016. I arbeidet med utviklingsplaner skal helseforetakene legge til grunn sykehusplanens definisjon av fire ulike typer sykehus. Dette er regionsykehus, stort akuttisykehus, akuttisykehus og sykehus uten akuttfunksjoner.

Arendal sykehus er i dag et stort akuttisykehus. Sykehusplanen slår fast at et stort akuttisykehus bør ha et befolkningsgrunnlag på 60 - 80 000 innbyggere, og skal ha et bredt akutttilbud med akutt kirurgi og flere medisinske spesialiteter. Hvilke akutttilbud et stort akuttisykehus skal ha i tillegg til akutt kirurgi, vil kunne variere avhengig av behov og lokale forutsetninger. For eksempel har Arendal sykehus tilbud om akutt PCI som ellers bare tilbys ved regionsykehus. Føringerne i Nasjonal helse- og sykehusplan gir derfor ikke grunnlag for at akutttilbudet ved Arendal sykehus bør være truet.

Ledelsen ved sykehuset har imidlertid et ansvar for å sikre at tilbudene til enhver tid tilfredsstillende krav til kvalitet og pasientsikkerhet.

Skriftlig spørsmål fra Tore Hagebakken (A) til helse- og omsorgsministeren

Dokument nr. 15:369 (2016-2017)

Innlevert: 09.12.2016

Sendt: 09.12.2016

Besvart: 19.12.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Tore Hagebakken (A): Hvor mye mindre i inntekt vil Sykehuset Innlandet få i 2017 som følge av effektiviseringskravet i budsjettforliket i Stortinget, sammenlignet med opprinnelig forslag til statsbudsjett, og unntatt midlene til prosjektering av luftambulansbase?

Begrunnelse

Budsjettforliket i Stortinget mellom regjeringspartiene og Kristelig Folkeparti og Venstre innebærer et effektiviseringskrav som gir spesialisthelsetjenesten et kutt sammenlignet med opprinnelig statsbudsjettforslag på 427 millioner kroner i 2017. Jeg har også forstått det slik at dette beløpet er bekreftet av statsråden. Undertegnede ønsker å vite om og i hvilket omfang dette vil få negative følger for pasientbehandlingen og driften i Sykehuset Innlandet.

Jeg viser til uttalelser fra Venstres helsepolitiske talsperson, Ketil Kjenseth, i Oppland Arbeiderblad 8. desember 2016:

"- Det blir ikke kutt. Helse Sørøst har allerede klare tallene for de enkelte sykehusforetakene for 2017. Anslaget er at veksten i Sykehuset Innlandet blir 5 millioner kroner mindre enn det ville blitt med regjeringens opprinnelige forslag til statsbudsjett. Det er langt fra snakk om noe kutt, når budsjettet er på om lag 8,5 milliarder kroner."

Svar

Bent Høie: Budsjettavtalen vil innebære at veksten i helseregionenes budsjetter neste år blir noe lavere enn det som er lagt til grunn i regjeringens forslag til statsbudsjett.

Det er for tidlig å si hva som blir de faktiske budsjettmessige konsekvensene for Sykehuset Innlandet HF av budsjettavtalen. Det er Helse Sør-Øst som har ansvaret for å fordele basisbevilgningene mellom helseforetakene og hvor stor del som holdes tilbake i regionen. Det er derfor ikke sikkert at en mindre vekst i helseregionenes budsjetter enn lagt til grunn i regjeringens forslag til budsjett betyr at den mindre veksten blir videreført overfor helseforetakene.

Økningen i effektiviseringskravet fra 0,5 til 0,8 pst. utgjør 415 mill. kroner samlet sett. Det legges fortsatt til grunn en aktivitetsvekst på om lag 2,1 pst. i tråd med Regjeringens forslag til statsbudsjett.

Styret i Sykehuset Innlandet HF behandler 15. desember administrasjonens forslag til budsjett for 2017 – sak 083-2016. Saken gir i tillegg en vurdering av det økonomiske handlingsrommet knyttet til investeringer. Saken er basert på styrets vedtak i styresak 040-2016 Økonomisk langtidspan 2017 - 2020 og styresak 085-2016 i Helse Sør-Øst.

Skriftlig spørsmål fra Freddy de Ruiter (A) til helse- og omsorgsministeren

Dokument nr. 15:368 (2016-2017)

Innlevert: 09.12.2016

Sendt: 09.12.2016

Besvart: 19.12.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Freddy de Ruiter (A): Endelig er det blitt ro mellom sykehusene i Kristiansand og Arendal, bl.a. grunnet nasjonal sykehusplan og opprettelse av stedlig ledelse. Sykehusene faller inn under planens definisjon av "stort akutt sykehus". Signaler tyder på at ledelsen i foretaket ønsker at Arendal reduseres til akutt/lokalsykehus, man ser for seg å svekke og flytte vesentlige akuttfunksjoner, slik som f.eks. de kirurgiske akutt-funksjonene. Hvordan kan statsråden sikre at intensjonene i Nasjonal helse- og sykehusplan opprettholdes jfr. Stortingets vedtak i saken?

Svar

Bent Høie: Som oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan skal alle helseforetak utarbeide utviklingsplaner. Oppdraget ble gitt i foretaksmøte 4. mai 2016. I arbeidet med utviklingsplaner skal helseforetakene legge til grunn sykehusplanens definisjon av fire ulike typer sykehus. Dette er regionsykehus, stort akutt sykehus, akutt sykehus og sykehus uten akuttfunksjoner.

Arendal sykehus er i dag et stort akutt sykehus. Sykehusplanen slår fast at et stort akutt sykehus bør ha et befolkningsgrunnlag på 60 - 80 000 innbyggere, og skal ha et bredt akutttilbud med akutt kirurgi og flere medisinske spesialiteter. Hvilke akutttilbud et stort akutt sykehus skal ha i tillegg til akutt kirurgi, vil kunne variere avhengig av behov og lokale forutsetninger. For eksempel har Arendal sykehus tilbud om akutt PCI som ellers bare tilbys ved regionsykehus. Føringerne i Nasjonal helse- og sykehusplan gir derfor ikke grunnlag for at akutttilbudet ved Arendal sykehus bør være truet.

Ledelsen ved sykehuset har imidlertid et ansvar for å sikre at tilbudene til enhver tid tilfredsstillende krav til kvalitet og pasientsikkerhet.

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

Dokument nr. 15:367 (2016-2017)

Innlevert: 09.12.2016

Sendt: 09.12.2016

Besvart: 19.12.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Kjersti Toppe (Sp): Kan statsråden gripe inn og gjøre det klart overfor Helse Sør Øst og Sykehuset Sørlandet at Arendal sykehus skal vere eit fullverdig akutt sykehus, etter definisjonen stort akutt sykehus i Nasjonal helse og sykehusplan?

Begrunnelse

Viser til oppslag i Fedrelandsvennen tysdag 8. desember 2016. Der opnar sjukehusdirektør Jan- Roger Olsen opp for at eit langsiktig perspektiv kan skje endringar i funksjonsfordeling mellom Arendal og Kristiansand,

også i akuttfunksjonar. Det betyr at det skal opnast opp for diskusjonar om akuttfunksjonar i Arendal. Statsråd Høie har i stortinget tidlegare bekrefta at Arendal er å rekne som eit stort akuttstjukehus, som skal ha både kirurgisk og medisinsk akutt-tilbod. Men i følgje artikkelen i Fedrelandsvennen, har Helse Sør Øst ein annan tolking. I svar til direktøren ved Sælehuset Sørlandet har Helse Sør Øst svart at det ikkje er automatikk i at sjukehus med fleire enn 80 000 innbyggjarar skal ha alle akuttfunksjonar. Etter at Helse Sør Øst gav dette svaret, har direktøren ved Sykehuset Sørlandet endra mandatet for arbeidsgruppa som jobbar med kirurgiprojektet slik at det også vert opna for diskusjonar om akuttfunksjonar i Arendal. Dette skapar stor bekymring og uro i Arendals miljøet, og det er naudsynt at statsråden er tydeleg og klar på at dette ikkje er ei aktuell linje å følgje opp vidare i helseforetaket sine utviklingsplanar.

Svar

Bent Høie: Som oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan skal alle helseforetak utarbeide utviklingsplaner. Oppdraget ble gitt i foretaksmøte 4. mai 2016. I arbeidet med utviklingsplaner skal helseforetakene legge til grunn sykehusplanens definisjon av fire ulike typer sykehus. Dette er regionsykehus, stort akuttstjukehus, akuttstjukehus og sykehus uten akuttfunksjoner.

Arendal sykehus er i dag et stort akuttstjukehus. Sykehusplanen slår fast at et stort akuttstjukehus bør ha et befolkningsgrunnlag på 60 - 80 000 innbyggere, og skal ha et bredt akutttilbud med akutt kirurgi og flere medisinske spesialiteter. Hvilke akutttilbud et stort akuttstjukehus skal ha i tillegg til akutt kirurgi, vil kunne variere avhengig av behov og lokale forutsetninger. For eksempel har Arendal sykehus tilbud om akutt PCI som ellers bare tilbys ved regionsykehus. Føringerne i Nasjonal helse- og sykehusplan gir derfor ikke grunnlag for at akutttilbudet ved Arendal sykehus bør være truet.

Ledelsen ved sykehuset har imidlertid et ansvar for å sikre at tilbudene til enhver tid tilfredsstillende krav til kvalitet og pasientsikkerhet.

Skriftlig spørsmål fra Knut Storberget (A) til helse- og omsorgsministeren

Dokument nr. 15:363 (2016-2017)

Innlevert: 08.12.2016

Sendt: 08.12.2016

Besvart: 19.12.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Knut Storberget (A): Er helse- og omsorgsministeren trygg på at kravene til forsvarlig, involverende og åpen prosess er fulgt i saken vedrørende forslag om flytting av sykehusstilbud for nyfødte, barn og unge ved Sykehuset Innlandet?

Begrunnelse

I den muntlige spørretimen forleden understreket statsråden det helt nødvendige i at prosesser vedrørende omorganisering/flytting av sentrale sykehusstilbud underlegges grundige prosesser. Betydningen av åpenhet, involvering og forsvarlighet ble fremhevet. Den prosess som nå pågår vedrørende sykehusstilbudet i Innlandet, og forslag om flytting av tilbud for nyfødte, barn og unge har skapt bekymring og uro. Det er hevdet at dette har kommet brått på med kort tid til beslutning.

Svar

Bent Høie: Jeg er kjent med at Sykehuset Innlandet, i tråd med styrets vedtak fra april 2016, nå gjennomgår ulike faglige områder for å fremme kvalitet og vurdere om tjenestene er hensiktsmessig organisert, og for å sikre at ressurser i størst mulig grad brukes direkte til pasientbehandling – som av styret er omtalt som kortsiktige omstillingstiltak.

Gjennomgangen skal sikre at driften av foretaket er bærekraftig. Dette er tiltak som det tas sikte på å iverksette i perioden 2017–2020. Et av områdene som nå vurderes, er tilbudet til barn og unge.

Som det vises til i spørsmålet understreket jeg i den muntlige spørretimen 16. november 2016 viktigheten av at eventuelle endringer i pasienttilbudet i Sykehuset Innlandet HF gjennomføres i en god prosess og på en faglig forsvarlig måte.

Jeg har merket meg at det fremgår av sak 085-2016 Omstilling kort sikt - økonomiperioden 2017-2020 som behandles av styret i Sykehuset Innlandet 15. desember 2016 at utredning av samling av tilbudet innenfor nyfødtintensiv til Lillehammer blir videreført i samsvar med prosesskravene fastsatt i veileder for arbeidet med utviklingsplaner.

Det er i dag barneavdeling med nyfødtintensiv både på Lillehammer og Elverum. Administrerende direktør mener det må foretas en videre utredning av muligheten for å samle tilbudet innenfor nyfødtintensiv til Lillehammer og at dette vil representere en endring av et akutttilbud som medfører at veileder for arbeidet med utviklingsplaner vil komme til anvendelse. Administrerende direktør legger som forutsetning og føring for

eventuell samling av nyfødte intensivt ved fødeavdelingen ved Elverum sikres opprettholdelse av dagens fødselstall gjennom en utvidelse av opptaksgrunnlaget for normalfødsler. Dersom nyfødte intensivt blir samlet på Lillehammer, vil det fortsatt være poliklinikk, dag og døgntilbud til barn og ungdom både i Hedmark og Oppland.

Skriftlig spørsmål fra Ruth Grung (A) til helse- og omsorgsministeren

Dokument nr. 15:332 (2016-2017)

Innlevert: 01.12.2016

Sendt: 02.12.2016

Besvart: 09.12.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Ruth Grung (A): Det innføres nå innsatsstyrt finansiering (ISF) i poliklinikkene i tverrfaglig spesialisert behandling (TSB). Helseministeren har forsikret at pårørendes rettigheter til å få behandling for egen del i TSB skal være uendret. Pårørende er forskjellige og har ulike utfordringer knyttet til fysisk og/eller psykisk helse som følge av en svært belastende livssituasjon.

Hvordan arbeides det med en god praksis for koding av pårørende i ISF, slik at pårørendes behov for hjelp og rettigheter i TSB fortsatt sikres?

Svar

Bent Høie: I forslaget til statsbudsjett for 2017 foreslås det å inkludere aktivitetsbasert finansiering av tverrfaglig spesialisert rusbehandling i ordningen med innsatsstyrt finansiering. Hverken de pårørendes eller pasientenes rettigheter endres ved den planlagte omleggingen. I dagens takstsystem kan det kreves refusjon ved konsultasjon der kun foresatte og/eller pårørende er til stede. Ved den foreslåtte endringen av finansieringssystemet fra nyttår kan det altså fremdeles kreves aktivitetsbasert refusjon for disse konsultasjonene.

Skriftlig spørsmål fra Anniken Huitfeldt (A) til helse- og omsorgsministeren

Dokument nr. 15:307 (2016-2017)

Innlevert: 28.11.2016 Sendt: 28.11.2016

Besvart: 05.12.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Anniken Huitfeldt (A): Hva vil Helsedepartementet gjøre for at ambulansetjenesten ved Oslo universitetssykehus seksjon Ullensaker sikres en langsiktig leieavtale i oppgradert lokaler med Statsbygg?

Svar

Bent Høie: Jeg har bedt Helse Sør-Øst RHF innhente en redegjørelse fra Oslo universitetssykehus HF. De opplyser følgende:

“Dagens helsestruktur bygger på nødvendig tilgang av de prehospitale tjenestene. Større forbruk av ambulansetjeneste må sees i sammenheng med nye behandlingsmetoder, sykehusenes effektivisering, pasientforventning og demografisk utvikling. For å sikre pasienten god og likeverdig tjeneste er en desentral utplassering av ambulanser viktig. OUS tenker helhetlig og fremtidsrettet rundt endringer i ambulansedriften, det kan innebære funksjonelle endringer/behov på stasjonene. OUS har i dagens struktur 15 ambulansestasjoner, en av disse er Tjernlia på Jessheim.

Stasjonens geografiske beliggenhet er god med tanke på pasientnærhet, infrastruktur og nåværende/fremtidig demografiutvikling. Selve bygget tilfredsstillende ikke lenger dagens og fremtidens krav i forhold til kapasitet, ivaretagelse av utstyr og HMS forhold. Bygget ble reist i 1981 til et annet formål og tekniske løsninger medfører høye driftskostnader. For å sikre tilfredsstillende drift er det i dag midlertidig plassert garderobebrakker og flyttbare garasjer. Leieavtalen med Statsbygg løper frem til 2022.

Sykehuset er i avsluttende dialog med Statsbygg for å avklare deres muligheter til å rehabilitere/bygge nytt på Tjernlia. Dersom dette ikke er mulig vil OUS gå videre og undersøke andre samarbeidspartnere som innehar tilgang på aktuelle tomter og utbyggingsmuligheter. Til eksempel har ambulansetjenesten nettopp flyttet inn i ny ambulansestasjon i Asker, kommunen er eier av tomt/bygg og Vegdekke har vært utbygger.”

Link til regjeringens side – spørsmål til skriftlig besvarelse:

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