

Saksframlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret Helse Sør-Øst RHF	16. november 2017

SAK NR 114-2017

ORIENTERINGSSAK: DRIFTSORIENTERINGER FRA ADMINISTRERENDE DIREKTØR

Forslag til vedtak:

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Oslo, 9. november 2017

Cathrine M. Lofthus
administrerende direktør

1. Ny nasjonal spørreundersøkelse erstatter to tidligere undersøkelser

De fire helseregionene er enige om å samarbeide om en ny felles kartlegging av pasientsikkerhetskultur og arbeidsmiljø (HMS). Undersøkelsen vil hete ForBedring, og den erstatter de tidligere undersøkelsene Medarbeiderundersøkelsen og Pasientsikkerhetskulturundersøkelsen i vår region. Formålet til undersøkelsen er lokalt forbedringsarbeid, slik at resultatene skal brukes lokalt i de kartlagte enhetene som innspill til videreutvikling av pasientsikkerhetskultur og arbeidsmiljø.

Undersøkelsen består av totalt 8 tema, som kartlegges med 38 spørsmål. Temaene er Engasjement, Teamarbeidsklima, Sikkerhetsklima, Psykososialt arbeidsmiljø, Opplevd lederatferd, Toppleders rolle i pasientsikkerhetsarbeidet og fysisk arbeidsmiljø. Undersøkelsen er testet ut i en pilot, hvor Sykehuset Telemark og Oslo Universitetssykehus deltok fra vår region, hvor ledere, ansatte og verneombud ble intervjuet etter kartleggingen for å få kvalitative tilbakemeldinger på det nye spørreskjemaet. Resultatene fra piloten viste at undersøkelsen ble oppfattet som relevant og nyttig av de intervjuede.

ForBedring gjennomføres fra februar 2018

Det forberedende arbeidet for kartleggingen har startet opp, og undersøkelsen starter i uke 6, og sendes til alle med fast arbeidsavtale i 1 % stilling eller mer. Undersøkelsen i sykehusene vil være tilgjengelig for å besvares i 3-4 uker, og ledere vil motta rapport om resultatene i sine enheter senest to uker etter at undersøkelsen er lukket. Sykehuspartner står for den tekniske gjennomføringen på vegne av alle helseforetak i Helse Sør-Øst og Helse Midt. De private ideelle sykehusene som Helse Sør-Øst har driftsavtale med og som inngår i pasientsikkerhetsprogrammet deltar også i den nye undersøkelsen. Sykehuspartner gjennomfører derfor også undersøkelsen på vegne av Martina Hansens hospital, Betanien hospital, Lovisenberg diakonale sykehus, Diakonhjemmet sykehus, Revmatismesykehuset og Frambu kompetansesenter. Hele foretaksgruppen Helse Sør-Øst samt de private/ideelle foretakene er ferdig kartlagt i begynnelsen av mai, og samlede resultater for foretaksgruppen vil legges frem for styret i juni 2018.

2. 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 Tellef Inge Mørland (A) til helse- og omsorgsministeren

Dokument nr. 15:174 (2017-2018)

Innlevert: 03.11.2017 Sendt: 03.11.2017

Til behandling

Spørsmål

Tellef Inge Mørland (A): Er helseministeren fornøyd med styret i Sørlandet sykehus sin håndtering av mistilliten mot administrerende direktør, og kan han i så fall garantere at det nå blir ro rundt de tre sykehusene på Agder?

Begrunnelse

Tillitsvalgte ved Sørlandet sykehus i Arendal og Flekkefjord har fremmet mistillit mot administrerende direktør, og denne ble behandlet av sykehusstyret mandag 30. oktober. Utover at styreleder i etterkant av møtet uttrykker tillit til direktøren, har det ikke fremkommet hva man vil gjøre for å skape ro og bygge tillit ved de aktuelle sykehusene. Tvert imot fremstår nå situasjonen som enda mer kaotisk, ettersom nå har også ansatte ved sykehuset i Kristiansand uttrykt mistillit mot direktøren, men med en helt annen begrunnelse, nemlig frykten for at funksjoner kan bli flyttet fra sykehuset i Kristiansand til Arendal. Samtidig er styreleder for Sørlandet sykehus blitt ansatt som rådmann for nye Kristiansand kommune. I Kristiansand har Høyres gruppeleder varslet fakkeltog, dersom funksjoner blir flyttet fra sykehuset i deres by. Et fakkeltog som da blir arrangert mot deres egen rådmann. Stopper sykehusstyret flyttinger som ville vært til ugunst for Kristiansand, slik som urologisk avdeling, vil det alltid bli et spørsmål om dette skjer fordi man har bøyd av for politiske krefter i den samme byen som styreleder er i ferd med å bli rådmann for. Når det allerede er reist mistillit mot administrerende direktør fra de ansatte på alle hans tre sykehus, er det viktig at i alle fall styret oppfattes som nøytrale og uavhengige. Den situasjonen Sørlandet sykehus nå befinner seg i er mildest talt ikke gunstig. Statsråden bør derfor følge opp slik at man sikrer ro rundt de tre sykehusene på Agder, at de ansatte blir tatt på alvor og at innbyggerne i hele Agder opplever trygghet for at de får den hjelpen de trenger.

Svar

Bent Høie: Svaret er ennå ikke tilgjengelig

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

Dokument nr. 15:172 (2017-2018)

Innlevert: 02.11.2017 Sendt: 03.11.2017

Til behandling

Spørsmål

Kjersti Toppe (Sp): Kor mykje pengar har Helse Sør Øst totalt brukt på avtalen med eksterne partnarar for modernisering av IKT- infrastrukturen, inkludert bøter helseforetaket har fått frå Datatilsynet, og kva kostar det Helse Sør øst å trekke seg ut av avtalen?

Svar

Bent Høie: Svaret er ennå ikke tilgjengelig

Skriftlig spørsmål fra Nicholas Wilkinson (SV) til helse- og omsorgsministeren

Dokument nr. 15:162 (2017-2018)

Innlevert: 31.10.2017 Sendt: 01.11.2017

Til behandling

Spørsmål

Nicholas Wilkinson (SV): Kan statsråden gi en fullstendig liste over hvor i verden folk har tilgang til norsk pasientinformasjon, og si om noen av disse har hatt eller har urettmessig tilgang til slik informasjon?

Begrunnelse

Det er viktig at vår sensitive pasientinformasjon er trygg. Det er et nasjonalt helsepolitisk ansvar. 3. mai 2017 meldte NRK at IT- arbeidere fra Asia og Øst- Europa har hatt tilgang til sensitiv pasientinformasjon til 2,8 millioner nordmenn hjemmehørende i Helse Sør-Øst. Informasjonen førte til at Kontroll- og konstitusjonskomiteen den 09.05.17 startet en brevkorrespondanse med helse- og omsorgsministeren om saken. Norsk helsevesen vil trenge også utenlandske tilbydere av informasjonsteknologi. Men om sensitiv data skal deles må vi vite at det skjer på en trygg og kontrollert måte. Og vi skal vite hvor i verden folk har tilgang på våre data. Spesielt fordi flere land har andre sikkerhetsutfordringer, eller behandler personlige data på andre måter enn vi gjør i Norge. De færreste ønsker at Kina eller Iran skal administrere norske sensitive pasientopplysninger. Helse Sør-Øst fikk våren 2017 gjennomført en ekstern evalueringsrapport fra firmaet PWC. Den viste en svikt i Sykehuspartner HF sin gjennomføring av prosjektet med outsourcing av IKT og at Sykehuspartner HF ikke har hatt sentral oversikt over hvilke tilganger som er blitt gitt og at beslutninger om tilganger er tatt på for lavt nivå. Helse Sør-Øst RHF besluttet på bakgrunn av avsløringene å stille outsourcingprosjektet i bero. Vi har manglet informasjon om hvor folk har tilgang i dette prosjektet. Derfor spør jeg nå om informasjon angående IKT og pasientsikkerhet ellers i helsenorge.

24.10.17 meldte NRK at Helse Sør-Øst har hemmeligholdt og stengt ned tilganger gitt IT-arbeidere i Israel. 27.oktober 2017 leverte Datatilsynet sin rapport som konkluderer med at det ble gjort mangelfulle vurderinger av sikkerhet og risiko før helseforetaket satte ut IT-systemer til utlandet. Tilsynet mener at flere paragrafer i pasientjournalloven og personopplysningsloven er brutt. I Stortingets spørretime 25.10.17 kunne statsråd Høie ikke garantere at det ikke er pasientinformasjon på avveie, og stadfestet at utenlandske aktører har tilgang til pasientsensitiv informasjon. Sammen med Kjersti Toppe har jeg bedt om at statsråden kommer til Stortinget for å redegjøre om situasjonen for IKT-sikkerheten. Om statsråden kommer innen en måned kan svar på dette spørsmålet gjerne utsettes til statsråden kan legge det fram i Stortinget sammen med sin redegjørelse for sikkerhetssituasjonen.

Svar

Bent Høie: Svaret er ennå ikke tilgjengelig

Skriftlig spørsmål fra Masud Gharahkhani (A) til helse- og omsorgsministeren

Dokument nr. 15:132 (2017-2018)

Innlevert: 27.10.2017 Sendt: 27.10.2017

Besvart: 08.11.2017 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Masud Gharahkhani (A): Hva vil helseministeren gjøre for å få slutt på uverdige forhold for pasienter og pårørende som har rett på pasientreiser?

Begrunnelse

I Drammens Tidende 27.10.2017 velger en kvinne og hennes kreftsyke mann å dele historien om hvordan de ble behandlet av Pasientreiser. Pasientreiser ville stue fem eldre og syke mennesker inn i en vanlig drosje. Jeg velger å legge ved hele hennes historie her, for å få frem alvoret og den uverdige behandlingen av våre eldre som jeg mener er totalt uakseptabelt:

«Til vår store forferdelse var det ikke en maxidrosje, men en vanlig drosje fra taxiselskapet, og sjåføren la seteryggen bak fremover, dro opp et par ekstraseter og ba oss kripe inn, «ikke jeg», sa den nyopererte 81-åringen med stiv, krokete rygg. «Ikke jeg», sa damen med staver, dårlig balanse og to dårlige knær, «ikke jeg», sa mannen som hadde fått lagt inn nytt kateter, «ikke jeg», sa kreftpasienten som var kvalm og smertebelastet, og «ikke jeg», sa ledsager med to kunstige hofter, hvorav en hadde luksert tre ganger.»

Pasient- og brukerombud Anne-Lene Egeland Arnesen mener det kvinnen og hennes mann har opplevd ikke er enestående. Hun mener dette er måten Pasientreiser har rigget seg på. «Det er skremmende hvordan et system som skal betjene og ivareta syke menneskers behov for transport er så firkantet, lite empatiske og lydhøre, sier Egeland Arnesen.»

Svar

Bent Høie: Pasientenes rettigheter knyttet til pasientreiser er regulert i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6 og i Forskrift om pasienters, ledsageres og pårørendes rett til dekning av utgifter ved reise til helsetjenester (pasientreiseforskriften). Dersom pasientens helsetilstand gjør det nødvendig må det aktuelle helseforetaket tilrettelegge transporttilbudet for å møte disse særskilte behovene. Det er behandler som skal vurdere dette behovet og kommunisere det til pasientreisekontoret. De må igjen vurdere i hvilken grad samkjøring kan benyttes, og tilrettelegge reise med en rimelig grad av ventetid for pasientene før reisen gjennomføres. Jeg har merket meg oppslaget i Drammens Tidende som representanten viser til i sitt spørsmål. Departementet har forelagt denne konkrete saken for Vestre Viken HF. De beklager den belastning håndteringen av pasientreisen har påført de aktuelle pasientene. Helseforetaket har orientert om at det her har skjedd flere feil i rutinene for bestilling av reisen. Feilene ble registrert i helseforetakets avvikssystem, og rutinene er nå i følge helseforetaket gjennomgått på nytt. Flere tiltak er iverksatt for å unngå liknende tilfeller i fremtiden. For meg er det viktig at alle som har behov for transport i forbindelse med helsetjenester skal bli møtt på en respektfull og verdig måte hos pasientreisekontoret, og få tilrettelagt sin reise på egnet måte. Dette er særlig viktig når behandler har vurdert at pasientens helsetilstand krever en særskilt oppfølging. Jeg har merket meg at helseforetaket har beklaget sin håndtering av denne aktuelle saken, og at de har gått gjennom sine rutiner og iverksatt tiltak for å unngå tilsvarende situasjoner i fremtiden.

Skriftlig spørsmål fra Hadia Tajik (A) til helse- og omsorgsministeren

Dokument nr. 15:86 (2017-2018)

Innlevert: 19.10.2017 Sendt: 19.10.2017

Besvart: 31.10.2017 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Hadia Tajik (A): Korleis vil statsråden forklare at han ikkje har gjort dei naudsynte endringane i isf-systemet for omlegging av pasientforløp frå døgn- til dagbehandling av medisinske pasienter?

Begrunnelse

Regjeringa har ikkje fulgt opp løftene sine til sjukehusa. Dei vart lova 12 milliardar meir i første periode, men regjeringa innfridde ikkje. Heller ikkje ambisjonen om at sjukehusa skal drive meir dagbehandling og mindre døgnbehandling er fulgt opp med naudsynte endringar. Tvert om, Helse Stavanger kan fortelje at dei taper 35 millionar kroner, av den enkle grunn at dei har gjort eit viktig stykke arbeid for å gjere om på praksisen og lagt om til meir dagbehandling. Samstundes driv regjeringa og kutter jamt over i budsjettet til sjukehusa for å spare inn pengar, under dekke av at dette skal vere ein avbyråkratiserings- og effektiviseringsreform, utan at dei kan vise til at det gjev ønska resultat.

Svar

Bent Høie: Stortinget har bestemt at de regionale helseforetakene skal finansieres dels gjennom en basisbevilgning og dels gjennom ulike aktivitetsbaserte finansieringsordninger som understøtter dette sørge for-ansvaret. Finansieringsordningenes viktigste formål er å understøtte helseregionenes sørge for-ansvar. Det konkrete innholdet i dette sørge for-ansvaret vil utvikle seg over tid i lys av utvikling i

bl.a. behov, teknologi og medisinsk-faglig kunnskap. Det innebærer at også finansieringsordningene må forvaltes og utvikles i tråd med slike endringer.

Det legges til grunn at spørsmålet gjelder pasientbehandling generelt, og ikke medisinske pasienter særskilt. Overgang fra døgn- til dagbehandling har vært særlig aktualisert innenfor kirurgisk behandling. Det er i dag variasjon i andel dagkirurgisk behandling ved de ulike sykehusene. Det er ønskelig med mindre variasjon og større andel dagkirurgisk behandling. For å stimulere til økt bruk av dagkirurgi har det i ISF-ordningen de senere årene blitt lagt inn et insentivpåslag på 10 pst. på refusjonene for dagkirurgi. I 2017 ble påslaget økt til 15 pst. Økningen er finansiert ved å redusere refusjonene for døgnkirurgi. Høsten 2016 ga jeg videre Helsedirektoratet, i samarbeid med de regionale helseforetakene, i oppdrag å utrede mulige endringer i ISF-finansieringen av dagkirurgi fra 2018. Helsedirektoratet har oversendt sine vurderinger knyttet til ev. endringer i ISF innenfor dag- og døgnkirurgi. Det tas sikte på å gjennomføre endringer innenfor dette området fra 2018.

Når det gjelder videreutvikling av ISF-ordningen relatert til øyeblikkelig hjelp-behandling vurderer Helsedirektoratet i samarbeid med de regionale helseforetakene behovet for ev. endringer framover. Regjeringens forslag til budsjett for 2018 legger til rette for en aktivitetsvekst på om lag 2 pst. i 2018. Det er over den demografiske utviklingen - som kan tilsi merutgifter for sykehusene på 1,5 pst. Regjeringen har prioritert vekst ut over den demografiske utviklingen for å legge til rette for mer pasientbehandling, økte medisinkostnader og investeringer. Regjeringen har gjennom fem budsjetter lagt til rette for en samlet aktivitetsvekst på 11,9 pst. Det er over den samlede aktivitetsveksten Stoltenberg 2-regjeringen klart å legge til rette for gjennom åtte år (10,5 pst.).

Fra andre tertial 2013 til andre tertial 2017 er gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten redusert med 13 dager. Antall ventende er redusert med 77 000. Fra 2013 til 2016 er antallet utredninger, behandlinger og kontroller økt med nesten 1,3 millioner.

Skriftlig spørsmål fra Ingvild Kjerkol (A) til helse- og omsorgsministeren
Dokument nr. 15:59 (2017-2018)

Innlevert: 16.10.2017 Sendt: 17.10.2017

Besvart: 24.10.2017 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Ingvild Kjerkol (A): VG sin oversikt viser stor variasjon mellom de fire helseregionene i bruk av unntaksbestemmelsen som regulerer hvordan nye legemidler til pasienter, i påvente av endelig beslutning om å gjøre behandlingen tilgjengelig i landets sykehus.

Hva vil helseministeren gjøre for å finne årsaken til denne variasjonen, og hvordan vil han sikre mest mulig lik praksis av denne bestemmelsen ved alle landets sykehus og for alle landets pasienter?

Begrunnelse

VG nett viser i en artikkel 15. oktober at det forekommer store variasjoner mellom helseregionene når det gjelder bruk av den såkalte unntaksbestemmelsen. Unntaksbestemmelsen gjelder for bruk av nye legemidler som enda ikke er behandlet i beslutningsforum. Beslutningsforum avgjør hvilke nye legemidler spesialisthelsetjenesten skal kunne gi pasienter ved alle landets sykehus.

Svar

Bent Høie: Et av målene med system for Nye metoder er å sikre likeverdig tilgang til nye metoder på tvers av helseregionene. Derfor stilte departementet allerede ved opprettelsen av systemet krav til de regionale helseforetakene om å etablere en enhetlig og kunnskapsbasert praksis for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten. Dette målet står fast og departementet forutsetter at de regionale helseforetakene legger til rette for dette.

Når et legemiddel er meldt inn i system for Nye metoder gjelder i utgangspunktet regelen om at metoder under vurdering ikke skal tas i bruk for nye pasienter, mens de pasienter som er under behandling får fortsette med behandlingen.

De regionale helseforetakene kan velge å gi unntak fra denne praksisen for hele pasientgruppen, eller enkeltpasienter, og har derfor innført en unntaksordning. Prosedyrene for unntaksordningen ble besluttet av fagdirektørene i de regionale helseforetakene og formidlet ut i spesialisthelsetjenesten i oktober 2015, disse ligger på systemets hjemmesider:

<https://nyemetoder.no/om-systemet/bruk-av-metoder-som-er-til-metodevurdering-prosedyre-for-unntak>

Jeg er opptatt av at unntaksordningen praktiseres likt i hele landet og fungerer etter formålet. Det er de regionale helseforetakene som har ansvar for å forvalte, følge opp og utvikle system for Nye Metoder, og dermed også unntaksordningen.

Jeg sendte derfor i august i år et særskilt oppdrag til de regionale helseforetakene om at de skal igangsette et arbeid for å sikre at unntakene blir kjent og praktiseres likt i hele landet. En bedre dokumentasjon av bruken av unntaksordningen i helseforetakene vil også gi de regionale helseforetakene som ansvarlige for praktisering av denne ordningen viktig informasjon om dagens praktisering som grunnlag for det oppdraget som er gitt.

Skriftlig spørsmål fra Nicholas Wilkinson (SV) til helse- og omsorgsministeren
Dokument nr. 15:57 (2017-2018)

Innlevert: 16.10.2017 Sendt: 17.10.2017

Besvart: 24.10.2017 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Nicholas Wilkinson (SV): En EU-dom har gjort det ulovlig for bedrifter å kun tilby dyre telefonnumre til sin kundeservice. Private aktører har fått frist til søndag 15. oktober med å avskaffe spesialnumrene. Men det er fortsatt lov for det offentlige, for eksempel sykehus, å bruke slike dyre numre.

Vil statsråden umiddelbart instruere helseforetakene om å avvike praksisen med dyre spesialnumre?

Svar

Bent Høie: Jeg besvarte et lignende spørsmål i mitt brev av 27. september 2017 til Stortingets president vedrørende telefonnummeret 05515 til pasientreisekontorene (spørsmål nr. 1598). I mitt brev orienterte jeg blant annet om at det offentliges bruk av spesialnumre vurderes i den enkelte tjeneste og sektor, og at Pasientreiser HF har under vurdering innføring av andre ordinære publikumsnummer.

I forbindelse med dette nye spørsmålet, som jeg oppfatter at knytter seg til hele spesialisthelsetjenesten, har departementet forespurt de regionale helseforetakene om praksis knyttet til bruk av spesialnummer. Alle helseregionene har eksempel på helseforetak som benytter spesialnummer, både kortnummer og 800-nummer. Særlig bruken av femsifrede telefonnummer er nok innført for å gjøre det enklere for befolkningen å huske og komme i kontakt med helsetjenesten, men det har ført med seg kostnader for både publikum og helseforetak. De regionale helseforetakene har orientert om at de fleste helseforetakene som benytter slike telefonløsninger i dag allerede har igangsatt et arbeid for å se på andre løsninger for publikumshenvendelser. Det er på bakgrunn av disse orienteringene grunnlag for å si at sektoren på eget initiativ nå ser ut til å ha en kritisk gjennomgang av bruken av spesialnumre, og at flere av regionene er i ferd med å terminere bruk av disse.

Jeg mener det er bra at regionene og deres helseforetak nå vurderer på hvilken måte publikum skal kunne komme i kontakt med dem i fremtiden, og jeg oppfatter at man ønsker å benytte løsninger som verken belaster publikum eller tjenesten med unødvendig høye kostnader.

Avslutningsvis vil jeg peke på nødvendigheten av, og mulighetene som ligger i, å tenke nytt i kommunikasjonen med publikum og pasienter. Digitale løsninger har allerede gitt oss nye kanaler og tjenester som vi har store forventninger til. Helseforetakenes egne Intranettsider må brukes målrettet, tjenestene på helsenorge.no skal bygges videre ut, mobilløsninger er på vei inn og telefonløsningene må utvikles. De nye vurderingene av bruken av spesialnumre som allerede er i gang i helseregionene vil være en del av dette bildet.

Skriftlig spørsmål fra Masud Gharakhani (A) til helse- og omsorgsministeren

Dokument nr. 15:55 (2017-2018)

Innlevert: 16.10.2017 Sendt: 16.10.2017

Besvart: 20.10.2017 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Masud Gharakhani (A): Hvilket grep vil statsråden ta for å sikre nok ressurser til avdeling for patologi ved Drammen sykehus, som har en avgjørende rolle i å sikre god kreftbehandling for en hel helseregion?

Begrunnelse

Drammen sykehus er preget av en anmeldelse for grovt bedrageri. Mitt spørsmål dreier seg imidlertid ikke om etterforskningen. Spørsmålet mitt dreier seg om ressursituasjon ved avdeling for patologi ved Drammen Sykehus. De ansatte er særlig bekymret for at bemanningssituasjonen går utover kreftbehandlingen i hele Vestre Viken. Det kommer frem at patologene har varslet om kritiske tilstander over lengre tid. I vår ble det slått kraftig alarm.

"Det har vært mange møter, men vi har ikke fått resultater. Ressursituasjonen i avdelingen er for knapp" sier foretakstillitsvalgt Tom Henry Hansen til Drammens Tidende. Det betyr at ressursituasjon over lang tid ikke har vært tilpasset behovet. Det er en alvorlig bekymringsmelding for en avdeling som har en sentral rolle i å sikre god kreftbehandling i Vestre Viken.

Avdelingen for klinisk patologi på Drammen sykehus analyserer alle kreftrelaterte celleprøver for hele helseforetaket. Patologisk avdeling, med sine 55 ansatte, er en av landets aller største.

Pasientgrunnetallet er på 500 000 innbyggere. Det dette koker ned til er om innbyggerne skal kunne føle seg trygge på at de vil få den beste tilgjengelige helsehjelpen, dersom de skulle være så uheldige

Svar

Bent Høie: Det følger av styringsmodellen for spesialisthelsetjenesten at de regionale helseforetakene har ansvaret for å sørge for nødvendige spesialisthelsetjenester for befolkningen i helseregionen.

Finansieringsansvaret for spesialisthelsetjenestene følger sørge-for-ansvaret ved at de regionale helseforetakene, i dette tilfellet Helse Sør-Øst RHF, fordeler bevilgningen som Stortinget har stilt til disposisjon til helseforetakene i regionen. Fordelingen av inntekter mellom helseforetakene tar utgangspunkt i den nasjonale modellen for fordeling av inntekter mellom helseregionene, men med enkelte regionale tilpasninger. Det er så styret for Vestre Viken HF som har ansvaret for å fordele inntektene i tråd med oppgavene for helseforetakets samlede virksomhet og de enkelte avdelingene innen foretaket.

Når det gjelder den konkrete situasjonen ved Avdeling for klinisk patologi i Vestre Viken, har jeg bedt Helse Sør-Øst RHF om en redegjørelse. Redegjørelsen viser at Vestre Viken har iverksatt tiltak for å sikre at pasientene får en forsvarlig behandling. Helse Sør-Øst RHF har gitt følgende tilbakemelding:

"Helse Sør-Øst RHF har innhentet en redegjørelse fra Vestre Viken HF, som viser til at det er satt i verk tiltak som skal "sikre at alle pasienter, inkludert de høyt prioriterte kreftpasientene, får en forsvarlig behandling." Under følger tilbakemeldingen fra Vestre Viken HF i sin helhet:

"Avdeling for klinisk patologi i Vestre Viken er en av landets største avdelinger innen patologi.

Avdelingen leverer tjenester med høy kvalitet. Det er en avdeling som har en betydelig arbeidsmengde og hvor arealene er trange. Det har i de siste månedene vært arbeidet spesielt med forbedrings- og utviklings tiltak i avdelingen. Tiltakene gjelder både bemanning- og arealmessige forhold hvor noen igangsettes umiddelbart og andre som langsiktige prosjekter. Utviklingsarbeidet har skjedd i nært samarbeid med de ansatte og tillitsvalgte. Det pågår ansettelse av både leger og bioingeniører til erstatning i permanente - eller nye midlertidige stillinger.

Den spesielle situasjonen avdelingen er kommet i nå, er en ekstra driftsutfordring. Noen prøver vil en periode bli sendt til andre patologiavdelinger i Helse Sør-Øst. Det regionale helseforetaket er orientert.

Foretaksledelsen følger situasjonen i tett dialog med klinikk- og avdelingsledelse. De iverksatte tiltakene skal sikre at alle pasienter, inkludert de høyt prioriterte kreftpasientene, får en forsvarlig behandling.""

Skriftlig spørsmål fra Eirik Sivertsen (A) til helse- og omsorgsministeren

Dokument nr. 15:25 (2017-2018)

Innlevert: 09.10.2017 Sendt: 10.10.2017

Besvart: 20.10.2017 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Eirik Sivertsen (A): Mener helseministeren at regelverket for dekning av reiser til pårørende er godt nok, og hvis ikke hvilke endringer vil han foreslå eller utrede?

Begrunnelse

Pårørende er viktige når krisen inntreffer eller du blir alvorlig syk. Det er ofte viktig å ha noen kjente og kjære som ledsager deg, eller det kan være viktig for hurtigere helbred å ha dine nærmeste hos deg. Regelverket for dekning av reise- og oppholdskostnader for pårørende i dag har klare avgrensninger. Det erfarte f.eks. en pårørende fra Bodø, omtalt i Avisa Nordland 7.10 d.å.

Da stefaren til vedkommende ble fløyet med luftambulans til Universitetssykehuset i Tromsø (UNN) etter et hjerteinfarkt, ble hun ifølge henne selv med som ledsager etter avtale med Nordlandssykehuset. Transporten gikk med ambulansfly.

På returen til Bodø ble det i følge avisen ikke ansett som nødvendig å ha ledsager, så måtte vedkommende betale reisen selv.

Det er åpenbart at det er regionale forskjeller i mulighetene for å følge sine nærmeste som pårørende, med store forskjeller i sykehusstrukturen mellom landsdelene.

Svar

Bent Høie: Pasient- og brukerrettighetsloven slår fast at pasient og ledsager har rett til dekning av nødvendige utgifter når en pasient må reise i forbindelse med en helsetjeneste. Dette er nærmere regulert i pasientreiseforskriften.

En ledsager har rett til å få dekket sine utgifter forbundet med å følge en pasient når pasienten av medisinske eller behandlingmessige grunner har behov for ledsager på reisen.

Pårørende til pasient som ikke er ledsager, har normalt ikke rett til dekning av reiseutgifter. Det er likevel slik at i noen særskilte tilfeller kan nære pårørende få dekket utgifter til reiser også i tilfeller der de ikke ledsager pasienten. Dette er nærmere regulert i pasientreise-forskriften og forskrift om barns opphold i helseinstitusjon.

De regionale helseforetakene skal sørge for at personer som oppholder seg i helseregionen tilbys nødvendige ambulansetjenester. Reiser med ambulans dekkes etter reglene i akuttmedisinforskriften, og ikke pasientreiseforskriften.

Det vil si at Pasientreiser ikke dekker reiseutgifter forbundet med en ambulansereise, og da heller ikke reiseutgifter for ledsager i slike tilfeller.

Jeg har fått opplyst fra Pasientreiser at i de tilfeller hvor helseforetaket har bedt ledsager om å følge pasienten under en ambulansetransport, henviser Pasientreiser ledsager til å fremsette krav om dekning av reiseutgifter overfor det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion. Denne praksisen støttes av Fylkesmannen som er Pasientreisers klageorgan.

I de tilfellene der pårørende er bedt om å ledsage pasienten under ambulansetransport vil det kunne ligge som en forutsetning at ledsagers hjemreiseutgifter dekkes. Dette vil særlig gjelde ved lange avstander der kostnadene ved hjemreisen blir betydelige. Dette må de regionale helseforetakene ta med i sin vurdering når de mottar krav om dekning av utgifter til hjemreisen.

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

Dokument nr. 15:21 (2017-2018)

Innlevert: 09.10.2017

Sendt: 09.10.2017

Besvart: 17.10.2017 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Kjersti Toppe (Sp): Kan statsråden gjøre rede for om det gjort eller planlagt forenklinger i skjemaer for refusjon av pasientreiser, hvilke forenklinger dreier det seg i så fall om og kan statsråden stadfeste at det nye refusjonssystemet i praksis har økt egenandelen for pasientreiser og egenandelstaket, hvordan fordeler innsparingene seg mellom pasientgrupper og pasientreiser og hva beløper de seg til?

Begrunnelse

Undertegnende får jevnlig henvendelser om den nye refusjonsordning for pasientreiser fra 1. oktober 2016. Blant innspillene er at ny ordning fører til at det for mange pasienter vil lønne seg å kjøre privatbil framfor å bruke offentlige transportmidler, fordi det i mange tilfeller blir dyrere å bruke offentlig transport. Dette begrunnes med lav kilometersats.

I en henvendelse undertegnede har mottatt anføres det at: "I de fleste tilfeller vil satsen også medføre at refusjonen ikke overstiger egenandelen (146 kroner i 2017). Dermed får ikke pasienten dekket noen av reiseutgiftene sine eller opparbeidet egenandelstak. Reglene er også så kompliserte slik at mange av de mest syke eller svake vil trenge hjelp til å kreve refusjon.

Et lite eksempel er en pasientreise Lillehammer-Hamar tur/retur, som koster 286 kr i togbillett, i tillegg til bybussbillett 76 kr, mellom jernbanestasjon og behandlingssted (ca. 2,5 km), og mellom hjemmet og jernbanestasjonen (5,5 km) 74 kr. Totale reiseutgifter med offentlig transport er da 436 kr. Helsenorge.no beregner i dette tilfellet avstanden mellom hjem og behandlingssted med privatbil til å være ca. 53 km en vei. Med en kilometersats på 2,30 kr vil refusjonen bli: $53 \times 2 \times 2,3 \text{ kr} = 243,8 \text{ kr}$ dersom pasienten har frikort, og uten frikort: kroner null fordi reiseutgiftene på 121 kr en vei ikke overstiger egenandelen på 146 kr. Pasienten får med andre ord ikke regnet med utgiften som en egenandel til opparbeiding av frikort. Reiseutgiftene, slik staten ser det, er for lave og det er ingen grunn til å behandle reiseregningen. Pasienten må derfor selv bekoste reisen. Reisen må som hovedregel overstige 63 km skal pasienten ha grunn til å skrive reiseregning, og det gjelder alle som ikke har frikort eller går under spesielle bestemmelser/unntak. Egenandelen for pasientreiser har med andre ord økt betraktelig, og det samme har, i praksis, egenandelstaket."

I svar til undertegnende 04.01.17 oppga helse- og omsorgsministeren at: "Jeg mener den nye ordningen har forenklet tilbakebetaling av utførte pasientreiser for de aller fleste brukere, men for noen brukere kan det ha blitt noe mer arbeid. Det arbeides med å forenkle og forbedre løsningen også for disse."

Da Stortinget vedtok det nye refusjonssystemet var målet at systemet skulle bli enklere for alle parter, også pasientene. Mye tyder på at mange pasienter ikke opplever det slik.

I proposisjonen het det: "Enkelte elementer i ny ordning for dekning av utgifter til pasientreiser vil gi innsparinger. Det gjelder blant annet bortfall av særskilt kompensasjon for ledsager og at det innføres standardsats, forenklet dokumentasjon av oppmøte og elektronisk innsending. På andre områder vil ordningen medføre ekstrakostnader,

som til utvikling og tilpasning av IKT-systemer og til forvaltning og drift av ny ordning for de regionale helseforetakene. I tillegg vil det være kostnader til tilpasning av teknisk løsning på helsenorge.no og eksisterende registre."

Svar

Bent Høie: Ny forskrift trådte som representanten er kjent med i kraft 1. oktober 2016.

Hovedregelen er at reiser mellom 10-300 kilometer dekkes med en standardsats på 2,30 kroner per kilometer. Tidligere ble slike reiser dekket med utgifter for billigste rutegående transport.

Det ble også etablert en elektronisk løsning på den nasjonale helseportalen - helsenorge.no. I tillegg ble det utarbeidet et nytt papirskjema for de pasienter og brukere som ikke kan eller ønsker å benytte elektronisk løsning. Tall fra Pasientreiser HF viser at omtrent 80 pst. av de som søker har krav på å få dekket reiseutgifter etter standardsats per kilometer uten tilleggsutgifter. Slike reiser kan enkelt sendes inn via helsenorge.no. Pasientreiser HF opplyser om at 8 av 10 av de som søker elektronisk er

fornøyde.

Pasientreiser HF rapporterer videre at papirskjema ble revidert våren 2017. Dette ble gjort etter tilbakemeldinger fra brukere, helsepersonell og pårørende. Disse endringene er gjort i samarbeid med Pasientreiser HF sitt brukerutvalg. Skjemaet er delt i to. Del en gjelder pasienten. I det reviderte skjema trenger man bare å fylle ut en side hvis man søker om å få refusjon for reisen med en standardsats. For reiser med tilleggsutgifter, f.eks ved bruk av egen bil eller overnatting, opplyses dette i egen tabell. Skjemaets del to gjelder utfylling av opplysninger om reiseledsager, pårørende eller foresatt.

Det er også lagt til rette for utfylling av fritekst, noe som har vært et spesifikt ønske fra brukerne. Siste side i skjema består i hovedsak av dette.

Representanten ønsker også en begrunnelse for egenandel versus pasientreiser. Dersom utgiftene knyttet til en pasientreise ikke overstiger fastsatt egenandel for reisen får ikke pasienten tilbakebetalt noe av sitt utlegg. Dette er ikke endret i nytt regelverk. Det er fortsatt slik at alle godkjente egenandeler vil bli registret i egenandelsregisteret. Dette gjelder også dersom pasientens betalte egenandel er lavere enn 146 kroner. Pasienten kan ha flere reiser i løpet av et år, som gjør at egenandelstaket nås, selv om hvert enkelt beløp er under 146 kroner. Pasientreiser inngår i opptjening av frikort innen egenandelstak 1. Når egenandelstaket på 2205 kroner er nådd sender Helfo ut frikort.

Departementet samler inn erfaringer fra brukere, pårørende og helsepersonell, og tar sikte på å evaluere deler av ordningen når den har fått virke en tid.

Link til regjeringens side – spørsmål til skriftlig besvarelse:

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