

Saksframlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret Helse Sør-Øst RHF	14. desember 2017

SAK NR 124-2017

ORIENTERINGSSAK: DRIFTSORIENTERINGER FRA ADMINISTRERENDE DIREKTØR

Forslag til vedtak:

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Oslo, 7. desember 2017

Cathrine M. Lofthus
administrerende direktør

1. «Informasjonssikkerhet ved bruk av private leverandører i helse- og omsorgssektoren» - Rapport fra Direktoratet for e-helse

Direktoratet for e-helse la 30. november 2017 frem rapporten «Informasjonssikkerhet ved bruk av private leverandører i helse- og omsorgssektoren». Rapporten er utarbeidet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Rapporten følger vedlagt.

Direktoratet for e-helse sier i rapporten bl.a.:

«Helse- og omsorgssektoren har ambisiøse mål og store forventninger til modernisering og effektivisering. Digitalisering er et viktig hjelpemiddel for å nå disse målene og utviklingen på området går raskt. Sektoren er helt avhengig av private leverandører innen IKT-området, både nasjonalt og internasjonalt, for å sikre tilgang til oppdatert teknologi, løsninger og tilstrekkelig kompetanse. Flere virksomheter i sektoren har komplekse og gamle løsninger. Dette medfører at arbeid med digitalisering og informasjonssikkerhet er krevende.»

Og videre:

«Direktoratet for e-helse mener at det ikke er grunnlag for å konkludere med at noen typer tjenester aldri kan overlates til private leverandører. I gjeldene rett er det ikke noe forbud mot at norske virksomheter benytter nasjonale eller utenlandske, private leverandører fra EU/EØS-området. Ved bruk av globale leverandører (utenfor EU/EØS) er det særskilte krav som må oppfylles. Det må alltid foretas en risikovurdering av alle tjenester som kan gi tilgang til pasientinformasjon. Risikovurdering og varsling etter sikkerhetsloven § 29 a om kritisk infrastruktur må gjennomføres der det er relevant, og dette må vurderes ved større IKT-prosjekter. Direktoratet for e-helse mener at helse- og omsorgssektoren generelt må ha en relativt lav risikoappetitt. Tillit fra innbyggerne til at helse- og omsorgssektoren behandler helseopplysninger på en sikker måte, er en forutsetning for å lykkes med digitalisering.»

Det påpekes i rapporten at informasjonssikkerhet er et ledelsesansvar. Virksomheten må ha tilstrekkelig kompetanse for å ivareta sitt ansvar og bruk av private leverandører krever god bestillerkompetanse i alle faser, fra planlegging av anskaffelse til oppfølging av kontrakter og leveranser.

Det foreslås flere tiltak i rapporten. Dette omfatter både tiltak som kan gjennomføres av den enkelte virksomheten og tiltak som krever en sentral gjennomføring.

Nedenfor følger en kort oversikt over tiltak:

Tiltak og forbedringsområder for virksomhetene i sektoren

God og reell ledelsesforankring og styring

Virksomheten må ha en helhetlig styringsmodell med klarhet i ansvar og roller knyttet til informasjonssikkerhet, berunder forholdet til private leverandører. Det er behov for bedre ledelsesforankring som underbygges av gode prosesser som anvendes aktivt i den totale virksomhetsstyringen.

Helhetlig risikovurdering

Når tjenester overlates til private leverandører må det foretas en helhetlig risikovurdering slik at den totale risikoen kommer frem og rapporteres til ledelsen. Risikovurdering og tiltak må ta høyde for de begrensinger som finnes i nåværende, eldre og komplekse tekniske løsninger. Det er viktig med både periodisk oppfølging og nye risikovurderinger når det gjøres endringer i tjenesten eller leveransestrukturen.

Behov for kompetanse

Virksomheten må ha tilstrekkelig kompetanse, kapasitet og struktur for å ivareta sitt ansvar for informasjonssikkerhet og personvern når private leverandører benyttes. Bestillerkompetansen må være god i alle faser, fra kravstilling i planleggings- og anskaffelsesfasen til leverandøroppfølging i driftsfasen. Ledelsen, inkludert styret, må ha tilstrekkelig kompetanse for å utøve reelle styring og kontroll også på dette området.

Tiltak og forbedringsområder som må gjennomføres sentralt

Avklaring av databehandlingsansvar mellom regionale helseforetak og helseforetak

Databehandlingsansvaret ligger i dag på den enkelte virksomhet, som for eksempel et helseforetak. Dette skaper uklarhet i styring og ansvar ved anskaffelser og innføring av regionale løsninger og ved løsninger på tvers av sektoren.

Det må utredes om databehandlingsansvaret slik det er i dag er forenlig med strategier for etablering av fellesløsninger i helse- og omsorgssektoren. Det bør særskilt vurderes om det er behov for regulering av felles databehandlingsansvar eller fordeling av dette ansvaret mellom regionale helseforetak og helseforetakene de eier.

Oppdatering av Normen

Følgende oppdateringer av Norm for informasjonssikkerhet i helse- og omsorgstjenesten må prioriteres for at Normen kan bli et bedre verktøy tilpasset alle brukergruppene:

- ✓ *Tilpasning til GDPR (pågår)*
- ✓ *Oppdatere rutiner og maler for å understøtte komplekse leverandørstrukturer og leveransmodeller (erfaring andre sektorer)*
- ✓ *Rutiner for helhetlig risikostyring*
- ✓ *Nasjonal standard for tilgangsstyring (private leverandører)*
- ✓ *Standardiserte databehandleravtaler*

Kompetanseheving innen IKT-sikkerhet og risikovurdering på styre- og ledelsesnivå

Det anbefales etablering av et forum for å sikre beste praksis i bransjen for kompetanseheving og sikkerhetskultur.

Øvrige funn for oppfølging er forhold rundt

- ✓ *Økt bruk av velferdsteknologi.*
- ✓ *Behov for vurdering av sertifisering, selvdeklarerer og attestasjon av leverandører, løsninger eller MTU.*
- ✓ *Avklare omfang av særnorske krav rundt behandling av pasientinformasjon.*
- ✓ *Veiledningsmateriale rundt sikkerhetsloven § 29 a, som omhandler varslingsplikt og myndighet til å fatte vedtak ved anskaffelser til kritisk infrastruktur.*

Vedlegg:

- **Rapport Informasjonssikkerhet ved bruk av private leverandører i helse- og omsorgstjenesten**

2. Mandat og prosjektstyre for forprosjektet for nytt sykehus i Drammen

Styret ba i sak 006-2017 om at forberedelser til forprosjekt for nytt sykehus i Drammen ble startet opp, tilpasset fremdriften for tomteerverv. Styret ga administrerende direktør fullmakt til å utarbeide mandat og etablere eget prosjektstyre for videreføring av prosjektet fra og med oppstart forprosjekt.

Administrerende direktør kan informere om at mandat for prosjektstyret er utarbeidet. Mandatet regulerer alle forhold som omfattes av prosjektstyrets arbeidsomfang og presiserer roller, ansvar og fullmakter. Prosjektstyret har ansvar for å styre prosjektet innenfor de rammer som er fastsatt av styret i Helse Sør-Øst RHF og kan delegerer fullmakt til prosjektets direktør, i liket med tidligere praksis for gjennomføring av prosjekt nytt østfoldsykehus.

Gjennom prosjektforløpet må det inngås større kontrakter som til dels vil være gjennomløpende for hele prosjektperioden. Disse må sees under ett for å kunne styre prosjektet innenfor det økonomiske styringsmålet. Det er derfor viktig at prosjektstyret har nødvendige fullmakter til dette, samtidig som prosjektstyret må holde fortløpende oversikt over totaløkonomien i prosjektet med plikt til å varsle dersom det oppstår usikkerhet om det økonomiske styringsmålet nås.

Prosjektstyret må således vurdere alle anskaffelser og oppfølging av disse opp mot det overordnede målet og det ansvaret prosjektstyret de er gitt.

Begrensningen i fullmakter ligger i mandatets punkt om at

- Årlig likviditetsbudsjett skal godkjennes hvert år
- Premissendringer i prosjektet skal godkjennes.

Administrerende direktør har oppnevnt følgende medlemmer til prosjektstyret:

Leder: Steinar Frydenlund
Nestleder: Hanne Gaaserød
Medlem: Gro Seim
Medlem: Alice Beathe Andersgaard
Medlem: Rune Abrahamsen
Medlem: (Ikke avklart. IKT-kompetanse)

3. Nytt klinikkbygg Radiumhospitalet og samkjøring med bygg for protonsent

Styret godkjent i sak 071-2017 konseptrapport for nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet. Rammene for prosjektet ble fastlagt og det ble valgt utbyggingsløsning som grunnlag for utarbeidelse av skisseprosjekt (konseptfase del II) høsten 2017. Styret ba i samme sak om å få se forelagt skisseprosjektet til godkjenning før prosjektet videreføres.

Skisseprosjektet forelå etter plan medio november 2017 og prosjektet er finansiert gjennom statsbudsjettet for 2018. Imidlertid ble det i forbindelse med inngåelse av budsjettforlik ultimo november avklart at etablering av protonsent på Radiumhospitalet også godkjennes og finansieres over statsbudsjettet for 2018.

Det er lagt til rette for etablering av protonsent i planene for nytt klinikkbygg. Anlegget (protonsent) er innplassert på tomten og funksjonelle og tekniske sammenhenger til nytt klinikkbygg er hensyntatt i skisseprosjektet. Pågående reguleringsarbeid omfatter både nytt klinikkbygg og protonsent, slik at begge prosjektene er inkludert i fase 1 av utbyggingen på Radiumhospitalet.

I og med at det er sterke avhengigheter mellom prosjektene ønsker administrerende direktør å samkjøre gjennomføringen av nytt klinikkbygg og etablering av protonsent. Dette ved at gjennomføringen av etableringen av protonsent legges til allerede etablert prosjektorganisasjon for sykehusprosjektene i Oslo og integreres i allerede etablert styringsstruktur for nytt klinikkbygg. Helse Sør-Øst RHF er bevilget i alt 1.841 MNOK til protonsent, hvorav 70 % finansieres som lån og 30 % som tilskudd. Det er i Prop.21 S lagt til grunn at formell behandling av låneramme tas etter at Helse Sør-Øst RHF har styrebehandlet videreføring av prosjektet.

Innføring av protonterapi i Norge har vært planlagt gjennom et nasjonalt prosjekt. Det er behov for å avklare grensesnitt mot det nasjonale prosjektet. Foreløpig er det lagt til grunn at utstysanskaffelsene skjer nasjonalt (rammeavtaler), sammen med utvikling av kliniske protokoller.

For å få en bedre beskrivelse av hvordan de to prosjektene skal samkjøres lokalt og en nærmere avklaring av grensesnittet mot det nasjonale protonterapiprosjektet, har administrerende direktør lagt til grunn at saken om skisseprosjekt for nytt klinikkbygg fremmes styret for beslutning når disse forholdene er nærmere avklart.

Administrerende direktør tar sikte på å komme tilbake til styret med en sak om samkjøring av nytt klinikkbygg og protonsent så tidlig som mulig i 2018.

4. Regional sikkerhetsavdeling

Styret godkjente i sak 070-2017 konseptrapport for ny regional sikkerhetsavdeling på Ila. I samme sak ble det lagt til grunn at innplassering av utbyggingstrinn 2 (lokal sikkerhetspsykiatri og regional seksjon psykiatri og utviklingshemming/autisme) på Ila skulle vurderes nærmere slik at det blir avklart om samlokalisering på Ila er mulig. Videre er det arbeidet med å optimalisere plassering av anlegget på tomten i dialog med Bærum kommune, Ila borettslag, Ila fengsel og Statsbygg.

Resultatet av arbeidet forelå medio november, og det foreligger en løsning som gir en bedre og mer optimal plassering av anlegget. Videre er det avklart at det er mulig å etablere etappe 2 i samme bygningskompleks, forutsatt at virksomheten lokaliseres over 2-3 etasjer.

Det er også arbeidet videre med regulering. Bærum kommune har som forutsatt søkt Fylkesmannen i Oslo og Akershus om tillatelse til å starte reguleringssak. Dette fordi tomten ligger innenfor markagrensen. Fylkesmannen i Oslo og Akershus oversendte saken til Klima- og miljødepartementet. Det forelå medio november et negativt svar fra Klima- og miljødepartementet de departementet mener at markaloven ikke gir åpning for en slik regulering. Det er derfor behov for å drøfte videre tiltak med Bærum kommune, Fylkesmannen i Oslo og Akershus og Klima- og miljødepartementet. De impliserte parter peker på at det beste alternativet sannsynligvis er å søke om å justere markagrensen, slik at anlegget, i likhet med fengselet, tas ut av marka.

Da forslaget til statsbudsjett ble lagt frem var tiltaket ikke finansiert. Igangværende konkurranse om prosjekteringsoppdrag for forprosjekt og påfølgende faser ble derfor avlyst. Imidlertid ble det bevilget lån på 33 MNOK til finansiering av forprosjekt for RSA i forbindelse med budsjettforliket.

I og med at det i tiden like før styrebehandling har oppstått forhold som det er viktig å få en nærmere avklaring av før det tas stilling til videre fremdrift, har administrerende direktør lagt til grunn at det arbeides videre med dette før saken legges frem for styret. Dette er også behandlet i styringsgruppen for videreutvikling av Oslo universitetssykehus HF 13.11.2017 som fattet følgende vedtak:

1. Styringsgruppen tar status for arbeidet med ny Regional sikkerhetsavdeling til orientering.
2. Styringsgruppen anbefaler at saken blir best mulig belyst, både med hensyn til uttalelser fra brukerutvalgene og avklaring av risikoforhold, før saken legges fram for styret i Helse Sør-Øst RHF. Dette tilsier at styrebehandling i desember 2017 ikke anbefales.

5. Universitetssykehus

I arbeidet med lokale idéfaser/utviklingsplaner/strategiplaner ved ikke-universitetssykehusene i Helse Sør-Øst, er det tatt opp og påbegynt utredning av muligheten for å oppnå status som universitetssykehus. Blant annet har dette vært aktualisert ved Sørlandet Sykehus HF og ved Sykehuset Innlandet HF. Denne problemstillingen har også vært gjenstand for lokale politiske prosesser og medieoppslag. Ønsket om å oppnå godkjenning som universitetssykehus har dels vært begrunnet med styrket mulighet for å bygge opp sterke fagmiljøer og forbedret rekruttering av fagpersonell.

Vilkårene for å kunne benytte betegnelsen universitetssykehus er beskrevet i en nasjonal forskrift fra 2011: *Forskrift om godkjenning av sykehus, bruk av betegnelsen universitetssykehus og nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten*:

(<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-12-17-1706>) (se kap 3).

I forskriften heter det:

Helseforetaket og/eller sykehuset må samarbeide med ett eller flere universitet(er) som uteksaminerer medisinerere og annet helsepersonell ved at

1. *det bidrar vesentlig i forskningsbasert utdanning i medisin og annen helsefaglig utdanning*
2. *kandidatene har det vesentlige av sin praktiske og teoretiske undervisning ved sykehuset*
3. *det bidrar vesentlig i doktorgradsutdanningen i de fleste kliniske fag innen medisin og andre helsefaglige disipliner*
4. *det kan dokumenteres at det utføres biomedisinsk og helsefaglig grunnforskning, translasjonsforskning og klinisk forskning innenfor de fleste kliniske fagområder og*
5. *det kan dokumenteres forskningsaktivitet av høy internasjonal kvalitet og bredde».*

Den formelle prosessen for godkjenning av bruk av betegnelsen universitetssykehus beskrives i §§ 3-1 og 3-3:

- Det er det regionale helseforetaket som står som søker
- Samarbeidsorganet mellom det regionale helseforetaket og universitetet skal gi sin vurdering av søknaden
- Vilkårene slik de er definert i § 3-2 skal legges til grunn
- Kunnskapsdepartementet skal avgi uttalelse
- Helse- og omsorgsdepartementet fatter vedtak i saken

Forskriften innebærer at det er det regionale helseforetaket som søker Helse- og omsorgsdepartementet om godkjenning for å kunne benytte betegnelsen universitetssykehus for helseforetak og/eller sykehus og Samarbeidsorganet skal gi sin vurdering av søknaden.

Forskningsaktiviteten ved mange ikke-universitetssykehus er forsterket de siste årene, spesielt innen klinisk forskning. Dette er i tråd med overordnede føringer og regional strategisk tilrettelegging. Ikke-universitetssykehusene benyttes også i større grad enn tidligere som arena for utdanning av helsepersonell, selv om de ikke kan sies å oppfylle forskriftens krav om omfang og bredde på medisinerutdanning og doktorgradsutdanning .

Samarbeidet mellom helseforetak/sykehus og universiteter og høyskoler er videreutviklet og styrket. Nye konstellasjoner i universitetssamarbeidet har vokst fram, f.eks mellom sykehus i samme region og universitet utenfor egen region. I tillegg er det nå en del høyskoler som er omgjort til universiteter, noe som bidrar til nye muligheter for universitetssamarbeid lokalt.

Utredning av muligheten for etablering av nye universitetssykehus kan være ressurskrevende. Med utgangspunkt i gjeldende «Forskrift om bruk av betegnelsen universitetssykehus», ikke-universitetssykehusenes forskningsprofil og opplegget for medisinerutdanning, er det lite realistisk med etablering av nye universitetssykehus nå.

Samarbeidsorganet for Helse Sør-Øst RHF og Universitetet i Oslo diskuterte dette tema generelt, med utgangspunkt i gjeldende forskrift, på møte 1. desember 2017 og konkluderte med at det ikke ble ansett som hensiktsmessig at det etableres nye universitetssykehus i helseregionen pr i dag. Derimot er det svært ønskelig at samarbeidet med universiteter og høyskoler om utdanning videreutvikles og at forskning og innovasjon styrkes i både omfang og kvalitet.

6. 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 Kjersti Toppe (Sp) til helse- og omsorgsministeren

Dokument nr. 15:427 (2017-2018)

Innlevert: 01.12.2017 Sendt: 04.12.2017

Besvart: 07.12.2017 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Kjersti Toppe (Sp): Helse- og omsorgsministeren sa i sin sjukehusstale for 2017 at det var nullvisjon for korridorpasienter i 2017.

Har helseforetakene nådd dette målet?

Begrunnelse

Ber om svar på både helseforetaksnivå og samla nasjonalt, og eventuell auke eller reduksjon frå 2016.

Svar

Bent Høie: Det er uverdigg for pasienten å ligge på korridor og et hinder for god kvalitet i pasientbehandlingen. Jeg har derfor i oppdragsdokumentet for 2017 til de regionale helseforetakene satt som mål at det ikke skal være korridorpasienter. De regionale helseforetakene rapporterer i Årlig melding 2017 for status for målene i oppdragsdokumentet. Resultater for andelen korridorpasienter fremgår av helsenorge.no. Det har vært en gradvis reduksjon i andelen korridorpasienter de siste årene. I 2. tertial 2017 ble det rapportert 1% korridorpasienter nasjonalt, en liten nedgang fra samme tertial i 2016 (da var andelen 1,1%). Tall for 2. tertial 2017 viser ellers at det er forskjeller mellom sykehusene. Noen har relativt mange korridorpasienter, mens andre har ingen. I tabellen under fremgår det hvilke helseforetak som er nærmest til å nå målet. Det er viktig at resultatene for de enkelte sykehusene publiseres – slik at sykehusene kan bruke dem til å forbedre kvaliteten, sammenlikne seg og lære av andre. Sykehus med dårligere resultater kan oppnå forbedringer ved å lære av andre sykehus med bedre resultater.

Jeg legger til grunn at helseforetakene setter i verk tiltak for å sikre at aktiviteten planlegges i henhold til pasientenes behov. Et viktig tiltak er å heve kvaliteten i akuttmottakene, slik at flere pasienter kan bli utredet der og slippe unødig sykehusinnleggelse.

I tabellen under framgår tall fra helsenorge.no for korridorpasienter nasjonalt, regionalt og på helseforetaksnivå for 2. tertial 2016 og 2017, slik representant Toppe ber om.

2. tertial 2017 2. tertial 2016

Nasjonalt 1% 1,1%
Helse Midt-Norge 0,5% 0,6%
Helse Sør-Øst 1% 1%
Helse Nord 1% 1,6%
Helse Vest 1,4 1,4%
Akershus universitetssykehus HF 1% 1%
Diakonhjemmet sykehus AS 0,1% 0,4%
Lovisenberg diakonale sykehus 1,5% 1,6%
Sunnaas sykehus HF 0 (mangler rapportering)
Oslo Universitetssykehus HF 0,7% 1,4%
Sykehuset i Telemark HF 0,5% 1,7%
Sykehuset i Vestfold HF 2,2% 0,8%
Sykehuset i Østfold HF 2,6% 0,8%
Innlandet Sykehus HF 0,7% 0,7%
Sørlandet sykehus HF 1,3% 0,6%
Vestre Viken HF 1,2% 1,8%
Haraldsplass diakonale sykehus AS 1% 0,3%
Helse Bergen HF 0,8% 1,1%
Helse Fonna HF 2,8% 2,7%
Helse Førde HF 0,1% 0,2%
Helse Stavanger HF 2,1% 1,8%
Helse Møre og Romsdal HF 0,6% 0,8%
Helse Nord-Trøndelag HF 1,3% 1,7%
St. Olavs hospital HF 0,2% 0,1%
Finnmarkssykehuset HF 0,1% 0,4%
Helgelandssykehuset HF 1,3% 1,1%
Nordlandssykehuset HF 0,7% 1,1%
Universitetssykehuset Nord-Norge HF 1,3% 2,3%

Skriftlig spørsmål fra Ingvild Kjerkol (A) til helse- og omsorgsministeren

Dokument nr. 15:343 (2017-2018)

Innlevert: 23.11.2017 Sendt: 23.11.2017

Besvart: 04.12.2017 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Ingvild Kjerkol (A): Kan statsråden klargjøre overfor Stortinget hva som ligger til grunn for forslaget om endret rentemodell for nye sykehusprosjekter som får lån, samt fremlegge en oversikt over de økonomiske konsekvensene for de Regionale helseforetakene som har prosjekter som tas inn i ny låneordning fra 2018?

Begrunnelse

I Prop 1 S HOD (2017-2018) er det foreslått en endring av rentemodellen for nye sykehusprosjekter som får lån. Dette betyr et ytterligere effektiviseringskrav for helseforetakene. Gitt dagens låneportefølje vil endrede rentebetingelser på sikt medføre økte rentekostnader med opp til 200 mill. kroner årlig. Dette er grep stikk i strid med det sykehusene etterspør av virkemidler for å klare å ruste opp bygg og utstyr, samtidig som de opprettholder takten for trygg og sikker pasientbehandling. Det er heller ikke forenlig med det statsråden sier om at denne regjeringen styrker sykehusenes økonomi. RHFene har selv foreslått oppjustert låneandel, avdragsfrie perioder, annuitetslån, lange fastrenteaftaler mv. Forslaget som nå legges frem vil åpenbart svekke sykehusenes likviditet og kommer i tillegg til en ABE-reform som ikke kompenseres fullt ut og ellers anstrengt økonomi.

Svar

Bent Høie: Jeg har stort fokus på å sikre sykehusene gode og forutsigbare rammevilkår. I budsjettopplegget for 2018 er sykehusenes driftsbevilgninger økt med 1,5 mrd. kroner, i tillegg til pris- og lønnsjusteringer. Dette gir rom for å øke pasientbehandlingen med om lag 2 pst. Økte kostnader i 2018 som følge av ny rentemodell er beregnet til 1,8 mill. kroner

Bakgrunnen for forslaget om ny rentemodell for nye prosjekter som får lån fra 2018 er bl.a. at helseforetakenes rentebetingelser i større grad bør tilpasses øvrige renter i markedet, samt andre statlige låneordninger som Statens pensjonskasse, Husbanken og Lånekassen.

Det er i budsjettet for 2018 foreslått lånerammer til gjennomføring av tre nye prosjekter i helseforetakene. Dette gjelder nytt klinikkbygg ved Radiumhospitalet, utbygging og modernisering ved Haugesund sykehus og nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal. Samlet har disse prosjektene en øvre låneramme på 7 559 mill. 2018-kroner.

Beregninger viser at årlige rentekostnader med ny rentemodell vil øke i gjennomsnitt med om lag 40 mill. kroner i nedbetalingsperioden samlet for de tre prosjektene. Det er da tatt utgangspunkt i at lån tas opp som serielån med 25 års avdragstid, hvor nedbetalingen starter i 2023. Serielånsavtaler innebærer at rentekostnadene er høyest de første årene, for deretter å reduseres. Differansen mellom gammel og ny rentemodell utgjør om lag 80 mill. kroner i 2023 for de nevnte tre prosjektene.

Skriftlig spørsmål fra Ingvild Kjerkol (A) til helse- og omsorgsministeren
Dokument nr. 15:335 (2017-2018)
Innlevert: 22.11.2017 Sendt: 23.11.2017
Besvart: 27.11.2017 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Ingvild Kjerkol (A): Kan statsråden orientere Stortinget om status for gjennomgangen av de ulike organisasjons- og ledelsesmodellene i sykehusene, og på den måten forsikre overfor Stortinget at vedtak nr. 542, 17. mars 2016 «Stortinget ber regjeringen gjennom foretaksmøtet og/eller styringsdokumenter sørge for at stedlig ledelse blir hovedregelen ved norske sykehus», er tilstrekkelig oppfylt?

Begrunnelse

Gjennom en besvarelse fra Stortingets utredningsseksjon er representanten gjort kjent med at det ikke foreligger noen enhetlige definisjoner for de ulike organisatoriske nivåene i sykehus. Besvarelsen er basert på årlig melding inkl. tilleggsrapportering for 2016 fra RHFene 15. mars 2107 - status stedlig ledelse. Som et ledd i oppfølging av NOU 2016: 25 Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten (Kvinnsland-utvalget) fremgår det av Prop.. 1 S HOD (2017-2018) at departementet vil ta initiativ til en gjennomgang av erfaringene med ulike organisasjons- og ledelsesmodeller.

Svar

Bent Høie: Stortingets vedtak i forbindelse med behandling av Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019) om at regjeringen skal "sørge for at stedlig ledelse blir hovedregelen ved norske sykehus", ble fulgt opp i foretaksmøte 4. mai 2016 med de regionale helseforetakene.

Der ble det blant annet gitt følgende føringer om stedlig ledelse:

"...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 blir 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 organisasjonsmodeller skal skje i samarbeid og i god dialog med ansatte og deres organisasjoner."

Rapporteringene i årlig melding m.m. vedr. dette styringskravet viser, som representanten Kjerkholt refererer til, at det ikke foreligger enhetlige definisjoner for de organisatoriske enhetene i sykehusene. Det er derfor vanskelig å sammenligne rapporteringen og hvordan kravet om stedlig ledelse er fulgt opp.

Som representanten Kjerkholt også viser til, vil departementet følge opp Kvinnsland-utvalgets forslag om å sette i gang et evalueringsarbeid for å gjennomgå erfaringer med ulike organisasjons- og ledelsesmodeller i sykehus. Spørsmålet om stedlig ledelse og hva som legges i dette begrepet vil naturlig være en del av dette. Departementet vil i løpet av 2018 initiere et arbeid for å følge opp saken, jf. omtale i Prop. 1 S (2017-2018).

Skriftlig spørsmål fra Tellef Inge Mørland (A) til helse- og omsorgsministeren

Dokument nr. 15:325 (2017-2018)

Innlevert: 21.11.2017 Sendt: 22.11.2017

Besvart: 01.12.2017 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Tellef Inge Mørland (A): Hvordan ser statsråden på bruken av begrepet "høyspesialiserte funksjoner og behandlingstilbud" i Utviklingsplan 2035 for Sørlandet sykehus, og hva er hans syn på at man vil sentralisere slike funksjoner til Kristiansand, når Stortinget har definert både Arendal og Kristiansand som store akutt sykehus?

Begrunnelse

Nasjonal helse- og sykehusplan har definert både sykehuset i Arendal og Kristiansand som store akutt sykehus, mens Flekkefjord er definert som akutt sykehus. I arbeidet med Sørlandet sykehus sin Utviklingsplan 2035 prøvde man å definere sykehuset i Kristiansand som et hovedsykehus. Dette fikk man ikke lov til av Helse Sør-Øst.

I det nye forslaget til Utviklingsplan 2035 fra november valgte man da heller å benytte begrepet "høyspesialiserte funksjoner og behandlingstilbud". Blant annet sier nå forslaget til ny Utviklingsplan at:

"Høyspesialiserte funksjoner og behandlingstilbud som krever samarbeid mellom mange fagområder, vil i hovedsak være sentralisert til sykehuset i Kristiansand".

Dersom man legger en slik definisjon til grunn, minner det for spørsmålsstilleren langt på vei om en definisjon av Kristiansand som et hovedsykehus, noe Helse Sør-Øst tidligere har stoppet. Videre er det spørsmålsstillerens bekymring at det på sikt vil være umulig å opprettholde Arendal som et stort akutt sykehus, dersom man fremover skal samle alle høyspesialiserte funksjoner og behandlingstilbud i Kristiansand.

Svar

Bent Høie: Nasjonal helse- og sykehusplan har definert fire kategorier sykehus. Dette er regionsykehus, stort akutt sykehus, akutt sykehus og sykehus uten akutt funksjoner. Betegnelsen stort akutt sykehus brukes om sykehus med opptaksområde på mer enn 60-80 000 innbyggere, og med et bredt akutt tilbud med akutt kirurgi og flere medisinske spesialiteter. Både Arendal og Kristiansand sykehus fyller disse vilkårene.

Som oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan skal alle helseforetak utarbeide utviklingsplaner i tett dialog med kommunene og andre aktuelle aktører. Utkast til utviklingsplan for Sørlandet sykehus skal etter planen sendes på høring i tidsrommet 1. desember 2017 - 1. mars 2018.

Det er det enkelte helseforetak som har ansvaret for en hensiktsmessig fordeling av oppgaver mellom sine ulike sykehus. Det vil ofte være hensiktsmessig å samle spesialiserte funksjoner fordi det er gjensidige faglige avhengigheter og fordi man trenger samme type støttepersonell og utstyr. Sørlandet sykehus HF har foreslått å samle mange, men på langt nær alle, spesialiserte funksjoner i Kristiansand.

Sykehuset i Arendal er et stort akutt sykehus med fødeavdeling, akuttkirurgi, ortopedi og flere medisinske spesialiteter. Sykehuset har høyspesialisert tjeneste og døgkontinuerlig diagnostikk og behandling innen kardiologi (PCI).

Nasjonale helse- og sykehusplaner peker på at sykehusene i framtiden skal samarbeide tettere og utnytte bedre at de har ulike kompetanser. Dette ligger det godt til rette for i Sørlandet sykehus HF.

Når det gjelder begrepsbruken har Helse Sør-Øst RHF, i etterkant av et dialogmøte med Sørlandet sykehus HF 26.10.2017, sendt et brev til helseforetaket hvor det fremkommer helt tydelig at: «Helse Sør-Øst RHF fraråder at man bruker begreper som hovedsykehus i videre planlegging. Det kan oppfattes som at ett sykehus i foretaksgruppen er viktigere enn de andre, og dette er ikke i samsvar med Nasjonal helse- og sykehusplan.»

Skriftlig spørsmål fra Tuva Moflag (A) til helse- og omsorgsministeren

Dokument nr. 15:320 (2017-2018)

Innlevert: 21.11.2017 Sendt: 21.11.2017

Besvart: 28.11.2017 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Tuva Moflag (A): Når vil Stortinget gjøres kjent med innholdet i utredningen om to protonsentre og hva kan statsråden si på nåværende tidspunkt om kostnadsrammen for etablering av to sentre?

Begrunnelse

Strålebehandling spiller en viktig rolle i moderne kreftbehandling. Protonbehandling er mer skånsom enn annen type stråling, noe som er av særskilt betydning for barn og unge. Flere kan bli i stand til å fullføre skole, delta i arbeidslivet og leve et fullverdig liv.

I 2015 ble i underkant av 50 norske pasienter, flere av disse barn og unge, sendt utenlands for å få kreftbehandling med protonstråling. Basert på internasjonale estimater vil om lag 1800 norske pasienter ha nytte av protonterapi i 2022. Antall protonanlegg i verden øker stadig, og i løpet av 2016 vil tallet ha økt fra 48 til 77 på to år. I skandinavisk sammenheng er protonbehandling relativt nytt; Sverige har nylig fått sitt protonanlegg og i Danmark er det første anlegget under planlegging. Det er vedtatt at det skal innføres partikkelbehandling i Norge gjennom etablering av protonsentre. I forbindelse med behandlingen av 2017-budsjettet gjorde Stortinget følgende vedtak jf. Innst. 2 S (2016-2017), vedtak 62:

"Stortinget ber regjeringen om å gi de regionale helseforetakene i oppdrag å utrede to protonsentre i Norge. Utredningen skal planlegge for bygging av ett senter innen 2022, og videre etappevis utbygging, avhengig av kapasitetsbehov og utvikling i behandlingsteknologi. Plasseringen av sentrene blir eventuelt i Oslo og Bergen."

De regionale helseforetakene har, med bakgrunn i de avklaringer som er gjort når det gjelder rammebetingelser, fått frist til 23. oktober 2017 med å utrede to protonsentre i Norge.

Svar

Bent Høie: Utredningene fra de regionale helseforetakene ble gjennomført innen fristen og det legges nå til grunn etablering av protonbehandling både i Oslo og Bergen. Tilbudet skal komme hele landet til gode. Regjeringen har i Prop. 21 S om endringer i statsbudsjettet for 2017 under Helse- og omsorgsdepartementet lagt opp til at senteret i Oslo kan stå ferdig i 2023 og senteret i Bergen i 2025. Regjeringen legger i Prop. 21 S til grunn en utbygging på Radiumhospitalet med en anslått kostnad på 1 841 mill. kroner. Det vil bli gitt 70 pst. investeringslån tilsvarende 1 289 mill. kroner, og 552 mill. kroner i investeringstilskudd.

I Prop. 21 S er det lagt til grunn at det andre senteret skal etableres i Bergen og at dette senteret kan stå ferdig i 2025. Budsjettforliket for 2018 mellom regjeringspartiene, Venstre og Kristelig Folkeparti åpner for en mulig forskuttering av senteret i Bergen. Det gjør at begge sentrene kan stå ferdig i 2023. Samlet estimert kostnadsramme for de to protonsentrene er 3,1 mrd. kroner.

Skriftlig spørsmål fra Tellef Inge Mørland (A) til helse- og omsorgsministeren

Dokument nr. 15:305 (2017-2018)

Innlevert: 17.11.2017 Sendt: 20.11.2017

Besvart: 24.11.2017 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Tellef Inge Mørland (A): Kan statsråden klargjøre overfor Stortinget hvorvidt den gyldne regel, som sier at rusbehandling og psykisk helsevern hver for seg skal ha en årlig vekst som er høyere enn somatikk, er et mål eller et krav til RHFene?

Svar

Bent Høie: Gjennom oppdragsdokumentet stiller Helse- og omsorgsdepartementet midlene som Stortinget har bevilget gjennom budsjettbehandlingen til disposisjon for de regionale helseforetakene. Utformingen av oppdragsdokumentet er i tråd med Reglement for økonomistyring i staten. Mål og strategier skal konkretiseres gjennom styringsparametere, slik at en kan måle de regionale helseforetakenes resultater og vurdere måloppnåelse. Denne informasjonen er nyttig i styring, kontroll og læring for å utvikle og forbedre virksomheten. Styringsparameterne er angitt som mål og ikke krav i oppdragsdokumentet.

Dette gjelder også for prioriteringsregelen som sier at veksten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være høyere enn somatikk. I Prop. 1 S (2017-2018) under del III er det gitt en vurdering av måloppnåelsen for prioriteringsregelen for 2016. Selv om ikke målet er nådd for alle måleparametrene i 2016, mener jeg at målet har ført til en dreining i sykehusenes oppmerksomhet og aktivitet mot psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Målet er videreført i 2017 og vil bli videreført i 2018.

Skriftlig spørsmål fra Tuva Moflag (A) til helse- og omsorgsministeren

Dokument nr. 15:302 (2017-2018)

Innlevert: 17.11.2017 Sendt: 20.11.2017

Besvart: 29.11.2017 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Tuva Moflag (A): Hvilke sykehus har overskredet budsjettene sine så langt i 2017, hvor mye ble de samme sykehusene pålagt å effektivisere i 2017 som følge av effektiviseringskrav pålagt i Prop. 1 S 2016-2017 og gjennom budsjettforliket og hvordan forventer statsråden at sykehusene skal løse av nye oppgaver, ivareta pasientsikkerheten og samtidig effektivisere i 2018?

Begrunnelse

Til Klassekampen 17.11.17 svarer statsråden på spørsmål om konsekvenser av avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen, at årsaken til at flere sykehusavdelinger må redusere pengebruken i 2018 kan skyldes at de blant annet har brukt mer enn budsjettet for 2017. Samtidig får sykehusene et kutt på 178 millioner i årets budsjett, begrunnet med at aktiviteten i sykehusene er noe lavere enn antatt i 2017 enn opprinnelig forutsatt.

Det er vanskelig å forstå hvordan statsråden kan forsvare effektiviseringskutt i en så hardt presset sektor, samtidig som nye krav og oppgaver skal innfris. Det fremstår også som uoversiktlig for Stortinget om innsparingen på 178 millioner er som følge av lavere aktivitet eller en konsekvens av de strenge kravene i ABE-reformen i 2017.

Svar

Bent Høie: Netto effektiviseringskrav knyttet til avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen (ABE-reformen) i vedtatt budsjett 2017 utgjør 427 mill. kroner samlet sett. Sektoren får etter fratrukk av dette en vekst på 1 462 mill. kroner i 2017. Det fremgår av Prop. 1 S (2017-2018) at beløpet på 178 mill. kroner som det vises til i spørsmålet er knyttet til at aktiviteten i helseforetakene er noe lavere enn opprinnelig budsjettet. Beløpet er ikke et effektiviseringskrav, men gjelder utbetalinger

over de aktivitetsbaserte ordningene. Utbetalingene over disse ordningene baserer seg på faktisk aktivitet. Når aktiviteten blir lavere enn budsjettet blir også utbetalingene lavere. Tilsvarende vil utbetalingene bli høyere når aktiviteten blir høyere enn budsjettet. Basisbevilgningen som skal dekke 50 pst. av kostnadene er ikke endret som følge av den noe lavere aktiviteten.

Helse- og omsorgsdepartementet har ikke tall på helseforetaksnivå når det gjelder ABE-reformen. Effekten av ABE-reformen for det enkelte helseforetak vil blant annet avhenge av den interne inntektsmodellen i hver region, faktisk aktivitet i det enkelte budsjettår og om det regionale helseforetaket har valgt å håndtere økningen i netto effektiviseringskrav etter budsjettbehandlingen på Stortinget på RHF-nivå eller på det enkelte helseforetak.

Basert på ordinær rapportering til HOD fra de regionale helseforetakene ser den økonomiske situasjonen ut som følger ved utgangen av september (tall i 1.000 kr):

Resultater pr september 2017 Helse Sør-Øst Helse Vest Helse Midt-Norge Helse Nord Sum

Resultat hittil i år 498 200 365 402 169 153 212 162 1 244 916

Budsjettet resultat hittil i år 431 470 404 066 216 573 252 664 1 304 774

Avvik mot budsjettet resultat hittil i år 66 729 -38 664 -47 420 -40 502 -59 857

Budsjettet resultat 2017 561 000 313 000 221 365 334 660 1 430 025

Årsestimat 2017 787 503 533 000 236 500 319 427 1 876 430

Endring ift budsjettet årsresultat 226 503 220 000 15 135 -15 233 446 406

Som oversikten viser, har de regionale helseforetakene hittil i år et samlet negativt avvik på 60 mill. kroner, mot et positivt budsjettet resultat på 1 305 mill. kroner, dvs. at de hittil i år har et positivt driftsresultat på 1 245 mill. kroner. De regionale helseforetakene anslår samlet sett et positivt driftsresultat for 2017 på 1 876 mill. kroner, dvs. 446 mill. kroner bedre enn budsjett. Kravet fra departementet er at de regionale helseforetakene skal innrette virksomheten innenfor økonomiske rammer og krav som er gitt hvert år, slik at sørge-for-ansvaret oppfylles og at det legges til rette for en bærekraftig utvikling over tid. At helseforetakene budsjetterer med positive resultatkrav er en følge av blant annet investeringsprioriteringer.

Driftsresultat per september 2017 per helseforetak (tall i 1000 kr):

Budsjettet driftsresultat 2017 Driftsresultat per september 2017 Årsprognose

Helse Sør-Øst

Akershus universitetssykehus HF 144 000 -1 368 20 000

Oslo universitetssykehus HF 250 000 159 745 250 000

Sunnaas sykehus HF 21 000 32 802 30 000

Sykehusapotekene HF 38 000 46 318 58 000

Sykehuset i Vestfold HF 85 000 64 944 85 000

Sykehuset Innlandet HF 80 000 60 776 80 000

Sykehuset Telemark HF -25 000 -19 876 0

Sykehuset Østfold HF -264 000 -206 135 -264 000

Sykehuspartner HF -333 000 -224 191 -317 000

Sørlandet sykehus HF 80 000 49 938 80 000

Vestre Viken HF 265 000 122 511 215 000

Helse Sør-Øst RHF 220 000 412 735 550 000

Sum Helse Sør-Øst 561 001 498 199 787 000

Helse Vest

Helse Stavanger 80 000 -11 193 40 000

Helse Fonna 40 000 -6 354 30 000

Helse Bergen 160 000 42 417 120 000

Helse Førde 15 000 -5 294 -25 000

Sykehusapoteka Vest 17 000 10 540 17 000

Helse Vest IKT 1 000 3 595 1 000

Helse Vest RHF 0 331 691 350 000

Sum Helse Vest 313 000 365 402 533 000

Helse Midt-Norge
 St Olavs Hospital HF 152 000 134 361 248 300
 Helse Møre og Romsdal HF 0 -59 512 -111 100
 Helse Nord-Trøndelag HF 60 000 -15 874 -12 000
 Sykehusapotekene Midt-Norge HF 4 545 13 994 11 300
 Helse Midt-Norge IT 0 29 986 10 000
 Helse Midt-Norge RHF 2 000 66 198 90 000
 Trøndelag Ortopediske Verksted 2 820 0
 Sum Helse Midt-Norge 221 365 169 153 236 500

Helse Nord
 Finnmarkssykehuset 30 000 23 800 20 000
 Universitetssykehuset Nord-Norge 40 000 -12 600 45 000
 Nordlandssykehuset 5 000 -11 200 -20 000
 Helgelandssykehuset 20 000 8 200 20 000
 Sykehusapotek Nord 3 660 4 300 3 660
 Helse Nord RHF 236 000 195 600 250 767
 Helse Nord IKT 0 4 100 0
 Sum Helse Nord 334 660 212 200 319 427

Resultatene hittil i år må ses i lys av at de regionale helseforetakene setter opp budsjettene på forskjellig måte og at det i forskjellig grad settes av en reserve på regionalt nivå som resultat- og likviditetsbuffer.

Regjeringens forslag til budsjett for 2018 legger til rette for å øke pasientbehandlingen med om lag 2 pst. i 2018. Det er en høyere vekst enn det som kan knyttes til 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. Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen, som ble innført i 2015, tilsier i utgangspunkt reduserte bevilgninger på 687 mill. kroner for helseforetakene i 2018. Reformen innpasses imidlertid på samme måte for regionale helseforetak som i 2015-2017. Dette innebærer at regjeringen foreslår å tilføre 516 mill. kroner i basisbevilgningen til de regionale helseforetakene for å gi rom for bl.a. investeringer og anskaffelser. Slik legges det til rette for at reformen ikke påvirker de regionale helseforetakenes muligheter til å investere i bygg og utstyr i 2018. Netto effektiviseringskrav i regjeringen forslag til budsjett for 2018 utgjør dermed samlet sett netto 172 mill. kroner. Sektoren får etter fratrukk av dette en vekst på 1 589 mill. kroner i 2018.

Det er positivt at alle de regionale helseforetakene legger opp til en styring og drift som gir nødvendig grunnlag for en bærekraftig utvikling av tilbudet. Det er ikke et mål i seg selv å gå med overskudd. Positive driftsresultater skal brukes til investeringer, både i nye bygg, medisinsk teknisk utstyr og IKT. Regjeringen legger i tillegg til rette for 3 nye større og videreføring av 11 større investeringsprosjekter for sykehus i hele landet, som delfinansieres med lån fra staten. Det foreslås til sammen 2,9 milliarder kroner i lån til sykehusinvesteringer i regjeringens forslag til budsjett for 2018. Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen skal bidra til mer effektiv statlig drift. Sykehusene har også fått mer penger etter at effektiviseringskravet ble innført. Når noen sykehusavdelinger på tross av dette må redusere pengebruken i 2018 kan det skyldes flere forhold, blant annet at de har brukt mer enn budsjettet for 2017, og at de må spare for å møte framtidige investeringer i bygg og IKT. Enkelte endringer vil følge av Stortingets budsjettvedtak. Mine krav og rammer for 2018 vil fremgå av oppdragsdokument og foretaksmøtet i januar 2018.

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

Dokument nr. 15:283 (2017-2018)

Innlevert: 16.11.2017 Sendt: 17.11.2017

Besvart: 27.11.2017 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Kjersti Toppe (Sp): Kan statsråden informere om spesialisthelsetenesta sine styringsmål for somatiske tenester for 2017 blir innfridd, og kva er faktagrunnlaget per i dag?

Begrunnelse

Følgjande styringsmål er gitt:

Gjennomsnittlig ventetid skal reduserast i alle helseregionar samanlikna med 2016, og alle skal være under 60 dagar i alle regionar.

Ingen fristbrot.

Andelen nye kreftpasientar i pakkeforløp skal vere minst 70 prosent.

Variasjon i effektivitet og kapasitetsutnytting mellom sjukehusa er redusert.

Andelen sjukehusinfeksjonar skal vere mindre enn i 2016.

Minst 20 prosent av pasientane med hjerneinfarkt får trombolysebehandling innan 40 minutt etter innlegging.

Minst 30 prosent av dialysepasientane får heimedialyse.

30 prosent reduksjon i forbruk av breispektra antibiotia i sjukehus i 2020 samanlikna med 2012.

Svar

Bent Høie: Gjennom oppdragsdokumentet stiller Helse- og omsorgsdepartementet midlene som Stortinget har bevilget gjennom budsjettbehandlingen til disposisjon for de regionale helseforetakene.

Det er angitt mål og oppgaver i oppdragsdokumentet til hver av de fire regionale helseforetakene.

Det gjennomføres månedlige oppfølgingsmøter med de regionale helseforetakene. Dagsorden for disse møtene tar blant annet utgangspunkt i styringsmålene i oppdragsdokumentene. Det varierer

med hensyn til når resultatene for de ulike styringsmålene publiseres. Resultater per 2. tertial 2017 for

flere av de målene representanten Toppe spør om, publiseres på helsenorge.no 30. november 2017.

De regionale helseforetakene rapporterer i Årlig melding 2017 for hvordan de har fulgt opp

oppdragsdokumentet og foretaksprotokollene. For øvrig viser jeg til at det redegjøres for status på

målene i oppdragsdokumentene i de årlige budsjettproposisjonene til Stortinget, jf. status for målene i

2016 i del III i Prop. 1 S (2017-2018).

Jeg går nedenfor gjennom måloppnåelsen på regionsnivå for de enkelte målene som representanten

Toppe spør om. Resultater på helseforetaksnivå eller sykehusnivå for de fleste av målene ligger på helsenorge.no.

Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres i alle regioner sammenliknet med 2016. Gjennomsnittlig ventetid skal være under 60 dager i alle regioner

Tabellen nedenfor viser gjennomsnittlig ventetid i antall dager per region for første og andre tertial

2017. Tall i parentes angir gjennomsnittlig ventetid i samme periode i 2016. Tallene per første og

andre tertial tilsier at helseregionene både reduserer ventetidene sammenliknet med 2016, samt at

gjennomsnittet kan se ut til å bli under 60 dager. Vi må imidlertid avvete resultatene for hele året før

vi kan konkludere. Foreløpige tall for september og oktober 2017 antyder at gjennomsnittlig ventetid

er om lag lik som i samme måneder 2016.

1. tertial 2017 2. tertial 2017

Helse Sør-Øst 55 (61) 57 (57)

Helse Vest 58 (62) 61 (61)

Helse Midt-Norge 54 (59) 57 (56)

Helse Nord 57 (70) 58 (65)

Nasjonalt 56 (62) 58 (59)

Ingen fristbrudd

Tabellen nedenfor viser andel fristbrudd i pst. per region for første og andre tertial 2017. Som det framgår av tallene har det vært en økning i andelen fristbrudd fra første til andre tertial 2017.

Departementet har rettet oppmerksomhet mot dette i oppfølgingsmøter med de regionale helseforetakene. Mitt inntrykk er at helseregionene har god oversikt over fristbruddene, og at det iverksettes tiltak der hvor en ser at det er utfordringer. Jeg vil også minne om at det har vært en stor nedgang i andelen fristbrudd de siste årene, fra 6,3 pst. i 2013, til 1,4 pst. i 2016 på nasjonalt nivå.

1. tertial 2017 2. tertial 2017

Helse Sør-Øst 1,2 1,9

Helse Vest 0,6 3,8

Helse Midt-Norge 1,0 2,1

Helse Nord 1,6 2,6

Nasjonalt 1,5 2,5

Andel nye kreftpasienter som inngår i et pakkeforløp skal være minst 70 pst.

Alle de regionale helseforetakene nådde i første tertial 2017 målet for 24 organspesifikke kreftformer.

Helse Vest hadde høyest måloppnåelse med 86 pst. samlet sett for sine helseforetak. Helse Nord

hadde en måloppnåelse på 80,6 pst., Helse Midt-Norge 79,5 pst. og Helse Sør-Øst 74,4 pst.

Redusere variasjonen i effektivitet og kapasitetsutnyttelse mellom sykehusene, jf. andre oppgaver

Arbeidet med å redusere variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse mellom sykehus er et

langsiktig arbeid. Som det framgår av oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2017

skal det gis styringsmessig prioritet til oppfølging av forskjeller i kapasitetsutnyttelse og effektivitet på

tvers av sykehus målt ved flere indikatorer. Det er også gitt et utredningsoppdrag om dette.

Resultater på flere av indikatorene nevnt over er publisert på nasjonalt nivå for første gang i 2017. Et

eksempel på dette er indikatoren passert planlagt tid, som viser andelen pasientkontakter som er

forsinket i forhold til det planlagte tidspunktet. Dette gjelder for alle pasienter, både nyhenviste og de

som er i et forløp. Resultater fra første og andre tertial 2017 framgår av tabellen nedenfor. På grunn

av sesongvariasjoner bør tallet sammenlignes med samme tertial året før. Det er ikke satt et måltall

for denne indikatoren i 2017 siden dette er første året den publiseres.

1. tertial 2017 2. tertial 2017

Helse Sør-Øst 8,6 8,8

Helse Vest 9,1 9,4

Helse Midt-Norge 10,4 11,3

Helse Nord 14,0 13,4

Nasjonalt 9,5 9,7

Andelen sykehusinfeksjoner skal være mindre enn i 2016

Forekomst av helsetjenesteassosierte infeksjoner på sykehus måles to ganger årlig. Resultatet per mai

2017 skal etter planen publiseres på helsenorge.no 30. november 2017

Andel pasienter med hjerneinfarkt som er trombolysbehandlet, og får denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse

Ved en inkurie ble det satt feil mål i oppdragsdokumentet for 2017. Feilen ble rettet opp i revidert

oppdragsdokument av 28. juni 2017, og ordlyden i indikatoren ble endret slik at den er i tråd med

ordlyden på helsenorge.no. Riktig mål er minst 50 pst. Det finnes foreløpig kun resultater for 2015 på

helsenorge.no. På landsbasis i 2015 fikk 59,4 pst. trombolysbehandling innen 40 minutter etter

innleggelse. Alle helseregionene nådde målet i 2015, bortsett fra Helse Midt-Norge der andelen er

44,6 pst.

Andel dialysepasienter som får hjemmedialyse skal være minst 30 pst.

Dette er en ny kvalitetsindikator. Det tas sikte på å publisere de første resultatene på helsenorge.no

30. november 2017.

30 pst. reduksjon i samlet forbruk av bredspektrede antibiotika i norske sykehus i 2020 sammenliknet med 2012

Forbruket av de fem mest brukte bredspektrede antibiotikaene er i perioden 2012 til 2016 totalt

redusert med 4,9 pst. Det er variasjon i reduksjonen mellom regionene. Reduksjonen er minst i Helse

Midt-Norge med -1,3 pst. og størst i Helse Nord med -11,3 pst. I 2017 foreligger det tall for første

tertialet 2017. Forbruket viser en ytterligere reduksjon, nærmere bestemt at det i perioden 2012 til

første tertial 2017 totalt er en redusert bruk på 14,7 pst. Alle de fire regionene har positiv utvikling

siste år, dvs. et lavere forbruk per første tertial 2017 sammenliknet med året 2016. Det er størst

reduksjon siste år for Helse Vest og Helse Nord, mens Helse Sør-Øst har minst reduksjon.

For at bruken skal nå målsetningen om en 30 pst. reduksjon innen 2020 må bruken betydelig mer ned. Det antas at etablering av antibiotikastyringsprogram i alle helseforetak vil bidra til å redusere bruken ytterligere.

[Lenke til svaret med tabell i pdf-format](#)

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

Dokument nr. 15:282 (2017-2018)

Innlevert: 16.11.2017 Sendt: 17.11.2017

Besvart: 27.11.2017 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Kjersti Toppe (Sp): Kan statsråden informere om korleis styringsmåla for 2017 for psykisk helsevern blir følgt opp, og kva som er faktisk status per dags dato?

Begrunnelse

Styringsmåla for psykisk helsevern for 2017 er:

1. Det er høgare vekst innan psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatisk helseteneste på regionnivå.
2. Talet på tvangsinnleggingar er redusert - i samarbeid med kommunane, samanlikna med 2016.
3. Talet på pasientar i døgnbehandling som har minst eitt tvangsmiddelvedtak, er redusert.
4. Sikre ferrast mulig avbrot i døgnbehandling for tverrfagleg, spesialisert rusbehandling.

Svar

Bent Høie: Gjennom oppdragsdokumentet stiller Helse- og omsorgsdepartementet midlene som Stortinget har bevilget gjennom budsjettbehandlingen til disposisjon for de regionale helseforetakene. Det er angitt mål og oppgaver i oppdragsdokumentet til hver av de fire regionale helseforetakene. Det gjennomføres månedlige oppfølgingsmøter med de regionale helseforetakene. Dagsorden for disse møtene tar blant annet utgangspunkt i styringsmålene i oppdragsdokumentene. Det varierer med hensyn til når resultatene for de ulike styringsmålene publiseres. Resultater per 2. tertial 2017 for flere av de målene representanten Toppe spør om, publiseres på helsenorge.no 30. november 2017. De regionale helseforetakene rapporterer i Årlig melding 2017 for hvordan de har fulgt opp oppdragsdokumentet og foretaksprotokollene. For øvrig viser jeg til at det redegjøres for status på målene i oppdragsdokumentene i de årlige budsjettproposisjonene til Stortinget, jf. status for målene i 2016 i del III i Prop. 1 S (2017-2018).

Jeg går nedenfor gjennom måloppnåelsen på regionsnivå for de enkelte målene som representanten Toppe spør om. Resultater på helseforetaksnivå eller sykehusnivå for de fleste av målene ligger på helsenorge.no. Data om tvangsinnleggelse og tvangsmiddelbruk finnes foreløpig for perioden frem til og med 2016. Disse opplysningene er publisert på www.helsenorge.no. Hovedtallene for 2016 og 2015 gjengis nedenfor jf. representantens spørsmål nr. 2 og 3.

1. Dette er tatt opp med de regionale helseforetakene både i foretaksmøter og i oppfølgingsmøter departementet har hatt med de regionale helseforetakene. Her fremgår det at de regionale helseforetakene følger dette opp, men det vil først i mars 2018 (årlig melding) foreligge informasjon om hvorvidt målene i denne prioriteringsregelen blir oppfylt for 2017.
2. Antall tvangsinnleggelse var 7926 totalt i landet i 2016 (7639 i 2015). Tallene for 2017 vil foreligge i mars 2018 (årlig melding og helsenorge.no).
3. Tallene for tvangsmiddelbruk (antall pasienter med vedtak om tvangsmiddel) var for hele landet 1874 i 2016 (1686 i 2015). Tallene for 2017 vil foreligge i mars 2018 (årlig melding og helsenorge.no).
4. Også dette målet vil de regionale helseforetakene rapportere på i årlig melding for 2017, som vil foreligge i mars 2018.

Med bakgrunn i at styringsmålene om redusert tvang ikke ble nådd i 2016, har departementet videreført en særskilt oppfølging av dette området i styringsdialogen med regionale helseforetak, med utgangspunkt i deres rapportering i årlig melding og publiserte tall fra Helsedirektoratet på helsenorge.no. For nærmere redegjørelse om hvordan helseregionene jobber med saken, viser jeg til mitt svar datert 31. oktober d.å. på skriftlig spørsmål nr. 101 fra Tellef Inge Mørland (A).

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

Dokument nr. 15:273 (2017-2018)

Innlevert: 16.11.2017 Sendt: 16.11.2017

Besvart: 24.11.2017 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Masud Gharahkhani (A): Er det ikke på tide at helseministeren nå tar grep for å sikre forsvarlig kreftbehandling for en hel helseregion(500 000 innbyggere)?

Begrunnelse

Undertegnede sendte inn følgende spørsmål til helseministeren 16.10.2017: 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?

Helseministeren ga følgende svar:

"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."

I dag kan vi lese i Drammens Tidende om to måneder ventetid for svar på kreftprøvene. Sykehuset hevder det tar 3,7 dager.

Pasienter, de ansatte og pasientombudet er svært bekymret over situasjonen. Pasientombudet sier følgende:

«Å følge nøye med høres ikke ut som et tiltak. Da kan det plutselig være for sent. Prøver skal vurderes. Prøver skal ikke bli liggende. Det kan ramme pasientene og folk kan dø. Det kan fort bli en alvorlig svikt, sier Arnesen som plasserer ansvaret hos ledelsen.»

Det ser ut som helseministeren mangler kontroll på situasjonen. Nå må helseministeren ta grep.

Innbyggerne og de ansatte må få en garanti på at det nå blir ryddet opp. De skal være trygg på at det skal gis forsvarlig og god kreftbehandling.

Svar

Bent Høie: Jeg viser til mitt svar datert 16. oktober 2017 på spørsmål nr. 55 til skriftlig besvarelse fra representanten Gharahkhani, der jeg gjorde rede for ansvar og roller innenfor helseforetaksmodellen. Jeg har på nytt henvendt meg til Helse Sør-Øst RHF om forholdene som representanten Gharahkhani tar opp i sitt spørsmål.

Helse Sør-Øst RHF har gitt følgende tilbakemelding:

"Helse Sør-Øst RHF har vært i dialog med Vestre Viken HF og også hentet inn informasjon fra andre helseforetak. Helse Sør-Øst RHF følger med på at svartider følges opp, og ser det som positivt at det er avklart at andre helseforetak er behjelpelig ved behov. Vestre Viken HF gir følgende redegjørelse:

"Avdeling for klinisk patologi i Vestre Viken mottar om lag 75.000 prøver årlig. Vurdering av vevsprøver er i hovedsak en manuell prosess med en rekke prosesseringsledd som ender med tynne vevssnitt. Disse vurderes så i mikroskop. Diagnostikken kan også kreve spesialundersøkelser før endelig diagnose fastsettes. Tid fra prøven mottas til svar kan gis, vil derfor variere.

Det er viktig å understreke at prøvene prioriteres etter hvilken problemstilling som foreligger. Der hvor det er mistanke om kreft, behandles prøvene som hastep prøver. For slike prøver var svartiden for avdelingen i Vestre Viken gjennomsnittlig 3,7 kalenderdager (2,6 virkedager) i oktober, og er tilsvarende hittil i november. Målsettingen er at mer enn 90 % av hastep prøvene skal være besvart innen 5 virkedager. Det målet nås. Svartiden i Vestre Viken er som ved tilsvarende avdelinger i Helse Sør-Øst.

For andre prøver er svartiden lengre, og også her avhengig av prioritering etter hva som vurderes som viktigst. Vestre Viken ønsker å gi raskt svar, men svartiden kan bli lenger enn ønskelig.

Svartidene i Vestre Viken synes også her å ligge på omtrent som en del andre tilsvarende avdelinger. I spørsmålet er det anført at det er to måneders ventetid for svar på «kreftprøver». Den prøven det henvises til ble besvart etter 5 uker. Dette var lengre ventetid enn det som er vanlig i avdelingen for slike prøver og klart lengre enn ønskelig.

Det er beklagelig, men vurderes innenfor det forsvarlige for prøver hvor kreft ikke er noen problemstilling.

Foretaksledelsen følger situasjonen ved Avdeling for klinisk patologi tett, slik at nødvendige tiltak kan iverksettes for å sikre forsvarlig helsehjelp til enhver tid. Patologiavdelingene ved Akershus universitetssykehus og Sykehuset i Vestfold har avlastet noe nå. Det vurderes også om det er ledig kapasitet ved andre avdelinger for å sikre driften fremover.""

Skriftlig spørsmål fra Kari Henriksen (A) til helse- og omsorgsministeren

Dokument nr. 15:265 (2017-2018)

Innlevert: 15.11.2017 Sendt: 15.11.2017

Besvart: 23.11.2017 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Kari Henriksen (A): Lov om pasientjournal trådte i kraft 1.1.2015.

Er loven implementert i helse Sør øst, evt hvor langt er man kommet i implementeringsarbeidet og har departementet gitt nærmere forskrifter om internkontroll etter lovbehandlingen i 2014, slik det gis muligheter til?

Begrunnelse

Ved Sørlandet sykehus ble en lege avskjediget etter at vedkommende hadde snoket i pasientjournaler med alvorlige konsekvenser for pasienten det gjaldt. Sykehuset anmeldte ikke forholdet.

Svar

Bent Høie: Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (pasientjournalloven) trådte i kraft 1. januar 2015 og gjelder all behandling av helseopplysninger som er nødvendig for å yte, administrere eller kvalitetssikre helsehjelp til enkeltpersoner. Loven gjelder for databehandlingsansvarlige som er etablert i Norge, og stiller krav om at behandlingsrettede helseregistre (herunder pasientjournaler) skal være utformet og organisert slik at krav fastsatt i eller i medhold av lov kan oppfylles. Jeg legger til grunn at helseforetakene til enhver tid følger lovverket og at de har implementert pasientjournalloven.

Helse- og omsorgsdepartementet har ikke gitt nærmere forskrifter om internkontroll med hjemmel i pasientjournalloven. Når det gjelder personvern og informasjonssikkerhet er det gitt generelle bestemmelser i forskrifter etter personopplysningsloven. Jeg vil for øvrig vise til at det pågår et omfattende regelverksarbeid i forbindelse med EUs personvernforordning som vil komme til anvendelse 25. mai 2018. Forordningen vil ha betydning for pasientjournalloven og forskriftene gitt med hjemmel i denne. Videre vil jeg vise til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten som trådte i kraft 1. januar 2017, som tydeliggjør de grunnleggende premissene for internkontroll i helse- og omsorgssektoren.

Helse Sør-Øst RHF har informert departementet om at helseforetakene i regionen har ledelses- og styringssystemer som blant annet skal sikre at lovkrav oppfylles, herunder pasientjournalloven. Det er etablert felles styringssystem for informasjonssikkerhet for helseforetakene i regionen (se <http://ehandboken.ous-hf.no/folder/1148>). Selv om internkontrollen skal bidra til å forhindre urettmessige oppslag, vil avvik likevel kunne forekomme. Avdekking og håndtering av slike avvik inngår også i helseforetakenes systemer for internkontroll.

Den konkrete saken som det vises til i begrunnelsen fra representant Henriksen følges opp av Sørlandet sykehus HF. Helse Sør-Øst RHF har informert departementet om at Sørlandet sykehus HF ser svært alvorlig på at en tidligere medarbeider urettmessig har gjort oppslag i pasientjournal. Ved mistanke om slike brudd undersøkes alltid saken og det tas ut logg. Sørlandet sykehus HF informerer alltid pasienten dersom medarbeider gjør urettmessige oppslag i en journal. I lys av denne konkrete saken vil det også bli diskutert og vurdert på generelt grunnlag på hvilket tidspunkt pasienten skal bli informert.

Sørlandets sykehus HF vurderer alltid hvorvidt brudd på helsepersonelloven §§ 21 og 21 a skal få konsekvenser for arbeidsforholdet, og hvorvidt det skal gis melding til Fylkeslegen. Denne aktuelle saken ble meldt til Fylkeslegen og arbeidsforholdet ble avsluttet. Helsetilsynet ila medarbeideren en advarsel. Helsetilsynet begjærte ikke påtale etter helsepersonelloven § 67.

Sørlandet sykehus HF har verken etter helsepersonelloven, pasientjournalloven, pasient- og brukerrettighetsloven eller spesialisthelsetjenesteloven en plikt til å anmelde slike saker. I lys av denne saken vil sykehuset ifølge Helse Sør-Øst RHF gjennomgå sine rutiner og retningslinjer i saker som gjelder brudd på helsepersonelloven §§ 21 og 21 a. Dette vil de også ta opp på sitt halvårlege dialogmøte med politiet i Agder.

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

Dokument nr. 15:260 (2017-2018)

Innlevert: 15.11.2017 Sendt: 15.11.2017

Besvart: 24.11.2017 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Olaug V. Bollestad (KrF): Mange pasienter og deres pårørende med SMA går og venter på muligheten for å kunne ta i bruk Spinraza-medisinen, som er den eneste medisinen som virker for denne gruppen pasienter.

Kan statsråden bekrefte at Beslutningsforum vil behandle Spinrazsaken i sitt møte 20. november 2017, slik det er blitt forespeilet denne pasientgruppen?

Svar

Bent Høie: Saken om innføring av legemiddelet Spinraza til behandling av spinal muskelatrofi (SMA) - type I, II og III ble behandlet i Beslutningsforum 20. november 2017 basert på et notat fra Statens Legemiddelverk med oppdatert prisinformasjon.

I protokollen fra møtet i Beslutningsforum går det frem at "Beslutningsforum for nye metoder ber fagdirektørene i RHF-ene om å vurdere det nye pristilbudet og fremme ny sak for Beslutningsforum for nye metoder så snart som mulig."

Protokollen kan leses her:

<https://nyemetoder.no/Documents/Beslutninger/Beslutningsforum%2020171120%20-%20protokoll%20forel%c3%b8pig%20OFFENTLIG%20UTGAVE.pdf>

Spinal muskelatrofi er en svært alvorlig sykdom. Jeg forstår frustrasjonen knyttet til ventetiden til en eventuell innføring av legemiddelet. Jeg har likevel tillit til at de regionale helseforetakene gjør sitt beste til å få en snarlig avklaring i saken.

Jeg har også vært i dialog med den danske helseministeren og Danmark er positive til å samarbeide om å forbedre forhandlingsmuligheter om nye legemidler ved at de som er ansvarlige for forhandlinger og innkjøp, dvs. Amgros i Danmark og Sykehusinnkjøp i Norge vurderer mulighetene for å forhandle samlet.

Skriftlig spørsmål fra Lise Christoffersen (A) til helse- og omsorgsministeren

Dokument nr. 15:222 (2017-2018)

Innlevert: 09.11.2017 Sendt: 10.11.2017

Besvart: 17.11.2017 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Lise Christoffersen (A): En stadig tilbakevendende bekymring i forbindelse med det nye sykehuset på Brakerøya i Drammen, har vært manglende planer for og finansiering av veiløsninger til og fra sykehuset. Drammens Tidende kunne 8. november 2017 melde at nye veiløsninger må dekkes innen rammen for det nye sykehuset. Stemmer dette, og hvilke konsekvenser vil det i så fall få for kvaliteten på tilbudet til pasientene i form av færre funksjoner, redusert kapasitet eller lignende?

Begrunnelse

Samferdselsministeren har ved flere anledninger, blant annet i forbindelse med kommunevalget i 2015 og under Fjordkonferansen i Drammen 31. mai 2017, lovt at vei til det nye sykehuset skulle komme på plass. Løftet er riktignok over tid moderert til å gjelde midlertidige løsninger. Det lå imidlertid ikke midler til nødvendige veiløsninger ved siste rullering av Nasjonal transportplan.

Høyres parlamentariske leder har også, blant annet under Buskerudtingets møte i februar 2016, lovt at så fort vedtaket om å bygge nytt sykehus var på plass, skulle det også bli fullt trykk på veiløsninger, også da under henvisning til løfter fra samferdselsministeren. I nevnte artikkel i Drammens Tidende bekrefter imidlertid Helse Sør-Øst at mesteparten av regningen for veiløsninger til det nye sykehuset på Brakerøya må tas av pengene til sykehus. Det er vanskelig å forstå at det kan skje uten at det påvirker innholdet i det nye sykehuset, og dermed tilbudet til pasientene. Det er derfor ønskelig med en avklaring fra helseministeren om hvordan dette henger sammen.

Svar

Bent Høie: byggesaker er det vertskommunen, i dette tilfelle Drammen kommune, som er reguleringsmyndighet, og som gjennom område- og detaljreguleringen fastsetter krav til opparbeidelse av veianlegg og tilknytning til overordnet veinett i samsvar med Plan- og bygningsloven.

Helse Sør-Øst RHF er, som tiltakshaver og byggherre for nytt sykehus på Brakerøya, ansvarlig for å etablere nødvendige veitilknytninger til det nye sykehuset i samsvar med reguleringsbestemmelsene gitt av Drammen kommune. Kostnader for etablering av veianlegg er inkludert i den kostnadsrammen som Helse Sør-Øst RHF har fastlagt for prosjektet.

Helse Sør-Øst har hele tiden vært klar på at de har ansvar for å bære disse kostnadene, slik at nytt veisystem hele tiden har vært inkludert i kostnadene for nytt sykehus i Drammen, på tilsvarende måte som opparbeidelse av vei og tilknytning til overordnet veinett er en del av kostnadsrammen for andre sykehusprosjekter. Dette er ingen ny praksis.

Jeg er informert om at sykehuset er planlagt med de kvaliteter og kapasiteter som følger av ordinære dimensjoneringskriterier for sykehus, og som er omforent mellom Helse Sør-Øst RHF og Vestre Viken HF. Det er ikke vurdert at kostnader knyttet til veianlegg forringer kvaliteten eller medfører redusert kapasitet for det nye sykehuset.

Skriftlig spørsmål fra Ingvild Kjerkol (A) til helse- og omsorgsministeren

Dokument nr. 15:196 (2017-2018)

Innlevert: 07.11.2017

Sendt: 07.11.2017

Besvart: 15.11.2017 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Ingvild Kjerkol (A): Hvilke verktøy har fastleger, kommune- og spesialisthelsetjenesten i møte med personer som står i fare for å begå overgrep, og hvilke pasientrettigheter har disse personene i dag?

Begrunnelse

De siste ukene har det kommet frem i NRK at det ikke finnes tilstrekkelig hjelpetilbud for personer som begår seksuelle overgrep. I regjeringens Opptrappingsplan mot vold og overgrep står det om betydningen av behandling rettet mot personer som begår seksuelle overgrep, men opptrappingsplanen nevner ingen forebyggings tiltak rettet mot personer som står i fare for å begå overgrep. Kan vi forebygge at personer går til det skrittet å begå overgrep, vil det spare de potensielle ofrene og deres pårørende for store lidelser, men det vil også være svært viktig for de potensielle overgriperne.

Svar

Bent Høie: Seksuelle overgrep er et alvorlig samfunnsproblem. Regjeringen har vært og er opptatt av å forebygge og redusere omfang og konsekvenser av vold og seksuelle overgrep. Viktige tiltak for å forebygge og begrense de negative konsekvensene av overgrep har vært å sette i verk forebyggende tiltak overfor personer i risikogrupper, og å tilby behandling både til personer som er utsatt for overgrep, men også til utøvere.

Seksuelle overgrep er en alvorlig straffbar handling. Det er etablert en rekke kriminalitetsforebyggende tiltak, for eksempel Kripas sin «stoppside». Denne type forebyggende tiltak er helt vesentlig, men vil ikke bli omtalt ytterligere her siden de ligger utenfor helsetjenesten.

De senere årene er det også gjort mye for å øke kompetansen og tilby behandling til personer som er utsatt for overgrep. Dette vil jeg heller ikke omtale nærmere.

Helsedirektoratet har konkludert med at det er mangelfullt kunnskapsgrunnlag om både effekten av forebyggende tiltak og behandlingstiltak for overgripere, spesielt pedofile. Derfor har Helse- og omsorgsdepartementet gitt Helsedirektoratet i oppdrag å, i samarbeid med RHF-ene og aktuelle kompetansesentre, følge opp utviklingsarbeid knyttet til behandlings-tilbudet til pedofile. I 2017 er det bevilget av 5,5 mill. kroner til å utarbeide et kunnskaps-grunnlag for behandling og utrede et forløp for overgripere. Det er videre også bevilget samlet 6,5 mill. kroner til de regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging til arbeidet med overgripere. Det er også vesentlig å forebygge at nye overgrep skjer. Det er iverksatt et behandlings-prosjekt rettet mot seksuallovbruddsdømte i fire norske fengsler. Kriminalomsorgen, Oslo universitetssykehus og Helsedirektoratet samarbeider om dette. Målet er å utrede og gi behandling til personer som anses å ha høy tilbakefallsrisiko, og å øke kunnskapen om personer dømt for seksuallovbrudd. Det er bevilget penger til et treårig pilotprosjekt med vekt på individuellbehandling av seksuallovbruddsdømte. Prosjektet startet opp i 2016.

I Innst. 11S (2016—2017) ble det også bevilget midler til et behandlingstilbud for unge overgripere, og komiteen understreket at det er avgjørende at man sikrer kvalitativt god og tilstrekkelig behandling. Helsedirektoratet har med bakgrunn i dette gitt Helse Vest RHF i oppdrag å lede arbeidet med å styrke kompetansen og etablere behandlingstilbud i alle helseregioner for barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd. Helse Vest RHF samarbeider med de øvrige RHF-ene om oppdraget. Helse- og omsorgsdepartementet har videre gitt de regionale helseforetakene i oppdrag å etablere et nasjonalt klinisk nettverk for behandling av barn og unge med seksuelle atferdsproblemer. Helse Vest RHF leder nettverket. Arbeidet med begge oppdrag er i iverksatt og vil pågå også i 2018.

Helsedirektoratet peker på at personer med potensielt skadelig seksuell interesse som tiltrekning mot mindreårige ser ut til å ha mindre sannsynlighet for å søke eller motta behandling før et seksuelt lovbrudd har blitt begått. En andel søker imidlertid hjelp. Da må det gjøres individuell vurdering av behovet for helsehjelp, og hvor helsehjelpen bør gis.

Etter pasient og brukerrettighetsloven § 2-1 a andre ledd har en pasient rett til «nødvendige helse- og omsorgstjenester» fra kommunen. Det betyr at tjenestene skal være forsvarlige, basert på en individuell vurdering av behov. Dersom kommunen etter en medisinskfaglig vurdering ikke kan gi forsvarlig hjelp, må pasienten henvises videre til spesialisthelsetjenesten.

Om en pasient har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten må avgjøres etter en konkret, individuell vurdering av vedkommende pasients tilstand. Vilårene er nærmere presisert i prioriteringsforskriften. Pedofili (som er en diagnose) eller bekymring for potensiell utøvelse av seksuelle overgrep er ikke spesifikt nevnt i prioriteringsveilederen. Prioriterings-veilederne er ment å dekke 75-80 % av problemstillingene som tas opp i henvisninger til fagområdene, men alle henviste pasienter skal uansett vurderes.

Den helsefaglige vurderingen avgjør om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten eller ikke. Vurderingen inneholder også en avveining av om spesialisthelsetjenestens kompetanse er nødvendig for å behandle tilstanden. Dersom pasienten mener han eller hun ikke har fått oppfylt sin rett til nødvendig helsehjelp, kan vedkommende klage til fylkesmannen, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2.

En oversikt over behandlingstilbudene for barn og unge som utøver vold og seksuelle overgrep, samt en oversikt over behandlingstilbudet for voksne som utøver vold er laget av NKVTS på oppdrag fra Helsedirektoratet. Oversikten viser at det finnes behandlingstilbud for personer som utøver vold i alle helseregioner, men få spesialiserte tilbud.

Selv om det er begrenset hvor mange steder det er spesifikk kompetanse på behandling av seksualovergripere, er det mange helsearbeidere både i primær- og spesialisthelsetjenesten som har god kompetanse på behandlingsformer som er grunnleggende for behandling av volds- og seksualisert vold. Dette kan være kontaktetablering og ulike metoder/teknikker for å skape endring og selvinnsett. Dette er verktøy frivillige aktører, fastlege, kommune og spesialisthelsetjeneste kan bruke i møte med mennesker som selv er bekymret for at de skal begå overgrep.

Helsetjenesten kan også benytte verktøy for å vurdere risiko for nye overgrep. Disse er utviklet på basis av informasjon fra personer som allerede har utøvd (seksualisert) vold (altså et sekundærforebyggende siktemål), og ikke er beregnet for bruk i befolkningen generelt

(primærforebygging). Med hensyn til personer som ikke har begått seksuallovbrudd, finnes det ingen sikker metode/verktøy for å forutsi hvor stor risiko for det er i fremtiden.

Fastleger, kommuner og spesialisthelsetjeneste kan henvende seg til kompetansemiljø (NKVTS, RVTS og SIFER) for å få informasjon, råd og veiledning om utredning og behandling av overgrepssproblematikk. På nettsidene til kompetansemiljøene finner man rapporter og generell kunnskap. Noen eksempler på bistand helsetjenesten kan benytte fra disse er:

- Dinutvei.no – en nasjonal veiviser om vold og overgrep i regi av Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Regionale samarbeids- og konsultasjonsteam som koordineres av de regionale kompetansesentrene om vold og traumatisk stress (RVTS).
- Generell veiledning om utredning og behandling av barn og unge med skadelig seksuell atferd i regi av V27 (Helse Vest)
- Verktøy for risikoutredning og behandling, samt kompetanse om sinnemestring mv i regi av Kompetansesentrene for sikkerhet-, fengsels og rettspsykiatri / SIFER.no
- Nasjonalt klinisk nettverk (spesialisthelsetjenesten)

Helsetjenesten vil ha varslingsplikt til politi ved fare for alvorlig skade på person. Dersom situasjonen er akutt, vil fastlegen og øvrig helsepersonell, på lik linje med enhver annen borger, ha plikt til å søke å avverge enkelte straffbare handlinger etter loven; herunder overgrep.

La meg avslutningsvis få være helt tydelig på at jeg mener det er behov for å styrke behandlingstilbudet til overgripere og mennesker som er bekymret for at de kan komme til å begå overgrep. Samtidig er det helt avgjørende at tilbudet til denne gruppen er kunnskaps-basert, effektivt og virksomt; hvis ikke kan vi komme til å gjøre en vanskelig situasjon verre. Jeg ser derfor frem til resultatene av arbeidet som nå gjøres i Helsedirektoratet, fagmiljøene og i tjenestene for å fremskaffe et kunnskapsgrunnlag vi kan bygge fremtidige tjenester på.

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

Dokument nr. 15:192 (2017-2018)

Innlevert: 06.11.2017

Sendt: 06.11.2017

Besvart: 15.11.2017 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Nicholas Wilkinson (SV): EGN Norge AS har et helsepolitisk nettverk. Om du inviteres og betaler 15 900 kr (eksl. mva.) får du delta på de fortrolige møtene med hemmelige diskusjoner. Grappa promoteres gjennom å vise til posisjonene andre medlemmer i grappa har, og reklamerer blant annet med "personlig utvikling". På promoteringslisten over medlemmer finner vi flere ansatte i helseforetakene som vises fram i kraft av sin posisjon der.

Hva tenker helseministeren om dette, og om at deltakelsen kan være betalt av offentlige penger?

Begrunnelse

2. november sendte en representant fra EGN Norge meg en e-post der jeg ble invitert til grappa om jeg betalte 15.900 kr pluss mva. I e-posten ble det blant annet reklamert med at grappa inneholdt: Avdelingsleder fra Oslo universitetssykehus HF, flere kommunale ledere, en stortingsrepresentant, flere ledere i kommersielle helseselskaper og en sjef fra helse Fonna HF.

Videre står det:

Som du kan se av listen over er dette en meget diversifisert gruppe - det er jo nettopp i skjæringspunktet mellom organisasjoner og roller man får spennende faglige diskusjoner. Gruppen er p.t. åpen for nye deltakere. Ser dette ut om en spennende gruppe for deg? Vi diskuterer gjerne hvilke andre beslutningstakere du skulle ønske å ha med i gruppen.

Beskrivelse av nettverksgruppen

Nettverksgruppen er rettet mot ledere og beslutningstakere som jobber i det helsepolitiske felt.

Gruppen arbeider med helsepolitisk ledelse på et strategisk og operasjonelt nivå. Dette er et sted for å dele inspirasjon, lærdom og erfaring.

- Kunnskapsdeling og erfaringsutveksling i gruppen bygger på fortrolighet

- Gruppen har egen hjemmeside med kontaktdata, kalender, referater, presentasjoner, gruppe-e-postfunksjon, etc.

Prisen er høy og gjør at kun de som kan bruke 20 000 kr i året kan delta. Det står ikke om de andre deltakerne har betalt av egen lomme eller om bedriften eller den offentlige organisasjonen de representerer har betalt. Jeg håper helseministeren kan få klarhet i om helseforetakene og kommunene har brukt fellesskapets skattepenger på å betale deltakelse for disse lederne i denne gruppen.

Svar

Bent Høie: Jeg vil innledningsvis presisere at jeg som helse- og omsorgsminister har begrensede innsyns- og styringsmuligheter overfor kommunehelsetjenesten, men har fulgt opp problemstillingen i forhold til den statlig eide spesialisthelsetjenesten.

De regionale helseforetakene har informert Helse- og omsorgsdepartementet om at mange av lederne både i de regionale helseforetakene og i helseforetakene mottar invitasjoner tilsvarende den stortingsrepresentant Wilkinson refererer til i sitt spørsmål. Deres policy er imidlertid at de ikke ønsker å delta i slike nettverk.

I spørsmålet opplyses det om at EGN Norge AS i sitt promoteringsmaterieell viser til at ledere i både i Helse Fonna HF og ved Oslo universitetssykehus HF deltar i deres nettverksaktiviteter. På bakgrunn av dette har departementet bedt om at dette undersøkes nærmere av de respektive regionale helseforetakene.

Helse Vest RHF har orientert departementet om at en medarbeider i Helse Fonna HF har deltatt på ett møte i regi av EGN Norge i 2016, og at det ble betalt kroner 5 300,- i deltakeravgift til virksomheten. Medarbeideren har etter dette gitt beskjed til EGN Norge om at han ikke ønsker å delta i forumet videre, og har også bedt om at hans navn fjernes fra EGN sin nettside. EGN har i forbindelse med sin markedsføring vist til en deltakelse i 3 møter, men det medfører ifølge Helse Vest RHF ikke riktighet.

Helse Sør-Øst RHF har informert departementet om at Oslo universitetssykehus HF ikke har klart å finne den medarbeideren det vises til, og at det heller ikke har vært mulig å spore om de har dekket en utbetaling til den aktuelle virksomheten.

Verken Helse Midt-Norge RHF eller Helse Nord RHF kjenner til at noen av deres medarbeidere har deltatt på slike møter, og de har heller ikke i forbindelse med departementets henvendelse funnet registrerte kjøp fra den aktuelle virksomheten.

Jeg vil avslutningsvis understreke at jeg er svært skeptisk til slike kommersielle lukkede nettverk. Det er for så vidt interessant at mennesker fra ulike deler av helsetjenesten møtes for å utveksle erfaringer og delta i diskusjoner, men det er etter min oppfatning viktig at man har en åpenhet rundt dette. Våre helsetjenester er offentlig finansiert og det skal være en åpenhet rundt vår virksomhet. Et kommersielt "hemmelig" nettverk kan etterlate et inntrykk av at noen får tilgang til eksklusiv informasjon eller andre karrieremessige fortrinn som andre ikke får. Dette er etter min oppfatning ikke i tråd med den åpenhet og transparens vi ønsker i en offentlig finansiert helsetjeneste. Jeg er derfor glad for at samtlige regionale helseforetak har uttrykt at de er negative til deltakelse i lukkede kommersielle nettverk.

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

Besvart: 10.11.2017 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

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: Det er styret for helseforetaket som etter helseforetaksloven er ansvarlig for å ansette og eventuelt avsette administrerende direktør. Det er følgelig også opp til styret å vurdere om de har tillit til administrerende direktør. Jeg er kjent med at styret i Sørlandet sykehus HF har behandlet et mistillitsforslag mot administrerende direktør, og tar til etterretning at de har tillit til direktøren. Tilsvarende er det styret i det regionale helseforetaket, altså Helse Sør-Øst RHF, som oppnevner styremedlemmer, herunder leder og nestleder, for helseforetakene de eier. For øvrig vil jeg vise til at forvaltningslovens habilitetsbestemmelser også gjelder for helseforetakene. I forbindelse med Stortingets behandling av Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019) våren 2016, ble det vedtatt at alle helseforetakene skal utarbeide utviklingsplaner i tråd med veileder for utviklingsplaner, med en tidshorisonnt fram mot 2035. Det skal også utarbeides regionale utviklingsplaner som skal være grunnlag for neste nasjonale helse- og sykehusplan. Sørlandet sykehus HF arbeider nå med et høringsdokument for utviklingsplanen. Det skal behandles i styremøte 16. november, før det etter planen skal sendes på høring i perioden 1. desember 2017 til 1. mars 2018. Jeg har merket meg at det i forbindelse med arbeidet med utviklingsplanen er diskusjoner om funksjons- og oppgavefordeling mellom sykehusene på Sørlandet. Dette er viktige prosesser for å sikre god organisering og oppgavefordeling, slik at befolkningen på Sørlandet får et godt og robust tjenestetilbud som tilfredsstiller kravene til kvalitet og pasientsikkerhet.

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

Dokument nr. 15:172 (2017-2018)

Innlevert: 02.11.2017 Sendt: 03.11.2017

Besvart: 17.11.2017 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

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: Helse Sør-Øst RHF har informert departementet om at den eksisterende infrastrukturen i regionen har store mangler, og at det er helt nødvendig å gjennomføre en standardisering og modernisering for å sikre en trygg og sikker drift fremover. En modernisering vil uansett valg av gjennomføringsmodell måtte skje i samarbeid med leverandørmarkedet.

Da IKT-infrastrukturmoderniseringen ble stilt i bero ble det nødvendig for Sykehuspartner HF å overføre økonomiske midler fra det som ellers ville vært utbetalinger i henhold til kontrakt til den eksterne leverandøren, til investeringer i egen regi for å sikre trygg og stabil drift.

Ifølge Helse Sør-Øst RHF gjennomføres det nå en nødvendig replanlegging av hele programmet for modernisering av IKT-infrastruktur. De kostnader som har påløpt fra avtaleinngåelse i oktober 2016, vil i stor utstrekning kunne gjenbrukes dersom samarbeidet med den eksterne leverandøren videreføres, men i mindre grad kunne gjenbrukes dersom avtalen termineres.

Det gjennomføres også viktige tiltak i regi av Sykehuspartner HF for å forsterke informasjonssikkerhet og tilgangsstyring. Dette er viktige tiltak uavhengig av om avtalen videreføres eller termineres, og skjer nå dels i egen regi og dels ved bruk av leverandørmarkedet.

Helse Sør-Øst RHF opplyser at det ikke vil påløpe ekstra gebyrer for å komme ut av avtalen, men man må dekke påløpte kostnader hos leverandør. Påløpte kostnader vil være gjenstand for vurderinger med hensyn til grad av gjenbruk av investeringer i et annet gjennomførings-alternativ, både i form av dokumenterte planer, hardware og software. Det er således ikke mulig per i dag å si hva som vil bli de reelle kostnadene dersom avtalen skulle bli sagt opp.

Helse Sør-Øst RHF har ellers informert departementet om at det nå pågår forhandlinger med eksterne leverandør, og det vil kunne svekke forhandlingsposisjonen dersom man nå går ut med detaljer, herunder økonomiske beløp, knyttet til forhandlingene.

Jeg vil avslutningsvis gjøre oppmerksom på at Datatilsynet foreløpig kun har kommet med et varsel om vedtak om overtredelsesgebyr. Helseforetakene er gitt en frist for å melde sine eventuelle merknader innen 24. november i år.

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

Dokument nr. 15:162 (2017-2018)

Innlevert: 31.10.2017 Sendt: 01.11.2017

Besvart: 17.11.2017 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

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 hels norge.

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: For å kunne gi befolkningen tilgang til moderne helsetjenester med den kvaliteten vi ønsker, er helsetjenesten helt avhengig av et samarbeid med private leverandører av både IKT-løsninger og medisinsk-teknisk utstyr. Dette samarbeidet krever at man har systemer for å kunne håndtere blant annet sensitiv pasientinformasjon, siden mange av disse teknologiske løsningene vil inneholde slik informasjon. Jeg har som kjent bedt Direktoratet for e-helse om å utvikle en god og felles forståelse av hva som skal til for en trygg og riktig bruk av både nasjonale og internasjonale leverandører, enten det er bruk av ulik teknologi eller leveranse av drift av IKT-løsninger. Arbeidet skal skje i samarbeid med sentrale kompetansemiljøer, fagorganisasjoner, tillitsvalgte og brukerorganisasjoner. Direktoratet har også blitt bedt om å samarbeide med Nasjonal sikkerhetsmyndighet (NSM) i dette arbeidet. Som representanten Wilkinson er inne på, så ligger det utfordringer knyttet til både lovverk og sikkerhetspolitiske forhold i samarbeidet med utenlandske leverandører. Det er viktig å få klarhet i disse forholdene for å få et helhetlig bilde av situasjonen knyttet til bruk av utenlandske leverandører. Direktoratet for e-helse vil levere på oppdraget innen 1. desember i år.

I brev fra stortingsrepresentantene Wilkinson og Toppe av 30. oktober i år, ble jeg oppfordret til å komme til Stortinget for å redegjøre om sak om tilgangsstyring og informasjonssikkerhet i Helse Sør-Øst. I mitt svarbrev av 14. november i år fremgår det at jeg er positiv til en slik redegjørelse i Stortinget. Tidspunkt og form er per i dag ikke klarlagt.

I ovennevnte spørsmål til skriftlig besvarelse åpner representanten Wilkinson for at jeg kan komme tilbake til svar på spørsmålet i forbindelse med nevnte redegjørelse. Jeg mener det vil være en hensiktsmessig måte å få frem det totale bildet knyttet til tilgangsstyring i spesialisthelsetjenesten, herunder tilganger for utenlandske leverandører. Det er etter min oppfatning også nyttig å se dette bildet i sammenheng med Direktoratet for e-helse sitt svar på ovennevnte oppdrag.

Link til regjeringens side – spørsmål til skriftlig besvarelse:

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