

Saksframlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret Helse Sør-Øst RHF	1. februar 2018

SAK NR 017-2018

ORIENTERINGSSAK: DRIFTSORIENTERINGER FRA ADMINISTRERENDE DIREKTØR

Forslag til vedtak:

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Oslo, 25. januar 2018

Cathrine M. Lofthus
administrerende direktør

1. Datainnbrudd i Helse Sør-Øst

Helse Sør-Øst RHF har blitt utsatt for et omfattende datainnbrudd. Det har vært tett dialog med alle helseforetakene om situasjonen, og det er så langt ikke noe som tyder på at innbruddet har hatt konsekvenser for pasientbehandling, pasientsikkerhet eller at pasientdata har kommet på avveie, men det er for tidlig å konkludere. Datainnbruddet er gjennomført av en avansert og profesjonell aktør. Hendelsen er politianmeldt av Sykehuspartner HF og er nå under etterforskning av Politiets sikkerhetstjeneste (PST).

En kort oppsummering av hendelsesforløpet så langt:

- Mandag 8. januar ble Sykehuspartner HF varslet av Norsk Helsenett om at det pågikk unormal aktivitet mot datasystemer i Helse Sør-Øst. Norsk Helsenett er den nasjonale leverandøren av IKT-infrastruktur i helsesektoren og er også overvåkningsmyndighet for trafikken i helsenettet.
- Tirsdag 9. januar varslet Helse Sør-Øst RHF Helse- og omsorgsdepartementet om datainnbruddet. Sykehuspartner HF gikk i beredskap og det ble raskt opprettet kontakt med Norsk Helsenett og Nasjonal sikkerhetsmyndighet (NSM).
- Lørdag 13. januar avdekket undersøkelsene ny informasjon om alvorligheten i angrepet og da gikk også Helse Sør-Øst RHF i beredskap. Helse- og omsorgsdepartementet har, i tråd med Nasjonal beredskapsplan, delegert nasjonal koordinering av helse- og omsorgssektorens innsats for å håndtere hendelsen til Helsedirektoratet. Datainnbruddet ble søndag 14. januar politianmeldt av Sykehuspartner HF og formell etterforskning ble innledet av PST.
- Alle tilgjengelige og relevante ressurser bistår Helse Sør-Øst RHF og Sykehuspartner HF. Arbeidet er koordinert gjennom Felles Cyberkoordineringssenter (FCKS), som består av Nasjonal sikkerhetsmyndighet (NSM), Politiets sikkerhetstjeneste (PST), Etterretningstjenesten og Kripos.
- Sykehuspartner har sammen med NSM/NorCERT og Norsk Helsenett/HelseCERT gjort et omfattende arbeid for å analysere situasjonen og gjennomføre tiltak. Dette arbeidet vil fortsette fremover.
- PST har understreket alvorret i hendelsen og etterforsker hendelsen som mulig brudd på straffeloven § 121 *Etterretningsvirksomhet mot statsbemmeligheter*. Dette innebærer at det er mistanke om at noen til fordel for en fremmed stat samler inn opplysninger som, hvis de blir kjent for en slik stat eller for øvrig avsløres, kan skade grunnleggende nasjonale interesser som gjelder samfunnets infrastruktur, som eksempelvis opplysninger om helseberedskap. PST har gitt etterforskningen høy prioritet.
- Analysearbeidet for å avdekke hvor angriper har vært og hva som er gjort, vil fortsette. Det arbeides også for å sikre at driften kan fortsette så uforstyrret som mulig.
- Helse Sør-Øst RHF har hele tiden hatt en tett dialog med helseforetakene om situasjonen. Et viktig ledd i informasjonsutvekslingen er å holde direktørene og informasjonssikkerhetslederne så oppdatert som mulig om situasjonen. Det er viktig at arbeidet fortsetter, og Sykehuspartner HF har tett dialog med eier slik at de har de fullmaktene de trenger for å iverksette tiltak. Helseforetakene har på sin side iverksatt en rekke tiltak for å sikre driften og sikkerheten.

- Det gjøres løpende vurderinger av risiko for negative konsekvenser av angrepet opp mot de ulempene tiltak som iverksettes kan ha for ansatte og drift i helseforetakene. Det vil kunne bli nødvendig å gjennomføre tiltak som av ansatte kan oppleves å påvirke deres arbeidssituasjon. Sykehuspartner HF har derfor etablert rutiner for å holde helseforetakene oppdatert på hvilke tiltak som iverksettes.
- Alle ansatte i Helse Sør-Øst har fått informasjon om konkrete forhold de må være oppmerksom på i bruken av IKT-systemene. Det er også gitt meldinger om at alle uvanlige hendelser som er knyttet til stabilitet eller funksjonalitet må meldes til egen IKT-avdeling eller Sykehuspartner HF.
- Denne hendelsen viser viktigheten av arbeidet med personvern og informasjonssikkerhet og viktigheten av oppgradering og standardisering av IKT-infrastrukturen i regionen.

2. Informasjon om tildeling i anskaffelsen innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Borgestadklinikken sa i 2016 opp avtalen med Helse Sør-Øst RHF. Det er på denne bakgrunn gjennomført en åpne anbudskonkurranse etter lov om offentlige anskaffelser. Helse Sør-Øst RHF har nå gitt Borgestadklinikken, Tyrilistiftelsen, Manifestsenteret og Skjelfoss psykiatriske senter, som alle er private ideelle virksomheter, tilbud om avtale. Den totale rammen for anskaffelsen er 257 millioner kroner, hvilket innebærer at Helse Sør-Øst RHF gjennom anskaffelsen øker den økonomiske rammen for kjøp hos private avtaleparter med 21 mill. kroner. I tillegg bygges det opp en avrusningsavdeling på Sykehuset Telemark HF.

Samlet omfatter avtalen kjøp av 100 døgnplasser ved lokalisasjoner i henholdsvis Hobøl, Røyken, Skien og Arendal, samt 5065 polikliniske konsultasjoner i Skien. Dette er en nedgang på 18 døgnplasser selv om det etableres 10 nye avrusningsplasser ved Sykehuset Telemark. Det er imidlertid lagt økt vekt på helhetlige og integrerte behandlingsforløp hvor både utredning og enklere avrusnings- og abstinensbehandling inngår. På bakgrunn av dette kan man ikke vurdere kapasitet kun ved å telle antall plasser.

Helse Sør-Øst RHF opprettholder avrusningskapasiteten i regionen gjennom den nye anskaffelsen. Avrusning har ikke vært utlyst som en selvstendig delytelse i anskaffelsen, men inngår i de fire delytelsene om døgnbehandling. Dette sikrer avrusning som en del av alle pasientforløp. I henhold til nasjonal faglig retningslinje for avrusning kan avrusning foregå på flere nivåer avhengig av kompleksiteten. De fleste pasienter som skal innlegges i døgnenhet opplever ikke komplikasjoner under avrusning. Kunnskap om og kompetanse i enklere avrusning- og abstinensbehandling bør således være et tilbud i døgninstitusjoner og dette er også tilfelle hos flere leverandører i dag. Dette er et viktig grep for å sikre helhetlige og sømløse pasientforløp hos private leverandører slik at pasientene slipper overføringer fra en institusjon til en annen og dermed avbrudd i pasientforløpet.

Videre skal alle helseforetak i regionen ha tilbud om avrusning med høy medisinskfaglig kompetanse og med tilgang til medisinske støttetjenester og spesialistkompetanse i somatikk og psykisk helsevern. Dette er en av basistjenestene i TSB. På oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF bygger derfor Telemark sykehus HF opp en avrusningsenhet med 10 døgnplasser i tilknytning til dagens akutt plasser.

Utredning har heller ikke vært utlyst som egen delytelse da Helse Sør-Øst RHF forutsetter at all behandling som iverksettes for pasienter i TSB baserer seg på spesialistutredning av pasientens behandlingsbehov. Det vil for mange pasienter være en fordel at utredning og behandling skjer innenfor samme behandlingsramme og uten overganger mellom enheter slik at det skapes brudd i pasientforløpet. Helse Sør-Øst RHF har derfor innarbeidet kravet om utredningskompetanse i konkurransegrunnlaget og også vektlagt dette i evalueringen av de innkomne tilbudene slik at den samlede utredningskapasiteten i regionen opprettholdes.

Økningen i ressursbruken sammenlignet med dagens avtale gir økt kvalitet på tilbudene og et bedre tilbud til de pasientgruppene hvor det er lengst ventelister, slik som pasienter med både ruslidelser og psykisk lidelser.

Det er gitt tilbud om å kjøpe fullt ut det tilbudte volum fra Blå Kors Borgestadklinikken i Skien og det legges inn betydelige midler til økt kvalitet på disse behandlingstilbudene, noe som legger forholdene godt til rette for gode og effektive behandlingsforløp. Borgestadklinikken har i dag tilbud til ruspasienter ved institusjonens lokalisasjoner på Loland og Bragernes i Drammen - i tillegg til i Skien. De tilbudene Borgestadklinikken innga for lokalisasjonene i Loland og Bragernes, nådde ikke opp i konkurransen. Helse Sør-Øst RHF vil inngå en avtale med Borgestadklinikken om hvordan pasienter og ansatte ved disse lokalisasjonene skal ivaretas.

Gjennomsnittlig ventetid for tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Sør-Øst var ved siste rapportering i november på 33 dager. Det er 12 dager kortere enn målkravet satt av styret og 27 dager kortere enn målkravet satt av Helse- og omsorgsdepartementet. I Helse Sør-Øst har det vært en betydelig reduksjon i ventetidene for mange av behandlingstilbudene etter at det ble gjennomført en avtaleutvidelse og en tilleggsanskaffelse i 2014 med kjøp av om lag 140 nye døgnplasser. Det for øvrig tilsammen 1140 døgnplasser i Helse Sør-Øst innen TSB hvor av 730 kjøpes av private avtaleparter.

3. Om fedmekirurgi i sykehusområdet Telemark/Vestfold

Sykehuset Telemark HF etablerte på eget initiativ et behandlingstilbud for fedmekirurgi høsten 2017 og hadde per desember 2017 utført et lite antall operasjoner. Saken ble tatt opp med Helse Sør-Øst RHF av Sykehuset i Vestfold HF, som har driftsansvar for ett av to sentre for sykkelig overvekt i regionen. Det andre senteret er lokalisert ved Oslo universitetssykehus HF.

I *Oppdrag og bestilling* har Helse Sør-Øst RHF på bakgrunn av behovsvurderinger gitt oppdrag til Sykehuset i Vestfold, Sørlandet sykehus, Oslo universitetssykehus, Sykehuset Innlandet, Vestre Viken og Sykehuset Østfold om å etablere tilbud om fedmekirurgi som dekker regionens behov for fedmekirurgi.

Til og med 2013 ble antall operasjoner fastsatt, men fra 2014 er ikke antall operasjoner tallfestet. Følgende formulering er tatt inn i *Oppdrag og bestilling*:

Sørlandet sykehus, Sykehuset Innlandet, Vestre Viken, Bærum sykehus, Sykehuset i Vestfold, Oslo universitetssykehus og Sykehuset Østfold viderefører en kapasitet innen fedmekirurgi som sikrer en fortsatt positiv utvikling i ventetider.

Senter for sykkelig overvekt ved Oslo universitetssykehus og Senter for sykkelig overvekt ved Sykehuset i Vestfold skal involveres i prosesser hvor det vurderes å etablere nye tilbud innen fedmekirurgi, da de har utviklet en særskilt kompetanse innen fedmekirurgi etter oppstarten i 2004.

Det er ikke utført en oppdatert behovsanalyse for fedmekirurgi i regionen, men ventetidene til utredning og behandling for denne pasientgruppen, som er oppgitt på Helsenorge.no, tyder ikke på underkapasitet i Helse Sør-Øst. Ventetiden til utredning og behandling ved Sykehuset i Vestfold er blant de korteste i Helse Sør-Øst (per november 8 uker til utredning – 8 uker til operasjon). Det er i overensstemmelse med kravet i prioriteringsveilederen, noe som tyder på at kapasiteten i sykehusområdet Vestfold/Telemark er tilstrekkelig. Sykehuset i Vestfold oppgir for øvrig at de ved behov enkelt kan øke operasjonsaktiviteten med 30 prosent.

Når det gjelder kvalitetskrav til fedmekirurgi, er det som hyppigst angis at hver enkelt kirurg bør gjennomføre minst 50 inngrep/år og at sentervolumet bør være på minst 100 inngrep pr år. I tillegg må helseforetakene ha et godt behandlingsopplegg for pasientene både før og etter fedmekirurgi. Helseforetak som har tilbud om fedmekirurgi bør derfor ha tilstrekkelig pasientgrunnlag som sikrer kvalitet og gjør det mulig å ivareta andre lovpålagte oppgaver som opplæring og forskning. Basert på opplysninger fra Sykehuset Telemark vil volumene ligge under disse anbefalte minstevolum for fedmekirurgi.

Etablering av fedmekirurgi i Sykehuset Telemark vil redusere pasientgrunnlaget for Senter for sykkelig overvekt ved Sykehuset i Vestfold. Helse Sør-Øst RHF og Sykehuset i Vestfold mener det er viktig å sikre et tilstrekkelig pasientgrunnlag til senteret i Vestfold. Dette for å opprettholde kvalitet og sikre et robust fagmiljø som kan drive fagutvikling og forskning. Fagmiljøet ved Sykehuset i Vestfold har utmerket seg nasjonalt og internasjonalt som et ledende miljø når det gjelder forskning om sykkelig overvekt og kvalitetssikring av behandlingen. Senteret har en bred portefølje av prosjekter og forskere ved senteret fikk nylig publisert en artikkel i det verdensledende medisinske tidsskriftet JAMA om langtidseffekter etter kirurgisk behandling.

Etter møter med ledelsen i Sykehuset Telemark og Sykehuset i Vestfold har Helse Sør-Øst RHF gitt uttrykk for at fedmekirurgitilbudet i regionen skal videreføres ved de helseforetak som i dag har etablert tilbudet og at det derfor ikke skal tilbys fedmekirurgisk behandlingstilbud ved Sykehuset Telemark.

4. Revisjon av forvaltningsstrategien for kjøp av elektrisk energi og prosess for kjøp av elektrisk energi til helseforetaksgruppen Helse Sør-Øst

Helse Sør-Øst har siden 2003 kjøpt elektrisk energi på børs. Det har vært ulike strategier for opphandling, en i perioden 2003-2007, en fra 2008 til 2012 og den siste i perioden 2013 frem til og med 2018. Eksisterende strategi er besluttet i styresak 015-2012 - *Kjøp av elektrisk energi i Helse Sør-Øst*. Kjøp av elektrisk energi er også omtalt i Finansstrategien for Helse Sør-Øst (sist revidert i styresak 028-2017).

Nåværende avtale om porteføljeforvaltning og kjøp av elektrisk energi er gjeldende fra 1.1.2013 og løper ut 2018. I denne inngår finansiell sikring, risikostyring, rådgiving, administrative tjenester m.m. Kontraktspartner er Kinect Energy Group (tidligere Bergen Energi).

Sykehusinnkjøp HF (den gang HINAS) gjennomførte i 2015 en prosess for kategorisering av ulike anskaffelser der elektrisk energi inngår. Sykehusinnkjøp HF er nå engasjert til å lede en prosess for inngåelse av ny avtale. De tre andre RHFene er invitert til å delta i anskaffelsen. Det etableres en nasjonal prosjektgruppe med representanter fra alle regioner og en egen arbeidsgruppe i Helse Sør-Øst med representanter fra alle helseforetak og konserntillitsvalgte.

Det legges opp til at hvert RHF kan velge sin egen strategi. Alternative strategier skal være utredet innen april 2018 og vil deretter bli lagt frem for styret. Ny avtale planlegges ferdig signert i løpet av oktober 2018.

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

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

Skriftlig spørsmål fra Tellef Inge Mørland (A) til helse- og omsorgsministeren
Dokument nr. 15:718 (2017-2018)
Innlevert: 16.01.2018 Sendt: 17.01.2018
Besvart: 23.01.2018 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Tellef Inge Mørland (A): Vil statsråden sørge for at folk får tilgang på de legemidlene de trenger, når de trenger det, og hvordan vil han i så fall sikre dette?

Begrunnelse

VG hadde 15.januar et oppslag der de viser til at det aldri før har vært større medisinmangel i Norge. På ett år har legemiddelmangelen ved norske sykehus og apotek økt med 87 %. I 2017 var det tomt for 358 ulike medisiner i Norge. Mangelsenteret ved Oslo Universitetssykehus opplyser at det de siste årene har oppstått flere kritiske og langvarige mangelsituasjoner. I forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet for jul, viste flertallet i helse- og omsorgskomiteen til Meld. St. 28 (2014-2015) Legemiddelmeldingen, der Stortinget vedtok en overordnet målsetting om «likeverdig og rask tilgang til legemidler». Det er svært bekymringsfullt at man nå har betydelige og også økende utfordringer med å oppfylle dette målet.

Svar

Bent Høie: Vi ser med bekymring på det stadig økende antall tilfeller med legemiddelmangel. De fleste tilfeller skyldes forhold utenfor Norge. Det betyr at årsakene ofte er knyttet til forhold Norge har liten kontroll over. Arbeidet med å minske problemet kan deles i to: Et nasjonalt system som i størst mulig grad kan avhjelpe de mangelsituasjoner som oppstår i Norge og internasjonalt samarbeid for å redusere antallet mangelsituasjoner i Europa. Når det gjelder nasjonalt arbeid med legemiddelmangel ligger Norge godt an. Det er etablert et effektivt samarbeid mellom Statens legemiddelverk, Helseforetakene, apotekene, og legemiddelgrossistene for å skaffe norske pasienter de legemidlene de trenger. Så langt har det vært få

tilfeller der pasienter ikke har kunnet få en tilfredsstillende behandling. På den annen side vil et hvert tilfelle av legemiddelmangel som medfører at pasienter må bytte legemiddel eller at helsepersonell må endre rutiner føre til usikkerhet og merarbeid. Legemiddelmangel kan føre til redusert pasientsikkerhet og økte kostnader.

Når det gjelder internasjonalt arbeid mot legemiddelmangel deltar Norge deltar aktivt i EUs arbeid på dette området. Det er opprettet en egen «Task force» som skal arbeide med tiltak for å begrense legemiddelmangel i Europa. Det diskuteres både hvordan man kan få et bedre system for varslings av legemiddelmangel og tiltak som bidrar til at alle de legemidlene vi trenger er godkjente og tilgjengelige i Europa. Norge er nesten fullstendig avhengig av legemiddelimport fra utlandet, og løsningen på problemet med legemiddelmangel vil først og fremst være bedre internasjonalt samarbeid.

Den vanligste årsakene til mangelsituasjoner er at legemiddelindustrien har produksjonsproblemer. Produksjonsproblemer utgjorde 37% av mangelsituasjonene i 2017, omtrent det samme som i 2016. Andre årsaker var økt salg og manglende forsyning.

De fleste tilfeller av mangelsituasjoner blir avhjulpet ved at pasientene får tilsvarende medisin fra produsenter (63% av tilfellene) eller at man tar i bruk pakninger beregnet for andre land (12%) eller ved skifte til andre legemidler (17%) med samme behandlingmessige virkning.

Statens Legemiddelverk har en viktig rolle i å overvåke og føre tilsyn med forsyningen av legemidler i Norge. Legemiddelverket setter også i gang tiltak når legemiddelmangel oppstår. Informasjon til leger, pasienter og apotek med råd om alternativ behandling, tillatelse til salg av utenlandske pakninger uten søknad om spesielt godkjenningss fritak og refusjon for utenlandske pakninger. Tidlig varslings om legemiddelmangel er meget viktig slik at det er tid til å finne gode løsninger. Regjeringen vurderer om det skal innføres overtredelsesgebyr for å innskjerpe oppfølgingen av plikten til å varsle mangler. Vi ser også på eventuelt behov for regelverksendringer for å kunne håndtere rasjonering og prioritering ved truende eller etablert svikt i legemiddelforsyningen.

Det er opprettet et uformelt Nordisk legemiddelforum, i regi av innkjøpsorganisasjoner og etater. Forumet har etablert flere arbeidsgrupper, hvor leveringssikkerhet er hovedtema for en av arbeidsgruppene. Denne arbeidsgruppen har blant annet sett på handelsbarrierer mellom landene og hvordan man kan finne løsninger på legemiddelmangel i Norden. Statens legemiddelverk, Helsedirektoratet og Sykehusinnkjøp HF deltar i disse initiativene.

Under Norges formannskap i Nordisk Ministerråd i 2017 ble det avholdt et møte med representanter for de nordiske legemiddelmyndighetene for å diskutere legemiddelmangel. Norge arbeider for at samarbeidet mellom de nordiske myndighetene blir videreført i 2018.

Som det er gjort rede for i Meld. St. 28 (2014-2015) Legemiddelmeldingen, har Regjeringen de senere årene satt i verk en rekke nasjonale tiltak for å beskytte norske pasienter mot en økende tendens til legemiddelmangel. I lys av det stadig økende antall tilfeller med legemiddelmangel, har jeg i tildelingsbrevene for 2018 gitt Helsedirektoratet, i samarbeid med Statens Legemiddelverk og de regionale helseforetakene, i oppdrag å foreta en ny gjennomgang av legemiddelberedskapen.

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

Dokument nr. 15:683 (2017-2018)

Innlevert: 11.01.2018 Sendt: 12.01.2018

Besvart: 22.01.2018 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Kjersti Toppe (Sp): Vil statsråden sikre at det kan opprettes desentraliserte røntgentilbud i lokalmedisinske sentra og sørge for at helseforetakene kan gi kommunene tilbud om bruk av mobilt røntgenapparat, for eksempel på sykehjem, og vil statsråden endre finansieringen av ambulante tilbud og instruere helseforetakene til å i mye større grad yte desentraliserte og ambulante radiologitjenester?

Begrunnelse

Spørsmålsstiller er gjort kjent med at det er problem for samarbeidende kommuner som etablerer lokalmedisinske sentre/helsesentre, å få helseforetakene til å tilby ambulante og desentraliserte røntgentjenester. Dette gjelder i dag for samarbeidende kommuner vest for Bergen (Fjell) og nord for Bergen (Lindås), der det begge steder skal etableres nye lokalmedisinsk sentra/helsehus. Det er ikke kjent for undertegnede hvorfor det er motstand i systemet på dette området. Men for pasientene vil

desentralisering av radiologiske tilbud klart være et veldig godt tilbud å ha, først og fremst for å avklare om det er bruddskade eller ikke.

Mobilt røntgentilbud er også et godt tilbud å ha, særlig i byer/større tettsteder der det er rimelig kort avstand fra radiologisk avdelinger og ut til institusjoner. Men også her opplever mange kommuner at det er vanskelig å få på plass, fordi ambulante tjenester ikke lønner seg like godt for helseforetakene.

Svar

Bent Høie: De regionale helseforetakene skal etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon, herunder bl.a. radiologiske tjenester. Tilbudet av polikliniske radiologiske tjenester ytes dels fra sykehusene og dels fra de private røntgeninstituttene som har inngått kjøpsavtale med de regionale helseforetakene.

Mobile røntgentjenester er opprettet ved flere sykehus, herunder Haraldsplass Diakonale Sykehus, og det er inngått avtaler med aktuelle kommuner om drift av tilbudet. Det er bl.a. personer som bor på sykehjem som er målgruppen for slike tilbud. Et mobilt røntgentilbud fordrer en viss befolkningstetthet da det alltid vil være aktuelt å vurdere helsetjenesters nytte opp mot kostnadene. Den aktivitetsbaserte finansieringen av mobile røntgentilbud er tilsvarende den finansiering som gis dersom undersøkelsene foretas ved institusjon.

Beslutningen om opprettelse og lokalisering av det enkelte tjenestetilbud tilligger det regionale helseforetaket og sykehusene. Helse Vests vurdering er at de eksisterende tilbudene av radiologiske tjenester i regionen er hensiktsmessig ut fra reiseavstander, hvem som har problemer med forflytning og ressursbruk til radiologi gitt andre oppgaver som også skal løses.

Skriftlig spørsmål fra Bjørnar Moxnes (R) til helse- og omsorgsministeren

Dokument nr. 15:680 (2017-2018)

Innlevert: 11.01.2018 Sendt: 12.01.2018

Besvart: 23.01.2018 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Bjørnar Moxnes (R): En gjennomgang fra Norsk hjerneslagregister, gjengitt i VG, viser hvilke sykehus i Norge som gir hjerneinnfarkstrammede raskest hjelp. VGs oversikt viser at andelen pasienter med hjerneslag som blir innlagt innen fire timer, varierer sterkt, med et landsgjennomsnitt på 42,1 prosent. Alle sykehusene i Oslo ligger betydelig under dette.

Hvordan vil helseministeren sikre en forsvarlig behandling for innbyggere som rammes av hjerneslag, og hvordan vil han følge opp HSØ-rapporten om akutt og subakutt behandling av hjerneslag?

Begrunnelse

Ved hjerneslag er det avgjørende at pasientene kommer raskest mulig til behandling. Hjerneceller som ikke får blodtilførsel dør etter rundt fem minutter. Får cellene noe blodtilførsel kan de klare seg i noen timer. Slag skiller seg fra de aller fleste andre medisinske tilstander ved at prognosen for videre liv avgjøres i løpet av de første timene

I dag er imidlertid ansvaret for akutt diagnostikk og behandling av hjerneslag i Oslo delt mellom fem ulike sykehus: Akershus universitetssykehus (Ahus), Oslo universitetssykehus (OUS) Ullevål, OUS Rikshospitalet, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus.

Pasienter bosatt i Groruddalen sendes med ambulanse til Ahus, mens pasienter fra øvrige deler av byen sendes til OUS Ullevål hvis det har gått mindre enn fire og en halv time fra symptomdebut. Er sykehistorien på mer enn fire og en halv time sendes man til sitt lokalsykehus. Men hvis undersøkelsen på Ahus, Ullevål, Lovisenberg eller Diakonhjemmet viser at det er en stor blodpropp i hjernen, så må en ny ambulanse bestilles og pasienten transporteres til Rikshospitalet. I denne «runddansen» tapes millioner av hjerneceller og verdifull livskvalitet.

I 2016 kom Helse Sør-Øst (HSØ) med rapporten om akutt og subakutt behandling av hjerneslag. I rapporten foreslår utvalgsleder, overlege Christian Georg Lund og øvrige medlemmer å opprette Oslo Slagsenter; «en dør inn, flere dører ut».

Målet er å samle all diagnostikk og initial behandling på ett fysisk sted for å sikre at alle pasienter får lik tilgang til eksakt diagnostikk og eventuelt trombolyse (blodproppløsende middel) og/eller

trombektomi (blodproppfisking) så raskt som mulig. Modellen følger slagenhetskonseptet ved at de pasientene som har behov for videre behandling og rehabilitering får det nær sitt bosted. Etter hva denne representanten kjenner til har denne rapporten ikke blitt fulgt opp av verken helseministeren, Helse Sør-Øst eller Oslo Universitetssykehus.

Svar

Bent Høie: Årlig får 12 000 mennesker hjerneslag i Norge. God slagbehandling er avgjørende for overlevelse og for et godt liv etter hjerneslaget. I desember 2017 lanserte derfor Helsedirektoratet pakkeforløp for hjerneslag og la frem revidert nasjonal faglig retningslinje for hjerneslag. Akuttbehandlingen er viktig, fordi prognosen forverrer seg raskt hvis det går lang tid før behandling igangsettes, slik representanten Moxnes også sier i sin begrunnelse for spørsmålet. Helse- og omsorgsdepartementet ba 12. januar 2018 Helse Sør- Øst RHF redegjøre for oppfølgingen av rapporten om akutt og subakutt behandling av hjerneslag i Helse Sør-Øst, som representanten viser til.

Helse Sør-Øst RHF skriver i sitt svar:

"Anbefalingene fra rapporten er lagt inn som en føring for helseforetakenes videre arbeid med utviklingsplaner. Styret i Helse Sør-Øst har 2. februar 2017 (sak 008-2017) sluttet seg til denne føringen. Oslo universitetssykehus har frist 1.5 2018 med å levere en slik utviklingsplan. Vi er kjent med at Oslo universitetssykehus i 2017 etablerte en bredt sammensatt arbeidsgruppe som har gjennomgått håndteringen av pasienter med hjerneslag ved Oslo universitetssykehus. Gruppen har nylig ferdigstilt en rapport som konkluderer med at dagens manglende samlokalisering og fordeling mellom klinikker representerer en risiko i pasientbehandlingen. Oslo universitetssykehus erkjenner at slagbehandlingen har forbedringspotensialer og har identifisert en rekke tiltak for raskt å forbedre slagbehandling ved Oslo universitetssykehus, i påvente av en samlokalisering av behandlingstilbudet".

Helse Sør- Øst informerer videre om at rapporten fra Oslo universitetssykehus anbefaler at alle pasienter skal innlegges på akuttmottaket på Ullevål for diagnostikk og akuttbehandling. På Ullevål vil videre behandling bli avklart, inkludert blodproppløsende behandling (trombolyse) og blodproppfisking (trombektomi). Hvis det er nødvendig med trombektomi, skisserer rapporten tre muligheter: Rask internttransport til Rikshospitalet for behandling, eller etablering av mobilt team som reiser til Ullevål for å behandle pasienten der, eller opprettelse av egen trombektomivirksomhet på Ullevål.

Jeg er opptatt av at det sikres rask fremdrift i arbeidet med å etablere bedre løsninger for pasienter med hjerneslag i Oslo universitetssykehus. Jeg vil i den forbindelse vise til Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten og virksomhetens plikt til å sørge for korrigerende tiltak som bidrar til at helse- og omsorgslovgivningen etterleves, inkludert faglig forsvarlige tjenester, og at systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet gjennomføres.

Jeg vil forsikre meg om at Helse Sør- Øst RHF sørger for at de føringer som er lagt av styret i Helse Sør-Øst i vedtak 2. februar 2017 blir fulgt opp.

Skriftlig spørsmål fra Ole André Myhrvold (Sp) til helse- og omsorgsministeren

Dokument nr. 15:679 (2017-2018)

Innlevert: 11.01.2018

Sendt: 11.01.2018

Besvart: 23.01.2018 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Ole André Myhrvold (Sp): Hvordan mener statsråden at situasjonen ved Sykehuset Østfold Kalnes harmonerer med sin egen nullvisjon for korridorpasienter og hva vil statsråden gjøre for å bedre kapasiteten ved sykehuset?

Begrunnelse

8. januar hadde Fredriksstad Blad en sak om korridorpasienter ved Sykehuset Østfold Kalnes. Ord som "kaos" og "unntakstilstand" ble bruk av anonyme ansatte ved sykehuset. Ifølge artikkelen var det onsdag 3. januar 42 korridorpasienter på et sykehus som er bygd for ikke å ha pasienter liggende på

korridoren i det hele tatt. 9. januar hevdet leder av Sykepleierforbundet i Østfold i samme avis at tidligere grense på antall korridorpatienter per avdeling er bestemt økt fra fem til ti.

Svar

Bent Høie: Helse Sør-Øst har innhentet en redegjørelse fra Sykehuset Østfold om saken. Sykehuset Østfold skriver:

«Situasjonsbeskrivelse

I 2017 hadde Sykehuset Østfold i snitt 10,6 pasientopphold på korridor i døgnet. Desember hadde sykehuset i snitt 14,9 opphold på korridor i døgnet. I første halvdel av januar har belegget økt ytterligere til i snitt 18,4 opphold på korridor i døgnet. Økningen i desember og januar skyldes primært en økt tilstrømning av pasienter til sykehuset. I siste del av perioden har det vært flere pasienter med influensa eller influensasymptomer. Kaldt og fuktig vær har også gitt luftveisinfeksjoner, andre infeksjoner og mange pasienter med bruddskader. I uke 1 ble flere pasienter skrevet inn enn ut med overbelegg som resultat. I uke to er flere pasienter skrevet ut enn inn, og situasjonen er noe bedre. Siden influensasasjonen trolig ikke har nådd toppen, er det forventet med fortsatt høyt press mot sykehuset noen uker til

Onsdag 3. januar kom 141 pasienter til akuttmottaket på SØ. Det er langt mer enn en normal onsdag. Det resulterte i 32 pasienter på korridor neste dag. På det meste har det vært 43 pasienter på korridor. Sykehuset Østfold Kalnes har 303 senger for somatiske pasienter.

Sykehusledelsen forbereder hvert år tiltak for influensasasjonen. Selv om vi ikke kjenner tidspunktet for når influensapasientene kommer, ønsker vi å være godt forberedt og forhindre at sykehuset må gå i beredskap på grunn av økt pasienttilstrømning. Korridorbelegg er et tema i de fleste fora der ledere og medarbeiderrepresentanter møtes for å diskutere utfordringer og løsninger i sykehusets drift.

Tiltak – kort sikt

Sykehuset iverksatte umiddelbare tiltak som:

- Økt bemanning i akuttmottaket
- Økt bemanning på døgnområder
- Økt bemanning på laboratoriet for analyse av influensaprøver
- Dialog med kommunale legevakter for å redusere tilstrømning av pasienter til akuttmottak
- Dialog med kommunale helsehus for rask utskrivning av pasienter
- Rask hjemtransport av pasienter som er skrevet ut
- Informasjon til befolkningen i fylket om smittereduserende tiltak som håndvask, isolering og vaksinasjon

Kommunene i Østfold gav positiv respons på sykehusets henvendelse, og det kom fort tilbakemelding om færre utskrivningsklare pasienter i sykehuset. Sykehuset Østfold har en plan for å møte den forventede tilstrømningen av pasienter i influensasasjonen. Planen omfatter smittereduserende tiltak i sykehuset (kohortisolering), økt bemanning på døgnområder, i akuttmottak, i renhold og i laboratorium og optimal utnyttelse av lokaler. Om den store tilstrømningen av influensapasienter fortsetter, vil det være nødvendig å ta i bruk plasser på korridor og fortetting på rom.

Sykehuset Østfold vil berømme den innsatsen som er lagt ned av kommunene i Østfold i årets influensasasjon.

Tiltak - lang sikt

Sykehuset Østfolds målsetning er at alle pasienter skal ha eget rom. Overordnet er det tre måter å tilnærme seg dette på:

For det første jobber sykehuset med å forebygge innleggelse i sykehuset. Viktige tiltak på dette området er god samhandling med fastleger og primærhelsetjenesten. Et nytt prosjekt vil styrke oppfølgingen av kronikere utenfor sykehuset. Målsetningen er å forlenge pasientenes gode perioder og forebygge innleggelse gjennom tidlig intervensjon ved forverring i tilstand.

For det andre ser sykehuset på måter å redusere liggetiden og på den måten frigjøre kapasitet. Daglige kapasitetsmøter mellom seksjonsledere og avdelingsledere sørger for god pasientlogistikk, reduserer unødvendig venting og gir best mulig utnyttelse av tilgjengelig kapasitet. Sykehuset har også sanntidrapporter på beleggssituasjonen tilgjengelig for alle medarbeidere for å understøtte dette arbeidet. Døgnområdene er gitt prioritet i budsjett for 2018 blant annet til kompetansehevede tiltak. Beregninger viser at om gjennomsnittlig liggetid reduseres med 0,2 døgn, vil 20 senger i sykehuset frigjøres.

Sykehusledelsen har gjort flere organisatoriske grep i det langsiktige arbeidet med å redusere liggetid

og overbelegg. Noen av disse gir en midlertidig økning i korridorbelegg. Dette er gjort av smittevern hensyn og av hensyn til pasientsikkerhet.

For det tredje jobbes det tett med kommunene i Østfold om rask utskrivning av pasienter. Slik vil pasienter, som er ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten, ikke oppta plass i sykehuset."

Sykehuset Østfold opplyser at det ikke stemmer at antallet pasienter på korridor er bestemt økt til ti, slik det blir oppgitt av spørsmålsstilleren.

Jeg mener at redegjørelsen over viser at Sykehuset Østfold jobber aktivt for å håndtere den akutte situasjonen knyttet til årets influensautbrudd. Slike utbrudd vil utgjøre en utfordring for flere av landets sykehus. I tillegg jobbes det med tiltak for å løse de utfordringene Sykehuset Østfold generelt har med korridorpatienter. Det er viktig at sykehuset prioriterer dette, og jeg følger med på situasjonen i styringsdialogen med Helse Sør-Øst.

Skriftlig spørsmål fra Freddy André Øvstegård (SV) til helse- og omsorgsministeren

Dokument nr. 15:672 (2017-2018)

Innlevert: 10.01.2018

Sendt: 11.01.2018

Besvart: 23.01.2018 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Freddy André Øvstegård (SV): Statsråden skal den 16. januar holde sin årlige sykehustale før overlevering av oppdragsdokumentet til helseforetakene. Tidligere har statsråden uttalt at regjeringen har en nullvisjon for korridorpatienter, men nå øker altså antallet på for eksempel Sykehuset i Østfold. De ansatte på SØ er tydelige på at investeringsrammen må økes for å bygge ut akuttmottaket, og å styrke sykepleierbemanningen.

Vil statsråden prioritere dette for å sørge for at ingen pasienter må ligge på gangen, og hva vil statsråden ellers gjøre?

Begrunnelse

Influensasasesong betyr overfylt sykehus på Kalnes. Sårstell og intimpleie skjer bak skjerm Brett eller håndholdte laken. Nå utvider ledelsen med enda flere pasienter på korridor. Å bli akutt syk og innlagt på sykehus er en stressende situasjon for de fleste. Når du i tillegg får plass på korridoren, er det en ytterligere stressfaktor. Det nye sykehuset i Østfold skulle ikke ha korridorpatienter. Derfor er det heller ikke lagt til rette for det. Pasienter som havner på korridoren, har ikke tilgang til bad og må dele toalett med mange andre. Det er spesielt utfordrende for pasienter som skal tømme tarmen for kirurgiske inngrep eller undersøkelser. Og får ikke kirurgiske pasienter dusjet før operasjon, øker infeksjonsfaren. Sykepleiere melder fra om uverdige forhold der pasienter blir stelt eller får skiftet på operasjonssåret sitt under påsyn av forbipasserende. Og flombelysning og stor trafikk store deler av døgnet gjør det vanskelig for pasienter å få sove. Problemet er et splittet nytt sykehus som har for lite plass. Det gjelder både akuttmottak og antall rom. Samtidig planlegger sykehusets ledelse med fullt belegg hele tiden. Dermed har sykehuset få ledige senger i beredskap. Anbefalt norm er 85 prosent belegg. Sykehuset Østfold hadde i 2017 et gjennomsnittlig belegg på over 100 prosent i medisinsk klinikk. Helseminister Bent Høie lovet i januar i fjor en nullvisjon for korridorpatienter. Sykehuset Østfolds ledelse har nettopp informert de ansatte om at avdelingene skal ta i mot flere pasienter på korridoren. Mens grensen tidligere var satt til maksimalt fem korridorpatienter på en avdeling, er dette nå utvidet til ti. Havner du på korridoren, løper du større risiko som pasient. Det gjør det vanskelig å ivareta god hygiene, faren for feilbehandling øker, taushetsplikten utfordres og du kan lett bli oversett, selv om du ligger «midt i trafikken». I utgangspunktet er bemanningen på Sykehuset Østfold knapp for å ivareta ordinær drift. Med korridorpatienter øker presset på de ansatte ytterligere. Sykepleiere melder fra om et konstant høyt arbeidspress, de er redde for å gjøre feil eller overse en alvorlig syk pasient. På enkelte avdelinger har nesten halvparten av staben sluttet. Det er alvorlig.

Svar

Bent Høie: Helse Sør-Øst har innhentet en redegjørelse fra Sykehuset Østfold om saken. Sykehuset Østfold skriver:

«Situasjonsbeskrivelse

I 2017 hadde Sykehuset Østfold i snitt 10,6 pasientopphold på korridor i døgnet. Desember hadde sykehuset i snitt 14,9 opphold på korridor i døgnet. I første halvdel av januar har belegget økt ytterligere til i snitt 18,4 opphold på korridor i døgnet. Økningen i desember og januar skyldes primært en økt tilstrømning av pasienter til sykehuset. I siste del av perioden har det vært flere pasienter med influensa eller influensasymptomer. Kaldt og fuktig vær har også gitt luftveisinfeksjoner, andre infeksjoner og mange pasienter med bruddskader. I uke 1 ble flere pasienter skrevet inn enn ut med overbelegg som resultat. I uke to er flere pasienter skrevet ut enn inn, og situasjonen er noe bedre. Siden influensasæsonen trolig ikke har nådd toppen, er det forventet med fortsatt høyt press mot sykehuset noen uker til. Onsdag 3. januar kom 141 pasienter til akuttmottaket på SØ. Det er langt mer enn en normal onsdag. Det resulterte i 32 pasienter på korridor neste dag. På det meste har det vært 43 pasienter på korridor. Sykehuset Østfold Kalnes har 303 senger for somatiske pasienter.

Sykehusledelsen forbereder hvert år tiltak for influensasæsonen. Selv om vi ikke kjenner tidspunktet for når influensapasientene kommer, ønsker vi å være godt forberedt og forhindre at sykehuset må gå i beredskap på grunn av økt pasienttilstrømning. Korridorbelegg er et tema i de fleste fora der ledere og medarbeiderrepresentanter møtes for å diskutere utfordringer og løsninger i sykehusets drift.

Tiltak – kort sikt

Sykehuset iverksatte umiddelbare tiltak som:

- Økt bemanning i akuttmottaket
- Økt bemanning på døgnområder
- Økt bemanning på laboratoriet for analyse av influensaprøver
- Dialog med kommunale legevakter for å redusere tilstrømning av pasienter til akuttmottak
- Dialog med kommunale helsehus for rask utskrivning av pasienter
- Rask hjemtransport av pasienter som er skrevet ut
- Informasjon til befolkningen i fylket om smittereduserende tiltak som håndvask, isolering og vaksinasjon

Kommunene i Østfold gav positiv respons på sykehusets henvendelse, og det kom fort tilbakemelding om færre utskrivningsklare pasienter i sykehuset. Sykehuset Østfold har en plan for å møte den forventede tilstrømningen av pasienter i influensasæsonen. Planen omfatter smittereduserende tiltak i sykehuset (kohortisolering), økt bemanning på døgnområder, i akuttmottak, i renhold og i laboratorium og optimal utnyttelse av lokaler. Om den store tilstrømningen av influensapasienter fortsetter, vil det være nødvendig å ta i bruk plasser på korridor og fortetting på rom.

Sykehuset Østfold vil berømme den innsatsen som er lagt ned av kommunene i Østfold i årets influensasæson.

Tiltak - lang sikt

Sykehuset Østfolds målsetning er at alle pasienter skal ha eget rom. Overordnet er det tre måter å tilnærme seg dette på:

For det første jobber sykehuset med å forebygge innleggelser i sykehuset. Viktige tiltak på dette området er god samhandling med fastleger og primærhelsetjenesten. Et nytt prosjekt vil styrke oppfølgingen av kronikere utenfor sykehuset. Målsetningen er å forlenge pasientenes gode perioder og forebygge innleggelser gjennom tidlig intervensjon ved forverring i tilstand.

For det andre ser sykehuset på måter å redusere liggetiden og på den måten frigjøre kapasitet. Daglige kapasitetsmøter mellom seksjonsledere og avdelingsledere sørger for god pasientlogistikk, reduserer unødvendig venting og gir best mulig utnyttelse av tilgjengelig kapasitet. Sykehuset har også sanntidrapporter på beleggssituasjonen tilgjengelig for alle medarbeidere for å understøtte dette arbeidet. Døgnområdene er gitt prioritet i budsjett for 2018 blant annet til kompetansehevende tiltak. Beregninger viser at om gjennomsnittlig liggetid reduseres med 0,2 døgn, vil 20 senger i sykehuset frigjøres.

Sykehusledelsen har gjort flere organisatoriske grep i det langsiktige arbeidet med å redusere liggetid og overbelegg. Noen av disse gir en midlertidig økning i korridorbelegg. Dette er gjort av smittevern hensyn og av hensyn til pasientsikkerhet.

For det tredje jobbes det tett med kommunene i Østfold om rask utskrivning av pasienter. Slik vil pasienter, som er ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten, ikke oppta plass i sykehuset."

Sykehuset Østfold opplyser videre at man så langt det er mulig vil prioritere å gi rom til de pasientene

som trenger det mest. Pasienter som er sterkt svekket eller i behov for omfattende pleie, som for eksempel forberedelse til operasjon, gis prioritet til eget rom. Sykehuset Østfold viser til at de er tilstrekkelig bemannet til å ivareta ordinær drift, og ved ekstraordinær pågang av pasienter økes bemanningen. De viser til at sykehuset ikke har lavere bemanning sammenlignet med andre sykehus i helseregionen. En avdeling i sykehuset har hatt nær 40 prosent turnover det siste året. Dette er høyere enn normalt og denne situasjonen følges tett av ledelsen ved Sykehuset Østfold med prioritering av rekruttering og opplæring.

Jeg mener at redegjørelsen over viser at Sykehuset Østfold jobber aktivt for å håndtere den akutte situasjonen knyttet til årets influensautbrudd. Slike utbrudd vil utgjøre en utfordring for flere av landets sykehus. I tillegg jobbes det med tiltak for å løse de utfordringene Sykehuset Østfold generelt har med korridorpasienter. Det er viktig at sykehuset prioriterer dette, og jeg følger med på situasjonen i styringsdialogen med Helse Sør-Øst.

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

Dokument nr. 15:615 (2017-2018)

Innlevert: 20.12.2017 Sendt: 21.12.2017

Besvart: 08.01.2018 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Kjersti Toppe (Sp): Vil statsråden akseptere nedbyggingen av sengeplasser i sykehusene eller vil statsråden sørge for at det økte behovet for sengeplasser oppgitt i Nasjonal Helse- og sykehusplan blir oppfylt?

Begrunnelse

I nasjonal helse- og sykehusplan heter det blant annet at:

"Selv om trenden med overgang til mindre belastende behandlingsformer fortsetter, er det grunn til å tro at eldre også fremover vil ha et større behov for døgnbehandling sammenlignet med yngre pasienter. For gruppen over 65 år er det beregnet at behovet for døgn- og dagbehandling vil øke med cirka 60% fram mot 2030. Dette betyr økt behov for sengekapasitet"

Trass i dette dokumentert økte behovet bygges sengekapasiteten i norske sykehus ned. Mange helseforetak melder om at de vil kutte i sengekapasiteten, det er snakk om 50 senger bare ved Haukeland Universitetssykehus. Spørsmålsstilleren viser til budsjettdebatten i Stortinget 20.12.17, der statsråden viste til poliklinisk behandling og en aksept for nedbyggingen.

Svar

Bent Høie: Vi står foran en stor utfordring i tiårene framover som følge av den demografiske utviklingen. Dette er omtalt i Nasjonal helse- og sykehusplan (2016 – 2019). Framskrivningene med utgangspunkt i dagens forbruk tilsier behov for ca 30% flere årsverk fram mot 2030, og det tilsier økt behov for døgn- og dagbehandling for eldre pasienter, jamfør representantens sitater fra planen. Som beskrevet i Nasjonal helse- og sykehusplan må omstillingstakten økes for å møte utfordringene.

Endrede behandlingsformer, bedre organisering og logistikk i behandlingsoppleggene kan, i tillegg til å gi et bedre tilbud til pasientene, også gi kortere sykehusopphold og bedre utnyttelse av sengekapasiteten. Mer dagbehandling og poliklinisk behandling, der pasientene får mer desentralisert behandling nærmere der de bor og kan reise hjem og få oppfølging hjemme i stedet for å bli lagt inn på sykehus, er et gode for pasientene.

Det er også positivt at innovasjoner både innen pasientbehandling og organisering kan bidra til å dempe behovet for sengekapasitet. Det er viktig å understøtte denne utviklingen for å få en bærekraftig tjeneste i framtida. Samtidig er det viktig å følge nøye med på utviklingen, særlig for de sårbare pasientgruppene, som eldre med mange, sammensatte lidelser.

Når det gjelder Haukeland Universitetssykehus rapporterer Helse Vest at flere tiltak er i gang for å gjøre sykehuset bedre rustet til å møte utfordringene framover og skape best mulige helsetjenester for pasientene. En ny mottaksklinikk ble ferdigstilt i slutten av 2017. Høyere kompetanse blir flyttet fram i en tidlig fase for de akutt syke pasientene. De får tidlig og mer presis diagnose, kan starte behandling tidlig, og pasientene blir gitt tilbud i riktig spesialistenhet tidligere. Behandlingstiden blir dermed kortere og det er behov for færre senger. Det har ellers vært omstilling og endring de siste

årene innenfor de ulike enhetene.

Føringene i den nasjonale helse- og sykehusplanen ligger til grunn for arbeidet med foretakenes utviklingsplaner som pågår nå. I dette arbeidet inngår framskrivninger av behovene, og hvordan tilbudet må utvikles og tilpasses i tråd med dette.

Målet er å få en best mulig pasientbehandling og en spesialisthelsetjeneste tilpasset dette, innenfor de rammene og tilgang på personell som er tilgjengelig framover. Behovet for døgnbehandling for de eldste pasientene inngår i dette.

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

Dokument nr. 15:571 (2017-2018)

Innlevert: 15.12.2017 Sendt: 18.12.2017

Besvart: 20.12.2017 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Tuva Moflag (A): Kan statsråden legge frem oppdaterte og kvalitetssikrede tall for befolkningens bruk av fritt behandlingsvalg fordelt på fylke, herunder alle tiltak og tjenester i ordningen, fra innføring av FBV og omleggingen av fritt sykehusvalg ordningen og frem til d.d.? Ber om at det skilles på bruk og antall plasser for de ulike tjenestene og tiltakene.

Begrunnelse

Fritt behandlingsvalg omfatter flere tiltak og tjenester, både den mer generelle ordningen med pasientens rett til valg av behandlingssted (tidligere «Fritt sykehusvalg»), bruk av anbud (og dermed aktivitet ved private aktører som har inngått avtale med RHF) og godkjenningsordningen (hvor det ikke stilles krav om anbudsavtale, men godkjenning av Helfo). Gjennom Helsedirektoratets rapport Status for Fritt behandlingsvalg, utgitt 12/2016, er Stortinget kjent med at det ikke foreligger tilgjengelig gode kvantitative data for alle disse ordningene. Pasientens valg av behandlingssted registreres ikke, i følge rapporten, på en entydige måte i aktivtetsdata. Det foreligger heller ikke sikre tall på hvor mange pasienter som faktisk benytter seg av retten til å velge eller bytte sykehus.

Svar

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

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

Dokument nr. 15:570 (2017-2018)

Innlevert: 15.12.2017 Sendt: 18.12.2017

Besvart: 19.12.2017 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Tellef Inge Mørland (A): Tar de tillitsvalgte ved Klinikk for psykisk helse og avhengighet ved Oslo universitetssykehus feil, når de frykter forringet kvalitet på pasientbehandlingen og mener at sikkerheten til ansatte er truet grunnet for lite økonomiske ressurser, eller ser statsråden at en styrking av sykehusøkonomien utover det regjeringen legger opp til i 2018, ville gitt sykehusene rom for en større satsing også innenfor psykisk helse og avhengighet?

Begrunnelse

I helse- og omsorgskomiteen sin innstilling til statsbudsjettet skriver Fremskrittspartiets og Høyres medlemmer at:

«Disse medlemmer er tilfreds med at regjeringen viderefører og styrker innsatsen og oppfølgingen innenfor rusomsorgen og psykisk helsearbeid. Disse medlemmer viser til at regjeringen har innført «den gyldne regel» om at veksten i rus og psykiatri hver for seg skal være større enn veksten i somatiske sykdommer».

Den 12. desember sender imidlertid klinikktiltalsvalgte fra Norsk psykologforening, Norsk sykepleierforbund, Fagforbundet, Legeforeningen, Fellesorganisasjonen, Delta og Ergoterapeutene

ved Klinikk for psykisk helse og avhengighet ved Oslo universitetssykehus HF ut en pressemelding med overskriften:

«Krise i Klinikk for psykisk helse og avhengighet ved Oslo universitetssykehus (OUS). Hvor blir det av Høies lovnader?»

De viser til at Klinikk for psykisk helse og avhengighet i flere år har fått en stadig mindre andel av budsjettet ved OUS. I budsjettforslaget for 2018 viser de til at det finansieres en 3 ganger så stor aktivitetsøkning i somatikken som for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. De ansatte gir videre signaler om at smertegrensen er nådd. Tillitsvalgte frykter forringet kvalitet på pasientbehandlingen og mener at sikkerheten til ansatte er truet grunnet minimale ressurser til bemanning i poliklinikkene, ved DPSene og i døgnhetene.

Arbeiderpartiet erkjenner at det fortsatt er store uløste behov innenfor sykehussektoren, også når det gjelder rus og psykiatri. I Arbeiderpartiets alternative statsbudsjett styrkes derfor sykehusøkonomien samlet med om lag 1,4 milliarder utover regjeringens forslag. Anslagsvis ville dette gitt cirka 146 millioner mer til Oslo universitetssykehus (OUS), noe som ville gitt grunnlag for en vesentlig styrking også av arbeidet sykehuset driver innen psykiatri og avhengighet.

Svar

Bent Høie: Regjeringens budsjettforslag legger til rette for en aktivitetsvekst på om lag 2 prosent fra anslått aktivitetsnivå i 2017. Det er over den demografiske utviklingen som kan tilsi merutgifter for sykehusene på 1,5 prosent. Regjeringen har prioritert vekst utover den demografiske utviklingen for å legge til rette for mer pasientbehandling, økte medisinkostnader og investeringer.

Etter budsjettavtalen i Stortinget og Stortingets behandling av 2018-budsjettet, øker ABE-reformen fra 0,5 pst. til 0,7 pst., men sykehusene skjermes delvis. Selv etter økt effektiviseringskrav knyttet til ABE-reformen på 67 millioner kroner, øker bevilgningene til sykehusene med vel 1,5 milliarder kroner. Dette er om lag 200 millioner kroner høyere enn det den demografiske utviklingen tilsier regnet fra anslått aktivitetsnivå i 2017.

Dette kommer på toppen av høy budsjettert aktivitetsvekst de fire siste årene. Regjeringen har prioritert vekst ut over den demografiske utviklingen for å legge til rette for mer pasientbehandling, økte medisinkostnader og investeringer. Samtidig må det også kunne stilles et visst effektiviseringskrav til sykehusene.

Dette viser at regjeringen satser på og prioriterer sykehusene. Viktigst av alt, vi prioriterer pasientene. Regjeringen har oppnådd gode resultater. Våre valg av løsninger virker:

- Redusert ventetid med 13 dager totalt fra 2013 til 2017 (2. tertial) – 25 dager for rus, 9 dager for psykisk helsevern voksne
- 70 000 færre i sykehuskø (1.1.2014 – 1.1.2017)

Det er Helse Sør-Øst RHF som fordeler midler til Oslo universitetssykehus HF. Dette skal gjøres innenfor de rammer som Stortinget har vedtatt, og i tråd med Helse- og omsorgsdepartementets mål og oppgaver gitt i Oppdragsdokument 2018.

Et viktig mål for denne regjeringen har vært prioriteringsregelen som sier at veksten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være høyere enn somatikk. Vi gjeninnførte denne regelen i 2014. Regelen har medført at helseregionene har gitt betydelig større oppmerksomhet på psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling. Målet vil bli videreført i oppdragsdokumentet til de fire regionale helseforetakene i 2018.

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

Dokument nr. 15:543 (2017-2018)

Innlevert: 13.12.2017 Sendt: 14.12.2017

Besvart: 19.12.2017 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Kari Henriksen (A): Helseforetakenes "sørge for ansvar" innebærer anskaffelsesprosesser. Helfo har egne slike og pasientene kan velge med utgangspunkt i fritt behandlingsvalg. Regjeringen har oppretta en tredje "hybrid"; Helfo-godkjente TSB behandlingssplasser. Mange av disse er vurdert som ikke godkjente i HF og RHF s ordninger, men har fått avtale med Helfo om å levere rusbehandling.

Er det kvalitet eller kvantitet regjeringen på denne måten vil tilby rusavhengige m behov for spesialisert tverrfaglig rusbehandling?

Begrunnelse

Avtalene som inngås under den Helfo-godkjente ordningen er anderledes sammenliknet med de krav HF ene og RHF ene har til spisset spesialisert rusbehandling til andre private leverandører.

Svar

Bent Høie: Fritt behandlingsvalg er en bred reform som skal redusere ventetidene, øke valgfriheten og stimulere de offentlige sykehusene til å bli mer effektive. Den største effekten av ordningen vil komme ved at de offentlige sykehusene får mulighet til å behandle flere pasienter og øke bruken av anbud. Dette kommer alle pasienter til gode. Gjennomsnittlig ventetid til tverrfaglig spesialisert rusbehandling var 34 dager i 2. tertial 2017. Dette er en reduksjon på 25 dager fra 2. tertial 2013. Private aktører kan søke Helfo om godkjenning som fritt behandlingsvalg-leverandør. I forskrift om private virksomheters adgang til å yte spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten stilles tydelige vilkår til leverandørene. Det kreves bl.a. at det dokumenteres hvilken bemanning og kompetanse leverandøren planlegger med for å levere spesialisthelsetjenesten den har søkt om godkjenning for. Helfo følger opp godkjente virksomheter og fører kontroll med at vilkårene i forskriften er oppfylt. En grunnleggende plikt for alle helsetjenesteytere er plikten til å yte forsvarlige helsetjenester. Kravet til faglig forsvarlighet gjelder også virksomheter som er godkjent som fritt behandlingsvalg-leverandører. Det er tilsynsmyndighetene som skal føre tilsyn med at virksomheter og helsepersonell utfører faglige forsvarlige tjenester.

Private virksomheter som har tapt i anbudskonkurranser i regi av de regionale helseforetakene kan få godkjenning som fritt behandlingsvalg-leverandør. At en virksomhet ikke vinner et anbud betyr ikke at den virksomheten ikke leverer tjenester av god kvalitet. I en anbudskonkurranse vil nødvendigvis noen tape i konkurransen. Det er hele poenget med en konkurranse. Gjennom fritt behandlingsvalg får alle virksomheter med ledig kapasitet som tilfredsstiller vilkårene mulighet til å levere tjenester. Dermed reduserer vi ventetiden og øker valgfriheten for pasientene.

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

Dokument nr. 15:491 (2017-2018)

Innlevert: 08.12.2017 Sendt: 11.12.2017

Besvart: 15.12.2017 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Kari Henriksen (A): I statsbudsjettet for 2018 er rentene økt for lån sykehusene tar opp, med 1 prosent. Ved Sørlandet sykehus skal det bygges nytt psykiatribygg og det er planlagt utbygging av blant annet akuttmottaket i Kristiansand samt andre oppussingsprosjekter og investeringer.

Får dette økonomiske konsekvenser for disse eller andre planlagte prosjekter ved Sørlandet sykehus i 2018 og de neste årene og i så fall, hva vil det medføre av økte kostnader?

Svar

Bent Høie: Som representanten Henriksen viser til så er det innført ny rentemodell for investeringslån i sykehusene fra 2018. Den nye rentemodellen gjelder imidlertid kun for prosjekter som har fått vedtatt lånerammer fra og med 2018 budsjettet. Lånerammer til nytt psykiatribygg ved Sørlandet sykehus ble vedtatt i 2017-budsjettet, og er ikke omfattet av den nye rentemodellen. Ny rentemodell vil derfor ikke ha økonomiske konsekvenser for Sørlandet sykehus i 2018. Framtidige konsekvenser vil avhenge av hvilke prosjekter som fremmes for lån og størrelsen på disse lånene.

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

Dokument nr. 15:454 (2017-2018)

Innlevert: 06.12.2017 Sendt: 07.12.2017

Besvart: 15.12.2017 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Ingvild Kjerkol (A): Folkehelseinstituttet (FHI) har et bredt oppdrag og ansvar og har fått kutt i sine rammer med dagens regjering. Innføring av konsernmodellen er beskrevet som et effektiviseringstiltak.

Hvor mye brukte FHI i kroner på de funksjonene som nå er overført til Norsk Helsenett da de løste disse i egenregi, og hvor mye må de betalte for disse tjenestene i 2017 og i 2018 og, hvilke og hvor mange konsulentselskaper er brukt for å gjennomføre denne omleggingen til konsernmodell?

Begrunnelse

Regjeringen har etablert en konsernmodell som omfatter alle etatene i den sentrale helseforvaltningen. Hovedmålet var effektivisering, og å tilrettelegge for større og mer robuste kompetansemiljøer og kvalitets- og kompetanseheving i administrative tjenesteledd. I praksis medførte dette: Etablering av tjenestesenter i Norsk Helsenett med ansvar for sentrale funksjoner som anskaffelser, IKT og informasjonsforvaltning/arkiv Etablering av sentrale HR-funksjoner i Helsedirektoratet. Overføring av funksjoner for lønn, regnskap og reiseadministrasjon til Direktoratet for økonomistyring (DFØ). Folkehelseinstituttet er omfattet av den nye konsernmodellen.

Svar

Bent Høie: Jeg er opptatt av at den sentrale helseforvaltningen skal motta gode og kostnadseffektive tjenester fra Direktoratet for økonomistyring (DFØ) og Norsk Helsenett SF (NHN). Formålet med konsernmodellen er å samle administrativ kompetanse i store og robuste fagmiljøer. I tillegg til kvalitative fordeler, mener jeg en slik stordriftsmodell vil bidra til en mer effektiv forvaltning.

Tjenestesenteret for helseforvaltningen ble satt i operativ drift 1. januar 2017 og det er for tidlig å trekke konklusjoner om reell gevinstrealisering. Effekten av slike omorganiseringer vil først vise seg over tid når både etater og tjenesteleverandører har gjennomført nødvendige justeringer og tilpasninger i egen virksomhet.

Jeg er kjent med at alle involverte aktører er inne i en krevende fase. De nye tjenestetilbyderne må tilpasse seg brukernes ønsker og behov, og samtidig arbeide for å effektivisere sine tjenester. På samme måte må den sentrale helseforvaltningen gå gjennom sin virksomhet med tanke på å redusere ressursbruk knyttet til avgitt personell og oppgaver. For FHI og Helsedirektoratet er dette ekstra krevende fordi de allerede har store omstillingsutfordringer.

NHN fikk i oppdrag å etablere et sentralt tjenestesenter for IKT, informasjonsforvaltning/arkiv og anskaffelser. Prosessen ble gjennomført ved overføring av oppgaver og ansatte fra departementets underliggende virksomheter til NHN. Det har vært en omfattende prosess i virksomhetene med å kartlegge egne kostnader knyttet til tjenestene som nå leveres av NHN. Virksomhetene er nå i en prosess med å ta ned kostnadsnivået som forutsatt ved innføring av konsernmodellen.

Grunnlaget for NHNs prismodell inneværende år er basert på en konsulentrapport fra Price Waterhouse Coopers (PwC), overførte årsverk fra virksomhetene, kostnadsestimater for de ulike tjenestene og føringer fra departementet om å gjøre tjenestene så rimelige som mulig. NHN fører periodisert regnskap som betyr at de er satt opp med eiendeler, egenkapital og gjeld. NHNs investeringer skal kostnadsføres planmessig over levetiden i form av avskrivninger. Dette må NHN ta hensyn til i prising av tjenestene som de leverer virksomhetene. Virksomhetene fører regnskap etter kontantprinsippet, noe som medfører at investeringer utgiftsføres på utbetalingstidspunktet. FHI vil i løpet av 2017 ha en kostnad knyttet til kjøp av tjenester fra NHN i størrelsesorden 64 mill. kr. Det er imidlertid vanskelig å sammenlikne dette med FHIs kostnader i 2016, både fordi gammel og ny modell er underlagt ulike regnskapsprinsipper, men også fordi dette vil kreve en omfattende analyse av de administrative utgiftenes andel av virksomhetens totale økonomi. Prismodellen for NHNs tjenester i 2018 er under utarbeidelse, blant annet med bistand fra konsulentfirmaet Gartner, og i dialog med alle etater.

Konsulentfirmaet PwC ble benyttet for bistand til å utforme en felles tjenestemodell for

helseforvaltningen, herunder beregning av antatte gevinster av konsernmodellen. Først i 2015 i forbindelse med en rapport utarbeidet av Helsedirektoratet, og senere i 2016 av NHN i forkant av etableringen av det nye tjenestesenteret.

Jeg vil avslutningsvis minne om at Helse- og omsorgsdepartementet har ansvar for den samlede virksomheten i den sentrale helseforvaltningen, herunder for forvaltning av eierskapet til NHN. Jeg vil bidra til gode løsninger for alle parter. Departementet vil derfor fra nyttår etablere et eget prosjekt for vurdering av arbeidet med gevinstrealisering i både leverandør- og kundeledet i konsernmodellen. Prosjektet skal se nærmere på NHNs og virksomhetenes arbeid med tilpasning av kostnader og bemanning. Jeg vil på bakgrunn av dette prosjektet vurdere behovet for eventuell styringsmessig oppfølging av virksomhetene og NHN.

Link til regjeringens side – spørsmål til skriftlig besvarelse:

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