

Saksframlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret Helse Sør-Øst RHF	8. mars 2018

SAK NR 031-2018

ORIENTERINGSSAK: DRIFTSORIENTERINGER FRA ADMINISTRERENDE DIREKTØR

Forslag til vedtak:

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Hamar, 1. mars 2018

Cathrine M. Lofthus
administrerende direktør

1. IKT-infrastruktur og arbeidet med informasjonssikkerhet i Helse Sør-Øst

Sykehuspartner HF arbeider med oppdraget gitt i foretaksmøte 31. mai 2017 og styrevedtak i Helse Sør-Øst RHF den 28. juni 2017, og det pågår aktiviteter for å svare opp bestillingene. Det rapporteres jevnlig til styret i Sykehuspartner HF.

Helse Sør-Øst RHF har dialog med Sykehuspartner HF om både det pågående arbeidet og for å sikre økonomiske midler og omprioriteringer til nødvendige investeringer. Helse Sør-Øst RHF har månedlige oppfølgingsmøter med Sykehuspartner HF hvor det er satt av et eget møte hvor status infrastrukturstandardisering og -modernisering er eneste tema.

Sykehuspartner HF har etablert en plan for styrket tilgangsstyring, forbedret risiko- og sårbarhetsanalyser og tilpasninger til ny personvernlovning i EU/EØS (GDPR). Arbeidet har vært noe påvirket av datainnbruddet og informasjonssikkerhetsressurser har måttet prioritere håndteringen av datainnbruddet. Sykehuspartner HF overvåker og analyserer situasjonen etter datainnbruddet og vurderer fortløpende behov for tiltak. Som en følge av datainnbruddet er det vurdert å være et behov for å styrke sikkerhetsplattformen, og Helse Sør-Øst RHF har stilt nødvendige investeringsmidler til rådighet.

Ny personvernlovgivning i EU/EØS (GDPR) trer i kraft i mai 2018. Det arbeides systematisk i foretaksgruppen med tiltak for å kunne møte de nye kravene. Regionalt sikkerhetsfaglig råd er et viktig forum i dette arbeidet. Det har også vært dialog med Datatilsynet. Helse Sør-Øst RHF har bedt om statusrapporter fra helseforetakene i de månedlige oppfølgingsmøtene.

2. Hovedavtale med Microsoft

Nåværende hovedavtale med Microsoft (MS) utløper 30. november 2018. Dette er en omfattende avtale som dekker MS Office-, server- og databaselisenser.

Det er behov for enten en ny avtale eller å benytte forlengelsesklausulen i nåværende avtale for fortsatt å kunne bruke produkter fra MS. Det er Sykehuspartner HF som vil gjennomføre arbeidet med å få på plass en ny avtale. Før arbeidet med å få på plass ny avtale kan startes kreves det i henhold til etablerte rutiner at administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF godkjenner oppstart av arbeidet. Administrerende direktør er innstilt på å gi slik godkjenning. En ny avtale eller en forlengt avtale er forventet å representere en verdi som overstiger fullmaktene til administrerende direktør. Før ny avtale inngås eller forlengelse besluttet vil det bli lagt frem en sak for styret i Helse Sør-Øst RHF.

3. Utredning av fremtidig organisering av trombektomi-tilbudet i Helse Sør-Øst

Hver år innlegges det om lag 9600 personer med hjerneslag i norske sykehus, hvorav om lag 5500 innleggelser i Helse Sør-Øst. Hjerneslag kan inndeles i hjerneinfarkt og hjerneblødninger, hvor 85% av tilfellene er hjerneinfarkt, hvilket tilsvarer om lag 4 700 innleggelser for hjerneinfarkt i Helse Sør-Øst årlig. Det er å forvente at antall slag vil øke med en aldrende befolkning.

Behandling i slagenhet er etablert standardbehandling hjerneslag, og for en andel av pasientene med hjerneinfarkt vil det være aktuelt med trombolyse (blodproppopløsende behandling). Det er nylig kommet god dokumentasjon på at mekanisk trombektomi (en metode hvor man går inn med et kateter i lysken og fisker ut blodproppen fra blodkaret i hjernen) er nyttig. Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag anslår at mekanisk trombektomi er aktuelt for om lag 5-7 % av pasientene. I Helse Sør-Øst utgjør dette da et sted mellom 275 og 385 pasienter hver år. Trolig vil andelen hvor trombektomi er aktuell behandling øke noe fremover i tid, med forbedret logistikk, diagnostikk og tekniske behandlingstilsetninger. Oslo universitetssykehus HF er pr i dag det eneste helseforetaket som tilbyr mekanisk trombektomi i Helse Sør-Øst.

Beslutningsforum behandlet 24. april 2017, sak 31-2017, Mekanisk trombektomi til behandling av akutt hjerneinfarkt, med tre vedtakspunkt:

1. Mekanisk trombektomi kan videreføres til behandling ved truende eller manifest hjerneslag
2. Hver helseregion skal som følge av dette utrede organiseringen av hjerneslagbehandlingen og den prehospitale tjenesten for å ivareta sitt «sørge-for»-ansvar
3. Helseregionene skal etter en slik gjennomgang, som er anbefalt i punkt 2, samordne føringer for tilbud om mekanisk trombektomi slik at det er felles førende prinsipper på tvers av regionene

Beslutningen innebærer at mekanisk trombektomi kan innføres som et tillegg til standardbehandling ved akutt hjerneinfarkt, og det vil være opp til helseregionene å vurdere hvor tilbudet bør lokaliseres.

Det ble i desember 2017 nedsatt en arbeidsgruppe med nevrolog/slaglege og nevreradiolog/intervensjonsradiolog fra alle helseforetak som tilbyr akutt slagbehandling med trombolyse. I tillegg deltar to brukerrepresentanter og en representant fra konserntillitsvalgte. Senere i prosessen skal det i tillegg oppnevnes representant fra praksiskonsulentordningen og fagpersoner fra akuttmedisinsk- og prehospitalt fagmiljø.

Arbeidet er strukturert i fire tidsbestemte faser med et definert oppdrag for hver fase:

1. Utrede faglige kriterier for trombektomivirksomhet med tanke på nødvendig befolkningsgrunnlag, faglige forutsetninger for trombektomivirksomhet, faglige avhengigheter til ulike fagområder, kompetansebehov, utstyrsbehov og tilgjengelighet
2. Ekstern faggruppe gir en anbefaling om lokalisasjon(er) av mekanisk trombektomi i Helse Sør-Øst på kort og lang sikt
3. På bakgrunn av anbefalingene fra fase 2, vurdere hvordan den prehospitale tjenesten kan organiseres og hvordan pre- og inhospitale tjenester må samhandle
4. På bakgrunn av utredningen og anbefalingene fra fase 1, 2 og 3 utarbeider en redaksjonsgruppe en samlet anbefaling om en fremtidig organisering av mekanisk trombektomi i Helse Sør-Øst på kort og lang sikt

Fase 1 er avsluttet og det foreligger en delrapport hvor det er konsensus om faglige avhengigheter med hensyn til fagområder, kompetanse- og utstyrsbehov. Fase 2 er godt i gang med involvering av fagpersoner fra øvrige regioner, som vil gi anbefalinger om mulige lokalisasjoner. Involveringen av representanter fra de øvrige regionene skal i tillegg sikre felles førende prinsipper på tvers av regionene.

Helse Sør-Øst RHF vil legge vekt på å presentere en eller flere modeller som bygger på prinsippet om «sykehus i nettverk» (styresak 008-2017) og som sikrer at alle pasienter blir raskt vurdert for behandling med trombolyse og mekanisk trombektomi. I og med at tidsfaktoren er avgjørende vil det i spørsmålet om en regional organisering av tilbudet med mekanisk trombektomi være krevende avveininger mellom å sikre kortest mulig reisetid og å sikre et stort nok antall pasienter ved det enkelte senter, slik at kvaliteten på behandlingen blir god nok.

Arbeidet forventes ferdigstilt i løpet av første halvdel av 2018.

4. Overføring av spesialisthelsetjenesteansvaret for Vestby kommune fra Akershus universitetssykehus HF til Sykehuset Østfold HF fra 2. mai 2018

Det vises til skriftlig spørsmål fra stortingsrepresentant Siv Henriette Jacobsen til helseministeren (se under) vedrørende utviklingen i antall korridorpatienter ved Sykehuset Østfold. Administrerende direktør har tatt opp denne problemstillingen i oppfølgingsmøte med Sykehuset Østfold 1. mars. Sykehuset opplyser at saken er tatt opp i styremøte 26.02.2018 og at styret har bedt om en fornyet risikovurdering av kapasitet og forhold rundt akuttmottaket. Dette vil bli behandlet i et ekstraordinært styremøte i Sykehuset Østfold før påske. Resultatet av styrets behandling vil bli formidlet til Helse Sør-Øst RHF som på denne bakgrunn vil vurdere om det er behov for å vurdere om det er forhold som eventuelt kan påvirke tidspunktet for overføringen av spesialisthelsetjenesteansvaret for Vestby kommune.

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 Ingvild Kjerkol (A) til helseministeren

Dokument nr. 15:1006 (2017-2018)

Innlevert: 20.02.2018 Sendt: 21.02.2018

Besvart: 01.03.2018 av helseministeren Bent Høie

Spørsmål

Ingvild Kjerkol (A): Hvem mener statsråden har det overordnede ansvaret for at tilbudet fra de regionale helseforetakene er godt nok, og hva har han selv tenkt å gjøre i denne saken?

Begrunnelse

Som vist av NRK og Aftenposten, opplever pasienter ved Oslo universitetssykehus kanselleringer og uakseptabel lang ventetid på transport til og fra behandling. Syke mennesker må vente i flere timer på drosje midt på vinteren. Tone Tellevik Dahl, Byråd for eldre, helse og arbeid i Oslo kommune har sendt en bekymringsmelding til statsråden der hun skriver at hun er «engstelig for at innbyggere i Oslo på denne måten påføres unødvendige påkjennelser og i verste fall at helsetilstanden forverres på grunn av ventetid og kanselleringer.»

I Aftenposten viser statsråden til at det påligger de regionale helseforetakene gjennom sørge-foransvaret at pasienter får et godt transporttilbud. Dette er noe man må anta at helseforetakene er klar over.

Svar

Bent Høie: Jeg vil innledningsvis minne om at spesialisthelsetjenestelovens § 2-1 a fastslår at de regionale helseforetakene har en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestens omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Tjenestene kan ytes av de regionale helseforetakene selv, eller ved at de inngår avtale med andre tjenesteytere. Spesialisthelsetjenestelovens § 2-2 angir at helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til loven skal være forsvarlige. Spesialisthelsetjenesten skal tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient/bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

Det følger videre av paragraf 2-1 a i loven at de regionale helseforetakene skal sørge for at personer i helseregionen tilbys spesialisthelsetjenester, herunder transport til undersøkelse eller behandling i helse- og omsorgstjenesten. Pasientens rett til dekning av utgifter ved reise følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6 og pasientreiseforskriften. Regelverket legger ingen spesifikke føringer for hvor lang ventetid og reisetid pasienter må regne med til og fra behandling, men kravet til forsvarlighet vil kunne sette grenser for ventetid/reisetid.

Hva som er forsvarlig ventetid/reisetid må vurderes konkret med utgangspunkt i pasientens helsetilstand, og det er derfor vanskelig stille særskilte krav til dette. Her er det viktig at behandleren gir nødvendig informasjon om behovet for tilrettelagt transport ved rekvireringen av reisen og blant annet vurderer om pasienten kan vente noe tid på transport.

Vurdering av tjenestens forsvarlighet ligger til tilsynsmyndighetene. Ansvar for dette tilligger Statens helsetilsyn og fylkesmennene. Statens helsetilsyn har det overordnede faglige tilsyn med helse- og omsorgstjenesten i landet og skal utøve myndighet i samsvar med det som er bestemt i lover og forskrifter. Fylkesmannen er tillagt myndighet til å føre tilsyn med helse- og omsorgstjenesten og er da underlagt Statens helsetilsyn. Det er satt krav om at enhver som yter helse- og omsorgstjenester skal etablere et internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter.

Når det gjelder nærmere omtale av aktuelle problemstillinger vedrørende pasienttransport og de regionale helseforetakenes og helseforetakenes ansvar og håndtering av dette, vil jeg avslutningsvis vise til mine svar til Stortinget til spørsmål nr. 903, og representantforslag om tiltak til å forbedre og forenkle pasientreiseordningen i dokument 8:98 S (2017-2018). I disse svarene er utfordringene i Oslo særskilt omtalt. Her er er min forventning at Oslo universitetssykehus ivaretar sitt ansvar som angitt ovenfor, og sikrer seg at de transportørene som har inngått avtale om pasienttransport oppfyller krav i avtalen med helseforetaket.

Skriftlig spørsmål fra Trygve Slagsvold Vedum (Sp) til helseministeren

Dokument nr. 15:957 (2017-2018)

Innlevert: 14.02.2018 Sendt: 15.02.2018

Besvart: 20.02.2018 av helseministeren Bent Høie

Spørsmål

Trygve Slagsvold Vedum (Sp): Mener statsråden at RHF Helse Sør-Øst ved å ha 70 fast ansatte i Oslo, 71 på Hamar og 20 i Skien/Tønsberg på en tilfredsstillende måte oppfyller Stortingets vedtak om at hovedkontoret skal ligge på Hamar?

Begrunnelse

Jeg viser til svar på spørsmål nr. 885 der statsråden bekrefter fordelingen av arbeidsplasser knyttet til RHF Helse Sør-Øst.

Svar

Bent Høie: Jeg viser til mine to nylige skriftlige svar til stortingsrepresentant Slagsvold Vedum vedrørende Helse Sør-Øst RHF's lokasjoner i Oslo og på Hamar, henholdsvis spørsmål nr. 771 og nr. 885. Slik det fremgår av disse, er besøksadressen til Helse Sør-Øst RHF på Hamar, de har et betydelig antall ansatte på Hamar og ledelsen i Helse Sør-Øst RHF er svært tydelige på at hovedkontoret ligger på Hamar.

Jeg mener det er viktig at Helse Sør-Øst RHF har nødvendig fleksibilitet til å innrette den daglige driften på en hensiktsmessig og rasjonell måte. Samtidig registrerer jeg at Helse Sør-Øst RHF i sitt svar på spørsmål 885 skriver at de skal "... ha en gjennomgang av møtepraksisen for møter som ikke omfatter representanter fra helseforetak eller eksterne samarbeidsparter med uforholdsmessig lang reisevei til Hamar. Dersom det viser seg å ha skjedd en utglidning ved at slike møter legges til Oslo fremfor til hovedkontoret, vil vi stramme inn på dette."

I sum mener jeg at Helse Sør-Øst RHF oppfyller Stortingets vedtak om at hovedkontoret skal ligge på Hamar.

Skriftlig spørsmål fra Siv Henriette Jacobsen (A) til helseministeren

Dokument nr. 15:935 (2017-2018)

Innlevert: 13.02.2018 Sendt: 13.02.2018

Besvart: 22.02.2018 av helseministeren Bent Høie

Spørsmål

Siv Henriette Jacobsen (A): I Stortingets muntlige spørretime 7. februar uttrykte Helseministeren velvilje for behovet for en evaluering av kapasiteten ved Sykehuset Østfold, Kalnes før sykehuset overtar ansvaret også for pasientene fra Vestby kommune 01.05.18.

Hvordan ser helseministeren for seg at en kan gå videre med denne saken?

Begrunnelse

Siden åpningen i 2015 har antallet korridorpasienter på sykehuset Østfold Kalnes doblet seg fra år til år og antallet pasienter på sykehuset har totalt økt med 10 prosent. Samtidig har man ikke fått ut pasienter fra akuttmottaket slik som det var forutsatt. Fra 1. mai i år vil sykehuset også motta alle pasienter fra Vestby kommune. I forkant av dette bør kapasiteten ved sykehuset evalueres spesielt med sikte på å bygge ut akuttmottaket ved sykehuset.

De fleste pasienter rapporterer om en god opplevelse på sykehuset på Kalnes, men presset på sykehuset er for stort og akuttmottaket er blitt for lite. Mens antallet korridorpasienter nasjonalt går ned, doubler det seg på Kalnes fra år til år. I 2017 var antallet korridorpasienter på sykehuset hele 3860.

Kommunene i Østfold tar et stort ansvar for de utskrivningsklare pasientene, og det får de også skryt for. Samtidig oppleves styret i Sykehuset Østfold og sykehuset selv dom proaktive og de tar grep for å håndtere situasjonen både for å forebygge innlegging og redusere pasientenes liggetid.

Det er ekstra trist at antallet korridorpasienter på Kalnes går opp når det er mot trenden i nasjonen for øvrig siden Kalnes er et nytt sykehus. Det er ikke bygd for korridorpasienter. Korridorene er ekstra smale og toalettforholdene for de på gangen er dårlige.

Antall korridorpasienter er et uttrykk for det presset sykehuset er under. Dette er et press som bare vil øke i tiden fremover. I tillegg til at antall pasienter totalt har økt med 10 prosent på to år, så får sykehuset også ansvaret for alle pasientene fra Vestby kommune fra 1. mai i år. Befolkningen i

Østfold øker også dramatisk. For hvert femte år vil det komme like mange nye pasienter som det nå kommer fra Vestby.

Det hører med til historien at styret ved sykehuset opprinnelig arbeidet for å kunne bygge et større sykehus basert på forventet behov, men at de ble gitt en absolutt ramme for prosjektet fra nasjonale myndigheter.

Styret i sykehuset Østfold har likevel lenge vært enig om at akuttmottaket er for lite og at presset på mottaket er for stort. I tillegg til den generelle pasientøkningen, har man heller ikke fått pasientene ut fra akuttmottaket like raskt som forutsatt. Men styret i sykehuset klarer ikke å finne disse midlene fra egen drift. Regjeringen og helsestatsråd Høie må derfor ta ansvar for å vurdere situasjonen spesielt med hensikt å bygge ut akuttmottaket allerede i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett i år.

Selv om sykehusene styres etter en foretaksmodell kan det ikke være slik at Regjeringen kan fraskrive seg alt politisk ansvar. Statsråd Høie må være aktiv og følge opp situasjonen nøye slik at sykehuset kan fungere etter hensikten. Det minste regjeringen kan gjøre nå er å bidra til en evaluering av kapasitet og behov på Kalnes får pasientene fra Vestby kommer inn.

Svar

Bent Høie: Jeg viser til mine tidligere svar, både skriftlig og muntlig, knyttet til situasjonen med korridorpasienter ved Sykehuset Østfold generelt, og særlig nå i influensasesongen. Helse Sør-Øst innhentet i midten av januar en redegjørelse fra Sykehuset Østfold om utfordringer og tiltak for å forbedre situasjonen med korridorpasienter på kort og lang sikt. På kort sikt handler det om å håndtere situasjonen knyttet til influensautbruddet, blant annet ved å øke bemanningen på akuttmottaket, på døgnområdet og på laboratoriet som analyserer influensaprøver. På lengre sikt handler det om å forebygge innleggelse på sykehuset, blant annet ved å bedre samhandlingen med fastleger og primærhelsetjenesten. Det er igangsatt et nytt prosjekt for å styrke oppfølgingen av kronikere utenfor sykehuset og forebygge innleggelse gjennom tidlig intervensjon. Videre ser sykehuset på måter å redusere liggetiden og på den måten frigjøre kapasitet. Det jobbes også tett med kommunene om rask utskrivning av pasienter som er ferdigbehandlet på sykehuset.

Styret i Helse Sør-Øst vedtok på møtet 18. desember 2014 i sak 090-2014 at spesialisthelsetjenestetilbudet for befolkningen i Vestby kommune overføres til Sykehuset Østfold fra 1. januar 2017, men endelig vurdering av overføringstidspunkt gjøres på grunnlag av driftserfaringene i Sykehuset Østfold HF i perioden 2015-2016. En forutsetning for overføring av sykehuset tilhørighet for Vestby kommune var at Sykehuset Østfold viste god driftsmessig utvikling i forhold til etablerte rammer og øvrige forutsetninger.

I forbindelse med styrebehandling av økonomisk langtidsplan 2017–2020 fattet styret i Helse Sør-Øst på møte 16. juni 2016 i sak nr 051-2016 om Økonomisk langtidsplan følgende vedtak: “Styret tar til etterretning at administrerende direktør ikke anbefaler overføring av spesialisthelsetjenestetilbudet for befolkningen i Vestby kommune fra Akershus sykehusområde til Østfold sykehusområde fra 1. januar 2017, men at ny vurdering av overføringstidspunkt vil gjøres ved årsskiftet 2016/17. Styret legger videre til grunn at administrerende direktør beslutter endelig overføringstidspunkt.”

22. februar 2017 fastsatte adm. dir. i Helse Sør-Øst mandat for en arbeidsgruppe som skulle gjøre en fornyet vurdering av de driftsmessige forutsetningene ved Sykehuset Østfold for å overta ansvaret for spesialisthelsetjenestetilbudet for befolkningen i Vestby kommune. Arbeidsgruppen avla sin rapport 13.6.2017, og deres samlede vurdering var at forutsetningen for å overta spesialisthelsetjenestetilbudet for befolkningen i Vestby kommune pr. april 2017 var oppfylt innen alle tjenesteområder. På bakgrunn av behovet for nødvendig tid for planlegging, og for å unngå tidspunkt på året med normalt stor driftsmessig belastning, anbefalte arbeidsgruppen at Vestby kommunes befolkning ble overført fra Akershus universitetssykehus HF til Sykehuset Østfold HF 1. mai/1. juni 2018. Adm.direktør i Helse Sør-Øst RHF sluttet seg til arbeidsgruppens tilråding og fastsatte tidspunktet for overføringen til 2. mai 2018.

Etter at dato for overflytting ble fastsatt, startet detaljplanleggingen i de to sykehusene. Akershus

universitetssykehus HF har etablert et prosjekt for å avgi pasienter. Sykehuset Østfold HF har på sin side etablert et mottaksprosjekt. De to sykehusene har inngått en samarbeidsavtale med et sett klare prinsipper for pasientoverføringen. Brukere og offentligheten kan følge de to sykehusenes planlegging på nettsiden www.sykehuset-ostfold.no/vestby.

Sykehuset Østfold opplyser at de gjennom tett samarbeid med Akershus universitetssykehus har god kunnskap om innbyggerne i Vestby sitt forbruk av spesialisthelsetjenester, og dermed det økte ansvaret sykehuset tar på seg. Sykehuset Østfold sitt mottaksprosjekt er organisert slik at man innenfor hvert enkelt fagområde i sykehuset vurderer hvilke konsekvenser et økt opptaksområde vil gi. Det er beskrevet behov og løsninger for areal, utstyr og personale. De enkelte fagområdenes vurderinger er samlet i en detaljert plan for overføring av pasienter. Planen er omfattende, men et grep som går igjen innen flere fagområder er at man bemanner opp for å møte den økte aktiviteten.

Sykehuset Østfold opplyser at i forlengelsen av detaljplanleggingen er det gjennomført en risikovurdering. Det er identifisert 12 risikoområder. For hvert område er det adressert tiltak som konkretiseres i handlingsplaner der det er nødvendig. Foretakstillitsvalgte og hovedverneombud har deltatt i risikovurderingene og inngår i mottaksprosjektets styringsgruppe. Brukerutvalget er også representert i styringsgruppen.

Helse Sør-Øst konstaterer at det har vært en negativ utvikling i antall korridorpatienter med en vesentlig økning i forhold til nivået som lå til grunn på tidspunktet for beslutning om overføring av Vestby til Sykehuset Østfold. Helse Sør-Øst RHF vil i oppfølgingsmøte 1. mars 2018 med Sykehuset Østfold gjennomgå de identifiserte risikoområdene og status for gjennomføring av tiltak, og på den bakgrunn foreta en oppdatert risikovurdering knyttet til den planlagte overføringen av spesialisthelsetjenestetilbudet for Vestby kommune. Risikovurderingen vil omfatte en særskilt vurdering av kapasiteten i akuttmottaket. På bakgrunn av dette vil Helse Sør-Øst RHF gjøre en fornyet vurdering av overføringstidspunktet.

Helse Sør-Øst RHF viser ellers til at Sykehuset Østfold har gjennomført en egen evaluering etter 6 mnd. drift, at Høyskolen i Østfold har gjort en evaluering etter 1 år og at Sykehusbygg, Sykehuset Østfold og Helse Sør-Øst nå holder på med planlegging av en større evaluering av Sykehuset Østfold. Sykehusbygg holder på med utvikling av metodikk for systematisk evaluering av utbyggingsprosjekter og skal lage en veileder for dette, i tråd med mitt oppdrag av 16. januar 2018. En slik evaluering er viktig nettopp for å ta lærdom med tanke på nye utbyggingsprosjekter.

Helseforetaket og det regionale helseforetaket har et ansvar for å gjennomføre investeringer innenfor egen økonomisk bæreevne, og det er også de som vedtar rammer og igangsetting av prosjektene. Helse Sør-Øst har fått lån til bygging av nytt sykehus i Østfold i tråd med lånesøknad. Jeg er kjent med at Sykehuset Østfold vurderer behovet for en utvidelse av akuttmottaket, men saken er foreløpig ikke lagt fram og behandlet i styret i Sykehuset Østfold HF og i Helse Sør-Øst RHF.

Jeg mener det er riktig av Helse Sør-Øst RHF og Sykehuset Østfold HF å gjøre en fornyet vurdering av overføringstidspunktet for befolkningen i Vestby kommune. Situasjonen ved Sykehuset Østfold vil for øvrig bli fulgt opp i styringsdialogen med Helse Sør-Øst RHF.

Skriftlig spørsmål fra Nicholas Wilkinson (SV) til helseministeren

Dokument nr. 15:928 (2017-2018)

Innlevert: 12.02.2018 Sendt: 12.02.2018

Besvart: 19.02.2018 av helseministeren Bent Høie

Spørsmål

Nicholas Wilkinson (SV): Helseministeren har lovet at psykisk helse og rus skal få mer vekst i midler enn somatikken. Mye tyder på at løftet mange steder ikke følges. I Vestre Viken legger budsjettet for 2018 opp til 4,8 % vekst i somatikken mot 4,5 % vekst til rus og psykiatri. Flere sengeplasser legges ned slik jeg påpekte i spørsmål 760. Helseministeren sa da han la til grunn at foretaket vektlegger de

statlige føringene.

Hva gjør helseministeren for å sikre at den gylne regel faktisk følges, og hva vil han gjøre med Vestre Viken nå?

Begrunnelse

Alle tall er henta fra vedtatt budsjett og mål for Vestre Viken 2018. Se kapittel 3.3.3 om prioriteringsregelen, og ellers kapittel 5.5 om klinikk for psykisk helse og rus

<https://vestreviken.no/Documents/Styrepapirer/Styrem%C3%B8ter%202017/Styrem%C3%B8te-18-desember-2017.pdf>

Svar

Bent Høie: Som kjent ble "den gylne regel" gjeninnført av denne regjeringen fra 2014. Regelen medfører at veksten i spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusavhengige (TSB) skal være høyere enn for somatikken, målt på regionalt nivå. Det var daværende helseminister Ansgar Gabrielsen som innførte denne regelen i 2005. En sentral begrunnelse den gangen var å motvirke at somatikken som regel ble prioritert fremfor psykisk helsevern og TSB.

I årets oppdragsdokument til de regionale helseforetakene har jeg gitt følgende oppdrag: Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Distriktpsykiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Veksten skal måles i gjennomsnittlig ventetid, kostnader (kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor) og aktivitet (polikliniske opphold). Som det fremgår her, skal veksten måles på regionnivå, ikke for hvert enkelt helseforetak.

Jeg er orientert av Helse Sør-Øst RHF i sakens anledning. Her fremgår det at Helse Sør-Øst RHF i oppdrags- og bestillerdokumentene til helseforetakene for 2018 har understreket viktigheten av å prioritere psykisk helsevern og rusbehandling. Oppfølging av prioriteringsregelen og status for ventetid mv innen psykisk helsevern og rusbehandling gjennomgås og vil, etter det Helse Sør-Øst RHF opplyser, bli drøftet fortløpende i oppfølgingsmøter med alle foretakene.

Jeg kan videre opplyse om at jeg nylig i dialogen med styrelederne for de regionale helseforetakene har bedt disse – som øverste ansvarlige for de regionale helseforetakene – å ha særlig fokus på at prioriteringsregelen blir fulgt opp i tråd med oppdraget i oppdragsdokumentet for 2018.

Skriftlig spørsmål fra Kjersti Toppe (Sp) til helseministeren

Dokument nr. 15:903 (2017-2018)

Innlevert: 08.02.2018 Sendt: 08.02.2018

Besvart: 19.02.2018 av helseministeren Bent Høie

Spørsmål

Kjersti Toppe (Sp): Vil statsråden gjøre greie for om det er noko til hinder for i lovverk eller anna for at helseforetaka kan drive pasienttransport i eigen regi, og kan statsråden informere om pasienttransport i eigen regi i andre helseforetak utanom OUS?

Begrunnelse

Viser til NRK oppslag 27/1-18 der sjukehusdirektør Bjørn Erikstein ved Oslo universitetssykehus (OUS)uttalar at han vurderer å ta kontakt med helse- og samferdselsmyndighetene for å spørje om sjukehuset kan organisere transporten for pasientar, der helsepersonell kan ta seg av dei sjukaste. Han poengterer at det i dag er drosjenæringa som har monopol på transport på bil med opp til åtte seter. Dette må det eventuelt endrast på, i følgje Erikstein. Det er etter det spørsmålsstillar er kjent med og ei vurdering at helseforetaka ikkje på same vis kan innkrevje eigenandel dersom ein organiserer pasientkøyring i eigen regi. Det er interessant å få vite om kva som er rammene rundt dette med eigen regi av pasientkøyring og korleis dette er løyst i andre føretak.

Svar

Bent Høie: Spørsmålet fra stortingsrepresentanten berører to forhold som ligger til to ulike departement. Det aktuelle lovverket ligger under samferdselsministeren, mens spørsmålet om organisering av pasientreiser ligger til helseministeren. Jeg vil imidlertid gi et samlet svar.

Det er de regionale helseforetakene som har ansvaret for pasienttransport. Pasienttransport administreres gjennom 17 pasientreisekontorer som har ansvaret for planlegging og bestilling av reiser med rekvisisjon. Pasienttransport er transport av syke personer til og fra sykehus eller lege. Slike reiser skjer normalt sett uten at helsepersonell er med på turen. Det har imidlertid i den saken representanten refererer til, blitt argumentert for å etablere en egen transportløsning der helsepersonell kan ta seg av de sykeste.

Helseforetakene inngår vanligvis kontrakt om pasienttransport med løyvehavere eller noen som opptrer på vegne av disse, for eksempel drosjesentraler. I kontraktene er det avtalt krav til ventetid m.v. Helseforetakene samordner gjennom sitt selskap Pasientreiser HF slike transporter for pasientene til/fra sykehusene. Det er helseforetakene som ut fra den medisinske tilstand hos pasienten bestemmer om transporten skal skje med rutetransport, egne helseekspresser eller drosje, herunder om pasienten må kjøre alene eller kan dele den med andre pasienter. Helseekspressene baserer seg på inngåtte kontrakter med busselskapene. For de dårligste pasientene benyttes ambulanser som er løyvefritt.

Pasienttransport med løyve

Adgangen til å drive persontransport reguleres av yrkestransportloven. Etter lovens § 4 må den som mot vederlag vil drive persontransport ha løyve. Det avgjørende for om det foreligger løyveplikt er om det mottas vederlag og drives transport. Vilkårene er ikke kumulative, slik at brudd på ett vilkår medfører behov for løyve.

Lovens vederlagsbegrep skal forstås svært vidt, og omfatter enhver form for vederlag. Det ligger ikke i begrepet noe krav om at vederlaget gir overskudd for den som utøver transport, eller at den som driver transporten har som motiv å ha overskudd på transporten. Så lenge det mottas oppgjør for transport, for eksempel en egenandel, vil utgangspunktet være at transporten er løyvepliktig.

Når det gjelder drivebegrepet så skal også dette forstås vidt. Virksomheten må ha en viss varighet og omfang for at det kreves løyve, og avgrenses mot rent tilfeldig transport mot vederlag. Hva som i det enkelte tilfelle ligger i drivebegrepet er en konkret vurdering av hvor hyppig transporten utøves, transportørens initiativ til transporten og om denne er ledd i yrkesutøvelse, samt muligheten for at den samme transporten kunne blitt utført av løyvehavere.

Pasientreiser oppfatter på bakgrunn av disse gitte vilkårene at helseforetakene på generelt grunnlag må ha løyve for å kunne drive pasienttransport i egen regi. Drivevilkåret vil være oppfylt i tillegg til vederlagsvilkåret i og med at det skal betales egenandel ved en pasientreise, jf. pasientreiseforskriften § 24.

I praksis er det to typer løyve som er aktuelle for pasienttransport. Det er for det første drosjeløyve, eller behovsprøvd løyve for persontransport utenfor rute for motorvogn registrert for inntil 9 personer, som det heter i yrkestransportloven § 9. Drosjeløyve tildeles av fylkeskommunene som bestemmer hvor mange løyver som kan gis i fylket eller den enkelte kommune. Siden drosjeløyvene er behovsprøvd er det sterkt begrenset adgang til slike løyver. Det er i tillegg flere vilkår for drift av drosjeløyve. Det er blant annet et krav om at virksomheten er hovedervert for løyveinnehaveren, man må være tilknyttet en sentral og løyveinnehaveren har generell kjøreplikt. Dette er vilkår som kan være praktisk vanskelig å oppfylle for et helseforetak.

Det andre løyvet er såkalt turvognløyve, som gjelder for persontransport utenfor rute for kjøretøy registrert for mer enn 9 personer. Disse er ikke behovsprøvd, og tildeles av nasjonal løyvemyndighet i Statens vegvesen. Løyvene tildeles alle som oppfyller kravene i yrkestransportloven § 4 andre ledd. I

praksis er det svært liten begrensning på hvem som kan få turvognløyver, siden vilkårene er enkle å innfri.

Det er ingen mellomformer mellom løyvepliktig transport og transport med ambulanse. Rammene for egentransport av personer etter yrkestransportloven er stramme. Samferdselsdepartementet kan gjøre unntak fra kravet om løyve for særskilte slag transporter eller motorvogner dersom det ikke er i strid med internasjonal avtale. Dette er f.eks. gjort i enkelte tilfeller for transport av leger ifm med legevaktkjøring.

Ambulansetransport

Det er også mulig å utføre transport av syke eller skadde personer i godkjent ambulanse. Ambulansetransport er unntatt fra løyveplikt jf. yrkestransportloven § 20. Det avgjørende er ikke hva man selv velger å kalle transporten, men at kjøretøyet er godkjent som ambulanse av ansvarlig myndighet. Det er ikke hjemmel for å kreve egenandel ved ambulansetransport.

Pasienttransport i regi av helseforetak i dag

Helseforetakene utøver transport i egen regi på flere måter. Flere helseforetak har løyve for persontransport med turvogn, det vil si kjøretøy registrert for mer enn 9 personer. Ingen har løyve for transport med mindre kjøretøy etter yrkestransportloven § 9, ettersom drosjeløyve er behovsprøvd og kravene for drift ved slikt løyve vanskelig kan oppfylles av helseforetakene. Flere helseforetak har et ønske om å kunne drive pasienttransport i egen regi av sittende pasienter i biler som er registrert for mindre enn 9 personer, men ser at dette er utfordrende å få til fordi det da kreves drosjeløyve. Uten løyve kan pasienttransport kun gjennomføres som ambulansetransport som er fritatt fra krav om løyve. Helseforetakene har ikke adgang til å kreve egenandel av pasienter ved slike reiser.

Helseekspreser, helsebusser og minibusser

Flere steder i landet finnes det helseekspreser og helsebusser som transporterer pasienter til behandling. Noen helseforetak har egne turvognløyver registrert på foretaket, som de benytter til helseekspreser, helsebusser og minibusser de selv eier. Andre helseforetak har anskaffet tjenester fra leverandører som har egne turvognløyver og busser/minibusser, som utfører transport for helseforetaket. Pasientene betaler egenandel ved slike reiser etter reglene i pasientreiseforskriften.

Hvite biler

Enkelte helseforetak benytter såkalte hvite biler. Hvite biler er kjøretøy som tidligere har vært brukt som ambulanser. Bilene er fortsatt registrert/godkjent som ambulanser, slik at det ikke er behov for løyve for disse jf. yrkestransportloven § 20.

Hvilke helseforetak som driver transport i egen regi

Oversikten nedenfor viser hvilke helseforetak som driver pasienttransport i egen regi. Tilfeller der helseforetaket leier inn transporttjenester fra en ekstern leverandør, for eksempel helseekspres eller syketransportbiler, er ikke tatt med.

Minibusser med turvognløyve

Sørlandet Sykehus HF har løyve for tre minibusser som drives i regi av helseforetaket. Vestre Viken HF har nå fått løyve for 4 turvogner (minibusser) som settes i drift i april i år.

Hvite biler

- Oslo universitetssykehus HF har hvite biler som frakter liggende pasienter. Dette er hovedsakelig transport som ellers ville blitt utført med vanlig ambulanse.

- St. Olavs hospital HF har hvite syketransportbiler som transporterer liggende pasienter. Dette er hovedsakelig transport som ellers ville blitt utført med ambulanse.

- Helse Bergen HF har en syketransportbil som transporterer liggende pasienter. Oppdragene tildeles fra AMK, og regnes som ambulanseturer. Pasientreiser Helse Bergen har i tillegg inngått et samarbeid med Hospitaldrift Transport, en avdeling i samme divisjon som har ansvar for all internttransport. Portørerne utfører oppdrag for pasientreiser med en bil i noen få timer på hverdagens for å ta unna transport når det er kapasitetsproblemer med drosjer, og sykehuset ønsker å sikre at pasienter rekker hurtigbåt og lignende

- Finnmarkssykehuset HF har tre hvite biler som primært kjører liggende pasienter. Ved ledig kapasitet kan disse benyttes til sittende pasienter. De hvite bilene er et supplement til ambulanse og drosje.

Avsluttende bemerkninger

Samferdselsdepartementet er i gang med en større revisjon av drosjereguleringen. I dette arbeidet legges det bl.a. opp til at behovsprøvingen av drosjeløyper skal oppheves. Forslag om dette er planlagt sendt på høring tredje kvartal 2018.

Drosjer har en stor del av inntektsgrunnlaget sitt fra pasientkjøring, særlig i distriktene. I den grad dette er rene transportoppdrag, er det rimelig at den som utfører transporten må oppfylle de alminnelige løyvekravene etter yrkestransportloven.

Det har i den senere tid vært flere saker i media om pasienter som har måttet vente uforholdsmessig lenge på drosje. Jeg oppfatter at disse sakene i hovedsak handler om manglende oppfølging av inngåtte kontrakter - drosjen kommer for sent eller uteblir. Dette er forhold som i utgangspunktet kan medføre sanksjoner etter inngåtte avtaler, men som likevel etterlater helsetjenesten og ikke minst den enkelte pasient i en krevende situasjon. Jeg er selvsagt svært opptatt av at pasientene skal få den transporten de trenger. Dette krever imidlertid at transportørerne etterlever de inngåtte avtalene, og oppfyller de kvalitetskrav som ligger i avtalene med helseforetakene. Jeg forutsetter at helseforetakene som kontraktspart følger opp overfor den andre part.

Jeg vil avslutningsvis understreke at når det gjelder den konkrete saken ved Oslo universitetssykehus, så har ikke departementet fått seg forelagt verken de konkrete vurderinger de har gjort i forbindelse med etablering av et eventuelt tilbud hvor helsepersonell bistår, eller mottatt et ønske om å foreta endringer i lovverket. Når det gjelder etablering av en ordning med at helsepersonell skal følge pasienter under transport, er gjeldende løyveordning ikke til hinder for det.

Skriftlig spørsmål fra Kjersti Toppe (Sp) til helseministeren

Dokument nr. 15:902 (2017-2018)

Innlevert: 08.02.2018 Sendt: 08.02.2018

Besvart: 16.02.2018 av helseministeren Bent Høie

Spørsmål

Kjersti Toppe (Sp): Vil statsråden gjøre greie for om departementet har bestemt at IKT-infrastruktur i helseforetaka blir lagt inn under Sikkerhetslova, eller om det skal vere opp til helseforetaka sjølv å vurdere dette?

Begrunnelse

Viser til helseministeren sitt svar til Stortinget 30.januar 2018 der han uttalar at helseforetaka er lagt inn under Sikkerhetslova, men utan at det kjem fram om IKT-infrastrukturen i helseforetaka dermed er lagt inn under lova

Svar

Bent Høie: Helse- og omsorgsdepartementet har innenfor sin sektor ansvar for forebyggende sikkerhetstjeneste etter sikkerhetsloven. På grunnlag av erfaringer fra arbeidet knyttet til objektsikkerhetsforskriften i 2013-2014 og gjennomgang av gradert kommunikasjon i helse- og omsorgssektoren, gjennomførte departementet i 2014 en vurdering av sikkerhetslovens anvendelse for de regionale helseforetakene, helseforetakene og Norsk Helsenett SF. Nasjonal sikkerhetsmyndighet (NSM) bistod med råd og veiledning i denne vurderingen. Konklusjonen var at departementet anså at de regionale helseforetakene, helseforetakene og Norsk Helsenett SF er omfattet av sikkerhetsloven, jf. sikkerhetsloven § 2 første ledd. Dette innebar at virksomhetene nevnt over ble omfattet av sikkerhetsloven og tilhørende forskrifter, med ansvar for å iverksette og utøve forebyggende sikkerhetstjeneste fra desember 2014.

Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvar for forebyggende sikkerhetstjeneste i sin sektor, jf. sikkerhetsloven § 4. Dette begrenser likevel ikke den enkeltes ansvar og plikter etter bestemmelsene i eller i medhold av denne loven. Videre har Helse- og omsorgsdepartementet ansvaret for å utpeke skjermingsverdige objekter innen sitt myndighetsområde, jf. sikkerhetsloven § 17.

Helseforetakene og de regionale helseforetakene plikter å utøve forebyggende sikkerhetstjeneste i henhold til bestemmelsene gitt i eller i medhold av sikkerhetsloven, jf. sikkerhetslovens § 5. Videre pålegger loven de som er objekteier en plikt til å foreslå hvilke objekter som er skjermingsverdige overfor departementet. Utvelgelse av skjermingsverdig objekt skal skje på grunnlag av en skadevurdering, hvor det innenfor lovens formål særlig tas hensyn til objektets:

- a) betydning for sikkerhetspolitisk krisehåndtering og forsvar av riket,
- b) betydning for kritiske funksjoner for det sivile samfunn,
- c) symbolverdi, og
- d) mulighet for å utgjøre en fare for miljøet eller befolkningens liv og helse.

Den nye sikkerhetsloven som skal behandles i Stortinget i februar i år har et utvidet virkeområde særlig knyttet til grunnleggende nasjonale funksjoner og de virksomheter som har vesentlig betydning for disse funksjonene. Virksomhetene skal sørge for et forsvarlig sikkerhetsnivå for skjermingsverdig informasjon, skjermingsverdige informasjonssystemer og skjermingsverdige objekter og infrastruktur når dette har betydning for nasjonale sikkerhetsinteresser, samfunnets grunnleggende funksjonalitet og befolkningens grunnleggende sikkerhet. Virksomheter som har råderett over informasjon, informasjonssystemer, objekter eller kritisk infrastruktur av avgjørende betydning for understøttelsen av grunnleggende nasjonale funksjoner må gjennomføre nye risikovurderinger. Dette innebærer både verdi- og skadevurderinger for å avklare sikkerhetsnivå og behov for forebyggende sikkerhetstiltak.

Jeg har i foretaksmøte med de regionale helseforetakene i januar i år stilt krav om at de skal gjennomføre tiltak som gjør at de regionale helseforetakene og regionens helseforetak er klar for å implementere ny sikkerhetslov når den trer i kraft. Som ledd i dette arbeidet har departementet etablert et samarbeid med Nasjonal sikkerhetsmyndighet (NSM) hvor de regionale helseforetakene, Norsk Helsenett SF, Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og Sykehusbygg HF deltar. Målsettingen er å gjennomføre vurderinger av om hele eller deler av deres informasjonssystemer, objekter eller kritisk infrastruktur kan ha avgjørende betydning for understøttelsen av grunnleggende nasjonale funksjoner. Videre skal arbeidet avklare eventuelt sikkerhetsnivå og behov for forebyggende sikkerhetstiltak.

Vurderingen av sikkerhetsnivå og behov for forebyggende sikkerhetstiltak knyttet til IKT-infrastrukturen i helseforetakene vil kunne falle inn under krav i sikkerhetsloven om skjermingsverdig informasjon og vil således kunne være gradert informasjon. Dette er vurderinger som både helseforetakene, de regionale helseforetakene og Helse- og omsorgsdepartementet arbeider med i samarbeid med Nasjonal sikkerhetsmyndighet (NSM).

Skriftlig spørsmål fra Trygve Slagsvold Vedum (Sp) til helseministeren

Dokument nr. 15:885 (2017-2018)

Innlevert: 07.02.2018

Sendt: 07.02.2018

Besvart: 13.02.2018 av helseministeren Bent Høie

Spørsmål

Trygve Slagsvold Vedum (Sp): Mener statsråden at den praksisen som føres når det gjelder kontorsted i Helse Sør-Øst er i tråd med de forutsetningene som ble gitt i St.prp. 44 (2006-2007) og hva vil helseministeren gjøre for å sørge for at Hamar blir det reelle hovedkontoret for Helse Sør-Øst RHF?

Begrunnelse

Det vises til skriftlig spørsmål nummer 771 og svaret fra helseministeren.

Det framgår av svaret at foretaksledelsen i Helse Sør-Øst har vesentlig mer møteaktivitet i Oslo enn på Hamar og at bare to i ledergruppen har tilhold ved helseforetakets kontor på Hamar.

Da Stoltenberg-regjeringen besluttet å opprette Helse Sør-Øst RHF fra 1. juni 2007 var det en klar føring at Hamar og Skien skulle være de to administrasjonsstedene i helseforetaket.

I proposisjonen heter det at «Sammenslåingen innebærer at det vil bli etablert én ny samlet organisatorisk overbygning til erstatning for dagens to RHF-administrasjoner og styrever. Omfanget av arbeidsplasser i Hamar og Skien vil bli opprettholdt.» Oslo var ikke nevnt som lokasjon.

I svaret fra helseministeren framgår det nå at det er like mange ansatte Helse Sør-Øst RHF i Oslo som det er på Hamar, og at et flertall av ledelsen som har sine kontorer i leide lokaler på Grev Wedels plass i Oslo.

Svar

Bent Høie: Slik jeg redegjorde for i mitt svar til spørsmål nr 771 fra stortingsrepresentanten, har Helse Sør-Øst RHF 70 fast ansatte i Oslo, 71 på Hamar og 20 i Skien/Tønsberg. Helse Sør-Øst RHF eier helseforetak fra Sørlandet sykehus HF i sør til Sykehuset Innlandet HF i nord, noe som innebærer at regionen har sykehusdrift fra Flekkefjord til Tynset. I tillegg samhandler de med avtalespesialister, private leverandører og representanter fra primærhelsetjenesten fra alle disse geografiske områdene. Helse Sør-Øst RHF har sørge for ansvaret for om lag 2,9 mill. innbyggere og utgjør dermed om lag 56 pst. av landets spesialisthelsetjeneste.

Som følge av det nye spørsmålet fra stortingsrepresentant Slagsvold Vedum har jeg igjen vært i kontakt med Helse Sør-Øst RHF som gir følgende svar:

"Når det avholdes møter i regionale fagråd, utvalg, nettverk, møter med tillitsvalgte osv. der møtedeltakerne kommer fra ulike sykehus eller virksomheter med lang reisevei til Hamar, legges disse møtene i hovedsak til møtelokalene i Oslo, etter ønske fra de eksterne deltakerne.

I tillegg til møtelokalene i Oslo er det også etablert faste kontorplasser, men det er ingen tvil om at hovedkontoret er på Hamar, selv om det er riktig at Helse Sør-Øst RHF har vesentlig mer møteaktivitet i Oslo. Generelt holdes ledermøter, allmøter og personalsamlinger på Hamar.

Lederne i Helse Sør-Øst oppfordres til å holde sine avdelingsmøter på Hamar. Det siste året har det vært utskiftninger i ledergruppen og vi er nå i ferd med å få på plass en endelig ledergruppe og vil stramme inn igjen på denne praksisen.

Videre vil vi ta en gjennomgang av møtepraksisen for møter som ikke omfatter representanter fra helseforetak eller eksterne samarbeidsparter med uforholdsmessig lang reisevei til Hamar. Dersom det viser seg å ha skjedd en utglidning ved at slike møter legges til Oslo fremfor til hovedkontoret, vil

vi stramme inn på dette, kombinert med bedre tilrettelegging for møtedeltakelse via video/andre digitale løsninger for medarbeidere med arbeidssted Skien/Tønsberg."

Som stortingsrepresentanten ser av svaret og vurderingene over, er Helse Sør-Øst RHF tydelige på at deres hovedkontor ligger på Hamar. Det er også på Hamar de har sin besøksadresse. Innenfor de rammene som er fastsatt er det Helse Sør-Øst RHF som må gjøre de nødvendige vurderingene knyttet til hensiktsmessig og rasjonell drift når det gjelder aktivitet på ulike steder.

Skriftlig spørsmål fra Olaug V. Bollestad (KrF) til helseministeren

Dokument nr. 15:838 (2017-2018)

Innlevert: 01.02.2018 Sendt: 02.02.2018

Besvart: 09.02.2018 av helseministeren Bent Høie

Spørsmål

Olaug V. Bollestad (KrF): Statsråden viser i svar på skriftlig spørsmål fra representanten Kjenseth 5. desember 2016 til at OUS i 2014- 15 gjennomførte en godkjent pilotstudie med organdonasjon fra åtte pasienter som døde av hjerte- og respirasjonsstans når livsforlengende behandling ble avsluttet. Kan statsråden redegjøre for status på prosjektet og bekrefte at OUS skal fortsette sin virksomhet på dette området, samt redegjøre for den videre framdrift for å sikre økt tilgang på organer til transplantasjon?

Begrunnelse

Statsråden viser i sitt svar 5. desember 2016 videre til at:

«Helse Sør-Øst informerte om at OUS ønsket å gi et tilbud om organdonasjon etter varig hjerte- og åndedrettsstans, og at dette er et tiltak som kan øke tilgangen på organer til transplantasjon med 10-20 %.»

Helse Sør-Øst og OUS har uttalt at det ikke er kapasitetsproblemer ved den nasjonale behandlingstjenesten som gir økende ventelister for pasienter som har behov for organtransplantasjon, men at mangel på organer er den største utfordringen. Det er altså livsnødvendig med økt tilgang på organer. Menneskeliv kan gå tapt dersom alle tilgjengelige muligheter ikke tas i bruk.

Dersom det er slik at prosjektet har stoppet opp, er det avgjørende at de nødvendige vurderingene gjennomføres så snart som mulig, slik at arbeidet med økt donasjonsrate kan fortsette.

Svar

Bent Høie: Problemstillingen som representanten Bollestad reiser har nylig vært til behandling i Nye metoder. Jeg har bedt om en uttalelse fra Helse Sør-Øst RHF i sakens anledning. Helse Sør-Øst RHF opplyser at Bestillerforum RHF drøftet 18. desember 2017, i sak 193/17, problemstillinger vedrørende varig hjerte- og åndedrettsstans som dødsriterium ved organdonasjon. Oslo universitetssykehus HF fremmet saken for Bestillerforum med bakgrunn i ønske om å innføre en ny metode, regional normoterm perfusjon (RNP), for å bevare organer etter at døden er inntruffet. Slik organbevarende behandling etter varig hjerte- og åndedrettsstans anslås, ifølge saksfremlegget til Oslo universitetssykehus, å kunne øke tilgangen på organer til transplantasjon med 10-20%.

Helse Sør-Øst viser videre til at tap av hjernesirkulasjon i dag er det vanlige kriteriet for død i forbindelse med organdonasjon. Det har fra ulike hold vært reist kritiske spørsmål ved global sirkulasjonsstans som dødsriterium ved organdonasjon. Bestillerforum ønsket derfor en vurdering av medisinske, etiske og juridiske aspekter for den eventuelle videre bruken av global sirkulasjonsstans som dødsriterium ved organdonasjon, og Bestillerforum RHF besluttet følgende:

«Fullstendig metodevurdering gjennomføres ved Folkehelseinstituttet for organdonasjon med bruk av normoterm regional perfusjon til bruk hos pasienter som dør av hjerte- og respirasjonsstans når

livsforlengende behandling avsluttes. Når metoden nå er til vurdering skal den, i tråd med de overordnede føringene i Nye metoder, ikke brukes.»

Videre opplyser Helse Sør-Øst RHF at Bestillerforum RHF anmodet Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet om å samarbeide tett i metodevurderingsarbeidet, spesielt i oppstarten, slik at de relevante problemstillingene og aspektene blir belyst. Etter vanlig praksis skal også relevante fagekspertter kobles inn i arbeidet. Ifølge Folkehelseinstituttet er Sverige inne i en omfattende vurdering av organonasjon etter varig hjerte- og åndedrettsstans. Bestillerforum ba om at det ble tatt kontakt med Sverige for å koordinere arbeidet.

Representanten Bollestad fremholder at det er avgjørende at de nødvendige vurderingene gjennomføres så snart som mulig, slik at arbeidet med økt donasjonsrate kan fortsette.

Det er Folkehelseinstituttet som følger opp arbeidet med en metodevurdering. Arbeidet skal foregå i nært samarbeid med Helsedirektoratet og relevante fagekspertter. Ifølge referatet fra Bestillerforum vil vurdering av etiske og juridiske aspekter vil være en viktig del av metodevurderingen.

Helse Sør-Øst RHF, som er ansvarlig for den nasjonale behandlingstjenesten for organtransplantasjon, uttaler at RHFet vil prioritere å bidra med fagressurser i arbeidet med metodevurderingen, og medvirke til at Bestillerforum RHF får saken til behandling så snart fullstendig metodevurdering er klar.

De opplyser videre at inntil avklaring foreligger, vil Oslo universitetssykehus forsøke å opprettholde antall organtransplantasjoner på et så høyt nivå som mulig gjennom fortsatt aktiv rekruttering av givere og bruk av tilgjengelig teknologi.

Det har de siste årene vært en nedgang i tilgangen på organer, særlig fra levende giver.

I 2016 ble det transplantert 47 nyrer fra levende giver, mens det i 2017 var en sterk økning til 74 nyrer. Vi vet at mange er positive til organonasjon, men vi har ikke hatt gode systemer for at dette er kjent når personen dør. I dag er løsningen gjennom et donorkort vi må ha med oss, eller via en app. I 2018 vil vi gjennomføre en nasjonal kampanje for å mobilisere enda flere organdonorer. Kampanjen skal også omfatte levende giver av nyre. Kampanjen skal komme samtidig med en ny løsning slik at alle skal kunne registrere seg som organdonor i kjernejournal.

Vi må ha gode systemer for at de som vil donere organer får mulighet til det. Det er samtidig vesentlig å sikre at helsepersonell raskt kan få avklart muligheten for organonasjon, og sette i gang arbeidet med å sikre organer. Representanten Bollestad fremhever i sitt spørsmål det viktige arbeidet for økt donasjonsrate. Jeg håper at kampanjen og muligheten for å registrere seg som organdonor i kjernejournal vil bidra til økt tilgang på organer til transplantasjon, slik at flere liv kan reddes.

Skriftlig spørsmål fra Per Olaf Lundteigen (Sp) til helseministeren

Dokument nr. 15:836 (2017-2018)

Innlevert: 01.02.2018 Sendt: 01.02.2018

Besvart: 08.02.2018 av helseministeren Bent Høie

Spørsmål

Per Olaf Lundteigen (Sp): Blå Kors Borgestadklinikken i Drammen har mista anbudet med Helse Sør-Øst RHF. Blå Kors-klinikkens målgruppe er personer med alkohol- og/eller medikamentavhengighet, samt spilleavhengige og pårørende (i hovedsak eldre personer). Ifølge Helse Sør-Øst skal disse personene i stedet få hjelp andre steder innen Vestre Viken HF.

Kan statsråden redegjøre konkret for innholdet i dette alternative tilbudet?

Svar

Bent Høie: Det ligger til de regionale helseforetakene sitt sørge for-ansvar å tilby befolkningen i egen helseregion de spesialisthelsetjenester innbyggerne i helseregionen har behov for – i dette tilfellet helsetjenester innen TSB.

Jeg er orientert av Helse Sør-Øst RHF i sakens anledning. Her fremgår det at den anbudskonkurransen innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) de nå har gjennomført, baserer seg på en analyse av det samlede behandlingsbehovet for pasienter med rus- og/eller avhengighetsproblematikk i helseregionen. Helse Sør-Øst RHF opplyser videre at tilbud for pårørende er vektlagt i anbudet og at tilbud til pårørende er et godt etablert poliklinisk tilbud i hele regionen.

Når det gjelder tilbudene til pårørende oppgir Helse Sør-Øst RHF at det i grunnlagsdokumentene for alle de fem delytelsene Helse Sør-Øst RHF la ut på anbud, fremgikk at pårørende skulle involveres i pasientenes behandling, at pårørende skulle ivaretas, også barn som pårørende og pasientens søsken. I tillegg ble det også omtalt i grunnlagsdokumentene at det skulle gis pasient- og pårørendeopplæring og pårørendeinformasjon. Helse Sør-Øst RHF opplyser videre at pårørende uten et eget rusproblem, men som på grunn av belastninger knyttet til sin livssituasjon trenger helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, også vil kunne henvises til psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Pårørende som har et eget rusproblem vil kunne henvises til tverrfaglig spesialisert rusbehandling og vil kunne få selvstendig pasientstatus i et slikt program.

Helse Sør-Øst RHF viser videre til at det eksisterer egne ruspoliklinikker i Vestre Viken HF som er organisert som en del av de distriktpsikiatriske sentrene (DPS). Personer i Buskerud som har behov for behandling i spesialisthelsetjenesten for problemer som pårørende til person med et rusproblem kan henvises til det lokale DPSet i Vestre Viken HF.

Når det gjelder tilbud til spillavhengige opplyser Helse Sør-Øst RHF at de ikke anbefaler at pasienter med spilleproblematikk innlegges i døgnbehandling hvis de ikke samtidig har avhengighet knyttet til bruk av rusmidler.

Helse Sør-Øst RHF viser videre til at det finnes egne veletablerte behandlingsmetoder for spillavhengige og som er tilgjengelig over hele landet knyttet til DPS og/eller ruspoliklinikker. I følge Helse Sør-Øst RHF kan personer i Buskerud som søker behandling i spesialisthelsetjenesten for problemer knyttet til spilleavhengighet, henvises til det lokale DPS i Vestre Viken HF for vurdering. På grunnlag av en slik vurdering kan det være aktuelt med behandling ved ruspoliklinikken ved dette DPSet, men det kan også være aktuelt å få behandling ved andre poliklinikker i denne delen av regionen. Helse Sør-Øst RHF opplyser avslutningsvis at noen poliklinikker og enkelte privatpraktiserende psykologer har spesialisert seg på spilleavhengige og er oppført på en egen ressursliste. Ruspoliklinikken i Drammen DPS står på denne listen.

Skriftlig spørsmål fra Kjersti Toppe (Sp) til helseministeren

Dokument nr. 15:802 (2017-2018)

Innlevert: 26.01.2018 Sendt: 29.01.2018

Besvart: 07.02.2018 av helseministeren Bent Høie

Spørsmål

Kjersti Toppe (Sp): Vil statsråden gi helseforetakene instruks om ikke å benytte innleid arbeidskraft for faste oppgaver i sykehusene?

Begrunnelse

Ifølge Aftenposten 25.01.18 har norske sykehus brukt 4,3 milliarder kroner på å leie inn leger, sykepleiere og annet helsepersonell siden 2012. Det brukes 900 millioner årlig. Det fremgår at det leies inn arbeidskraft for å utføre sykehusets ordinære oppgaver, noe det gis tillatelse til i Arbeidsmiljøloven etter avtale med tillitsvalgte. §14.12 (2)

«I virksomhet som er bundet av tariffavtale kan arbeidsgiver og tillitsvalgte som til sammen representerer et flertall av den arbeidstakerkategori innleien gjelder, inngå skriftlig avtale om tidsbegrenset innleie uten hinder av det som er bestemt i første ledd. Virksomheten skal på forespørsel fra Arbeidstilsynet fremlegge dokumentasjon på at den er bundet av tariffavtale og at det er inngått avtale med de tillitsvalgte som nevnt i første punktum.»

Hovedregelen i Arbeidsmiljøloven er likevel at slik innleie skal skje for å dekke midlertidige, og ikke faste, behov, jf. §14.9. Praksisen i helseforetakene viser at mulighetene i Arbeidsmiljøloven tøyes svært langt. Staten kan som sykehusenes eier i henhold til loven bestemme hvilke praksis helseforetakene skal følge.

Hyppig og utstrakt vikarbruk utfordrer pasientsikkerheten, effektiviteten og fagutviklingen i sykehusene. Det gjør det langt mer utfordrende å skape gode arbeidsmiljøer og en delings- og varslingskultur, når mange som arbeider på sykehuset bare er der midlertidig. Statssekretæren svarer på vegne av regjeringen, Aftenposten 25.01.18, at den arbeider for å redusere bruken av midlertidige stillinger og at flest mulig ansatte i hele faste stillinger øker kvaliteten i pasientbehandlingen. Undertegnede mener statsråden for å nå regjeringens oppgitte mål kan be helseforetakene avslutte praksisen med midlertidig innleie for faste oppgaver og behov.

Vanskeligheter med å rekruttere bestemte personellgrupper bør ikke løses med innleie, slik det fremgår av Aftenposten. Det at det finnes personell å leie inn viser at personellet finnes og da må det tilbys faste stillinger i helseforetakene. Til midlertidige oppgaver og behov kan sykehusene leie inn personell slik Arbeidsmiljøloven åpner for.

Svar

Bent Høie: Flest mulig ansatte i hele faste stillinger i sykehusene øker kvaliteten og kontinuiteten i pasientbehandlingen. Fast ansettelse er hovedregelen i sykehusene, og sykehusene arbeider for å redusere bruken av vikarer, midlertidige ansettelser og bruk av deltid. Jeg har tillit til at sykehusene i størst mulig grad bruker fast ansatte, og at de arbeider systematisk for å redusere bruken av vikarer.

De regionale helseforetakene har informert departementet om at sykehusene i hovedsak benytter innleid helsepersonell ved avvikling av ferie for egne medarbeidere, og ved akutt ikke-planlagt fravær der sykehusene selv ikke har mulighet for å omdisponere egne ressurser for å dekke opp fraværet. I enkelte helseforetak har de utfordringer med rekruttering av noen legespesialister. Da benytter helseforetakene i hovedsak de samme vikarene som ved fravær frem til de får ansatt egne medarbeidere. Totalt utgjør dette om lag 0,5 – 0,8 pst. av alle vakter i landets helseforetak.

Helsepersonell er en av de største innsatsfaktorene i sykehusene. Budsjettet for spesialisthelsetjenesten i 2017 var på mer enn 140 mrd. kroner, og lønnskostnadene utgjør mellom 65 og 70 pst. av driftskostnadene. Opplysninger jeg har hentet inn viser at spesialisthelsetjenesten bruker 1,4 mrd. kroner på vikarer. De regionale helseforetakene har informert departementet om at det har vært en nedgang i antall timer utført av vikarer fra 2013 til tredje kvartal 2017. Samlet sett har nedgangen i antall timer utført av vikarer ifølge de regionale helseforetakene vært på 47,4 pst. for leger, 13,5 pst. for sykepleiere og 27,2 pst. for annet helsepersonell. I samme periode har kostnadene økt med om lag 14 pst. Dette skyldes økte lønnskostnader, reisekostnader med mer.

Sykehusinnkjøp har på vegne av de regionale helseforetakene inngått nasjonale rammeavtaler med vikarbyrå for bruk av innleid helsepersonell. Dette er et helt nødvendig tiltak for å regulere bruken av innleie, og sikre kvalitet i alle deler av prosessene rundt bruk av innleid helsepersonell. Rammeavtalen stiller strenge krav til at alle leverandører har kvalitetssikringssystemer som ivaretar kvaliteten på leverte tjenester. Dette gjør også at de totale kostnadene øker. Rammeavtalen forutsetter likebehandling av lønn for innleid helsepersonell og fast ansatte. Dette er en av årsakene til at det har vært en vekst i omsetning i kroner. I tillegg har det vært en økning i reisekostnader og andre kostnader for vikarleverandørene.

De regionale helseforetakene og helseforetakene arbeider med å videreutvikle kunnskapsgrunnlaget

på dette området. Flere helseforetak har etablert egne interne bemanningsentre som i stor grad håndterer fravær. Dette er en god løsning der en har utviklet strategier for å tilby nyutdannede sykepleiere hele traineestillinger. Disse jobber ved flere enheter, og opparbeider seg en god kunnskap og erfaring. De er attraktive, og mange som ønsker å få en fast tilknytning til en bestemt seksjon lykkes ofte raskt med det i de aktuelle helseforetakene.

Jeg har de seneste årene i foretaksmøtene i de regionale helseforetakene stilt særlige krav på bemanningsområdet. I foretaksmøtet i januar 2016 stilte jeg krav om at vikarbruken bør reduseres der det er mulig, og at det er et ledelsesansvar å sikre en riktig og forsvarlig bemanning. I foretaksmøtet i januar i år viste jeg til tidligere stilte krav, og ba de regionale helseforetakene om å arbeide systematisk med strategisk bemannings- og kompetanseplanlegging, og ha et målrettet arbeid med å utdanne, rekruttere, beholde og utvikle medarbeidere. Dette følges opp med jevnlig rapportering til departementet.

De fire regionale helseforetakene har gjennom de senere årene samarbeidet godt på bemanningsområdet. De har lyktes i å redusere bruken av deltid, midlertidig ansatte og bruk av vikarer. Det er imidlertid fremdeles rom for forbedring. Jeg tror ikke at et forbud mot bruk av vikarer kan løse disse utfordringene, snarere kan det gi oss andre utfordringer knyttet til å opprettholde et ønsket tjenestetilbud til befolkningen.

Det er forventninger til at helseforetakene baserer seg på egne faste medarbeidere i fulle stillinger, men vi kan ikke sette til side ordinære virkemidler for å yte god pasientbehandling også når egne medarbeidere har ferie eller det oppstår akutt sykdom. Jeg forutsetter og legger til grunn at tillitsvalgte og vernetjenesten er godt orientert om utviklingen, og at bruk av innleid helsepersonell blir drøftet i tråd med lov og avtaleverk.

Skriftlig spørsmål fra Marit Arnstad (Sp) til helseministeren

Dokument nr. 15:794 (2017-2018)

Innlevert: 25.01.2018 Sendt: 25.01.2018

Besvart: 02.02.2018 av helseministeren Bent Høie

Spørsmål

Marit Arnstad (Sp): Babcock Scandinavian Air Ambulance skal ta over luftambulansetjenester i Norge sommeren 2019. Dette er omstridt, ikke minst blant pilotenes organisasjoner, fordi forventede dårligere arbeidsvilkår vil kunne true rekrutteringen av kvalifiserte piloter til det nye selskapet. Søknadsfristen for pilotstillingene gikk ut 15.01.18.

Er statsråden trygg på at rekrutteringen vil være vellykket og at man vil få nok kvalifiserte piloter til dette høyt spesialiserte oppdraget?

Begrunnelse

Babcock Scandinavian Air Ambulance AB (BSAA) har vunnet anbudet om flyambulansetjenesten fra 01.07.19. Selskapet Lufttransport mister dermed kontrakten med Helseforetaket Luftambulansetjenesten.

Dette har skapt stor uro i Norsk Flygerforbund og blant de pilotene som i dag arbeider i flyambulansetjenesten. Forbundet mener at overgangen fra Selskapet Lufttransport til BSAA må løses med en selskapsoverdragelse.

Den viktigste grunnen til at en selskapsoverdragelse er den klokeste måten å løse dette på, er at det er stort underskudd på piloter i det europeiske markedet. I en situasjon hvor Lufttransport's piloter må søke jobb i BSAA er det fare for at flere kan søke seg bort fra flyambulansetjenesten fordi de trolig får dårligere lønns- og arbeidsvilkår enn de har nå.

BSAA mener å kunne drive tjenesten 300 millioner billigere i seks år, og det er vanskelig å se for seg at dette skal kunne skje uten at det får konsekvenser for de ansattes lønns- og arbeidsvilkår.

Leder Yngve Carlsen i Flygerforbundet beskriver i Fri fagbevegelse 27.11.2017 flyambulansetjenesten som «kritisk for bosettingsmønsteret vi har i Norge». Han sier videre: «– Per i dag er svært mange på utkikk etter nye jobber, og andre jobber er det flust av for tiden. Det er nemlig en betydelig pilotmangel i Europa i dag og derfor veldig mange jobber tilgjengelig. Hvis man samtidig skal gå inn i en ny tjeneste der man har vunnet på en mye lavere pris, blir det problematisk å finne piloter til denne prisen, når det samtidig rekrutteres over hele Europa. Selskapet har heller ingen erfaring med så krevende flyoperasjoner som kreves i dette området. Det er helt spesielle krav til flygerne som flyr denne tjenesten, både i form av erfaring i området og til å fly på så korte baner. Det vi kan risikere er at pilotene forsvinner allerede før det svenske selskapet overtar. Da vil denne samfunnskritiske tjenesten bryte sammen på et langt tidligere tidspunkt enn 1. juli 2019 når de skal overta [...]

Svar

Bent Høie: Når en kontrakt inngås basert på en utlyst anskaffelseskonkurranse, så må både tilbyderer og kjøperen vurdere prissetting og risiko for at tjenesten kan leveres som avtalt. I denne konkrete saken innebærer det blant annet en vurdering av om overføringen av driften fra Lufttransport AS til Babcock Scandinavian Air Ambulance AB kan gjøres uten opphold og til avtalt kvalitet.

Babcock Scandinavian Air Ambulance AB, Lufttransport AS og Luftambulansetjeneste HF er alle selvstendige virksomheter. Disse aktørene er nå i dialog og har satt i gang prosesser som skal sikre en trygg overføring av oppdraget fra nåværende til ny tilbyder av flyambulansetjenester. For eksempel stilles det i kontraktene krav til leverandørene om piloters erfaring fra kortbane. Jeg oppfatter det også slik at disse kravene er til dels skjerpet i forhold til dagens kontrakt.

Det er Babcock Scandinavian Air Ambulance AB som har ansvaret for rekruttering av kvalifiserte piloter til sitt selskap. I følge Luftambulansen HF har selskapet opplyst at det var et betydelig antall søkere til de utlyste stillingene ved søknadsfristen 15. januar i år. Luftambulansetjenesten HF opplyser at de derfor ikke på nåværende tidspunkt ser grunn til å forvente noe annet enn at selskapet vil levere tjenester i tråd med kontrakten som er inngått ved oppstarten som er satt til 1. juli neste år.

Skriftlig spørsmål fra Masud Gharahkhani (A) til helseministeren

Dokument nr. 15:784 (2017-2018)

Innlevert: 24.01.2018 Sendt: 24.01.2018

Besvart: 05.02.2018 av helseministeren Bent Høie

Spørsmål

Masud Gharahkhani (A): Vil helseministeren ta initiativ til tilleggsbevilgning, eller tilleggsanbud for å opprettholde rusbehandlingstilbudet ved Borgestadklinikken i Drammen (Blå kors)?

Begrunnelse

Det er tragisk at et anerkjent rusbehandlingstilbud som har eksistert i 41 år nå må legges ned. Borgestadklinikken i Drammen har et sterkt fagmiljø med gode resultater å vise til. Vi må bygge opp, ikke bygge ned rusbehandling i Norge. For Drammen, Buskerud og hele landet vil rusomsorgen bli fattigere ved at dette tilbudet nå kan bli borte, dersom helseministeren ikke snarest viser handlekraft og tar grep.

Helseminister Bent Høie har selv anerkjent behovet for tilbud for de som sliter med alkohol og medikamentmisbruk.

23. januar besøkte jeg klinikken og fikk møte brukere og tidligere pasienter. Det gjorde sterkt inntrykk på meg, og hensynet til kvinneperspektiv i rustilbudet i Drammen er unikt. Tilbudet i Drammen har reddet liv og gitt mange en ny sjanse i livet. Uten dette flotte tilbudet ville mange ikke ha oppsøkt hjelp, til stor tragedie for den enkelte og familien, men også for hele samfunnet. I dag jobber mange av dem som fikk behandling som frivillige for å gi gode ettervernstilbud.

Som stortingsrepresentant fra Buskerud mener jeg at helseministeren nå må ta grep. Tilbudet i Drammen må bestå. Jeg registrerer også at lokale Høyre-representanter er enig med meg.

Saken handler om politisk vilje. Helseministeren kan ta følgende grep: Sikre tilleggsbevilgning eller tilleggsanbud som kan sørge for at Borgestadklinikken får en ny sjanse.

Denne saken viser også behovet for at offentlige spiller på lag med de ideelle. Det bør ikke være konkurranse men samspill til det beste for pasientene. Vi kan ikke rive ned fagmiljøer, for så å bygge opp igjen. Det betyr dårligere helsetilbud, og dårlig samfunnsøkonomi.

Jeg forventer at helseministeren ikke overlater svaret til byråkratiet men tar politisk ansvar.

Svar

Bent Høie: Jeg vil først få minne om at denne anskaffelsen først og fremst handler om tilbudet til rusavhengige i regionen, og at disse nå får et utvidet tilbud ved at man har fått på plass en avtale med flere private tilbydere. Det er også verdt å merke seg at Helse Sør-Øst RHF har avsatt en større økonomisk ramme til dette tilbudet enn tidligere. Borgestadklinikken var tidligere eneleverandør, mens det nå er inne fire ulike leverandører for å tilby de tjenestene som ble etterspurt. Foruten Borgestadklinikken er det tildelt avtale til Tyrilistiftelsen, Manifestsenteret og Skjelfoss psykiatriske senter. Alle disse er private ideelle leverandører.

Det ligger til de regionale helseforetakene sitt sørge for-ansvar å tilby befolkningen i egen helseregion de spesialisthelsetjenestene innbyggerne har behov for, herunder å vurdere eventuell bruk av private tjenesteytere. Dette må selvfølgelig skje innenfor de økonomiske rammene som Stortinget stiller til rådighet.

Helse Sør-Øst RHF har orientert meg om at de i forbindelse med denne konkrete anskaffelsen innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling har gjennomført en analyse av det samlede behandlingsbehovet for pasienter med rus- og/eller avhengighetsproblematikk i helseregionen. På grunnlag av dette gjennomførte de en konkurranse, hvor de delte inn i fem ulike delytelser. Alle disse delytelsene forutsatte at avrusning, utredning og behandling skulle integreres i den enkelte ytelse. Dette medfører at man får utnyttet kapasiteten bedre. Den økte økonomiske rammen åpner også for en styrket kompetanse i tilbudene. Det totale tilbudet er kvalitativt vesentlig styrket og tilpasset dagens faglige krav. Kapasiteten på avrusning og behandling er i følge Helse Sør-Øst RHF opprettholdt.

Kjøp av helsetjenester er som kjent underlagt regelverket for offentlige anskaffelser, og Helse Sør-Øst har ikke anledning til å gjøre en direkteanskaffelse fra Borgestadklinikken. Borgestadklinikken har i konkurranse med 11 andre tilbydere gitt sitt tilbud, hvor de har beskrevet de tjenester de ønsker å tilby med tilhørende priser. De har blitt tildelt omfattende kontrakter både volummessig og økonomisk.

Det er Helse Sør-Øst som har ansvaret for denne anskaffelsen og de tilhørende vurderinger, både konkret og i forhold til helheten. Jeg har ikke oppfattet at noen av tilbyderne har bestridt prosessen eller tildelingen rettslig.

Skriftlig spørsmål fra Arne Nævra (SV) til helseministeren

Dokument nr. 15:773 (2017-2018)

Innlevert: 23.01.2018 Sendt: 23.01.2018

Besvart: 30.01.2018 av helseministeren Bent Høie

Spørsmål

Arne Nævra (SV): Etter en åpen anbudsrunde innen TSB har Helse Sør-Øst fordelt 100 behandlingsplasser på fire private, ideelle institusjoner. Borgestads avdeling på Bragernes i Drammen, var ikke en av dem og må legges ned etter 41 års sammenhengende drift.

Ser statsråden at anbudskonkurranser, der institusjoner konkurrerer om pasientgrupper, kan ødelegge

viktige fagmiljøer og lokalt tilbud, og hvordan skal han f.eks. skaffe spesialtilbud til poliklinisk behandling for pårørende og til spillavhengige i Buskerud nå?

Begrunnelse

Etter at Borgestadklinikken sa opp sin avtale med Helse Sør-Øst 1. april 2016 på grunn av svært vanskelige økonomiske rammer, har det vært fortatt ny anbudsutsettelse.

Helse Sør-Øst RHF har gitt fire private ideelle virksomheter tilbud om avtale innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Den totale rammen for anskaffelsen er på 257 millioner kroner. I tillegg etableres det 10 nye avrusingsplasser ved Sykehuset Telemark.

Borgestadklinikken avdeling i Drammen (og Vennesla) nådde ikke opp konkurransen. Dette etter 41 år sammenhengende drift og svært gode resultater. Gjennomføringsprosent for inneliggende pasienter var i gjennomsnitt 83 prosent, og gjennomføringsprosent for polikliniske pasienter var 89 prosent.

Klinikken i Drammen har gjort seg bemerket på mange felt. Den har blant annet bygd opp god ekspertise på spillavhengighet og vært et etterlengtet sted for poliklinisk behandling og støtte til pårørende av rusavhengige.

Helse Sør-Øst opplyser at nye, kommersielle aktører har kommet inn og bidratt til en «overproduksjon» av tjenester på dette felt: De skriver:

«Det siste halve året har også tre nye kommersielle virksomheter innen rusfeltet blitt godkjent for ordningen «fritt behandlingsvalg» i den sørlige delen av regionen, deriblant fem plasser for avrusning. Sammen med redusert innsøkning til døgnbehandling innen TSB, ser man at flere av institusjonene som har avtale med Helse Sør-Øst RHF nå sliter med å oppnå fullt belegg, noe som indikerer god kapasitet. Det gjelder primært langtids døgnbehandling».

Dette gjelder altså ikke for Bragernesklinikken. De kan opplyse at det jevnt over har vært fullt belegg og ventelister til sine ganske unike behandlingstilbud.

Det er vanskelig å se at Buskerud kan få dekket sitt behov på dette feltet med de tildelinger som er gitt. Det er et stort skritt for mange rusavhengige å banke på institusjonenes dør. Enda vanskeligere blir det om en må sette seg på et tog, eller en buss og kjøre over lange avstander for å få et sårt tiltrengt tilbud.

Svar

Bent Høie: Det ligger til de regionale helseforetakene sitt sørge-for-ansvar å tilby befolkningen i egen helseregion de spesialisthelsetjenester innbyggerne i helseregionen har behov for - i dette tilfellet helsetjenester innen TSB.

Jeg er orientert av Helse Sør-Øst RHF i sakens anledning. Her fremgår det at den anbudskonkurransen innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) de nå har gjennomført, baserer seg på en analyse av det samlede behandlingsbehovet for pasienter med rus og/eller avhengighetsproblematikk i helseregionen. Helse Sør-Øst RHF opplyser videre at tilbud for pårørende er vektlagt anbudet og at tilbud til pårørende er et godt etablert poliklinisk tilbud i hele regionen.

Når det gjelder tilbudene til pårørende oppgir Helse Sør-Øst RHF at det i grunnlagsdokumentene for alle de fem delytelsene Helse Sør-Øst RHF la ut på anbud,

fremgikk at pårørende skulle involveres i pasientenes behandling, at pårørende skulle ivaretas, også barn som pårørende og pasientens søsken. I tillegg ble det også omtalt i grunnlagsdokumentene at det skulle gis pasient- og pårørendeopplæring og pårørendeinformasjon. Helse Sør-Øst RHF opplyser videre at pårørende uten et eget rusproblem, men som på grunn av belastninger knyttet til sin livssituasjon trenger helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, også vil kunne henvises til psykisk helsevern

eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Pårørende som har et eget rusproblem vil kunne henvises til tverrfaglig spesialisert rusbehandling og vil kunne få selvstendig pasientstatus i et slikt program.

Helse Sør-Øst RHF viser videre til at det eksisterer egne ruspoliklinikker i Vestre Viken HF som er organisert som en del av de distriktspyskiatriske sentrene (DPS). Personer i Buskerud som har behov for behandling i spesialisthelsetjenesten for problemer som pårørende til person med et rusproblem kan henvises til det lokale DPSet i Vestre Viken HF.

Når det gjelder tilbud til spillavhengige opplyser Helse Sør-Øst RHF at de ikke anbefaler at pasienter med spilleproblematikk innlegges i døgnbehandling hvis de ikke samtidig har avhengighet knyttet til bruk av rusmidler.

Helse Sør-Øst RHF viser videre til at det finnes egne veletablerte behandlingsmetoder for spillavhengige og som er tilgjengelig over hele landet knyttet til DPS og/eller ruspoliklinikker. Ifølge Helse Sør-Øst RHF kan personer i Buskerud som søker behandling i spesialisthelsetjenesten for problemer knyttet til spilleavhengighet, henvises til det lokale DPS i Vestre Viken HF for vurdering. På grunnlag av en slik vurdering kan det være aktuelt med behandling ved ruspoliklinikken ved dette DPSet, men det kan også være aktuelt å få behandling ved andre poliklinikker i denne delen av regionen. Helse Sør-Øst RHF opplyser avslutningsvis at noen poliklinikker og enkelte privatpraktiserende psykologer har spesialisert seg på spilleavhengige og er oppført på en egen ressursliste. Ruspoliklinikken i Drammen DPS står på denne listen.

Skriftlig spørsmål fra Trygve Slagsvold Vedum (Sp) til helseministeren

Dokument nr. 15:771 (2017-2018)

Innlevert: 22.01.2018 Sendt: 23.01.2018

Besvart: 01.02.2018 av helseministeren Bent Høie

Spørsmål

Trygve Slagsvold Vedum (Sp): Hva er de faktiske kostnadene Helse Sør-Øst RHF har i dag ved sin lokasjon i Oslo, antall ansatte, driftskostnader – og hvor er foretaksledelsen lokalisert i sitt daglige virke?

Begrunnelse

Da Helse Sør-Øst RHF ble etablert i 2007, ble det bestemt at hovedkontoret skulle ligge på Hamar og ha et administrasjonssted i Skien.

I spørsmål nummer 167 i 2016 svarte helse- og omsorgsministeren på spørsmål fra daværende stortingsrepresentant Anne Tingelstad Wøien om at det per 1. oktober var 157 fast ansatte i administrasjonen i Helse Sør-Øst, der blant annet 71 hadde arbeidssted i Hamar, 63 ansatte i Oslo og 13 i Skien.

Svar

Bent Høie: Jeg har vært i kontakt med Helse Sør-Øst RHF som opplyser følgende vedrørende spørsmålet fra stortingsrepresentant Trygve Slagsvold Vedum:

"De faktiske kostnadene ved Helse Sør-Øst RHF sin lokasjon i Oslo er i 2017 totalt 7,2 millioner kroner, hvorav husleie utgjør 6,9 millioner kroner.

Antall fast ansatte ved lokasjonen i Oslo er per nå totalt 70, i Hamar 71 og i Skien/Tønsberg 20.

Foretaksledelsen i Helse Sør-Øst RHF har sine ledermøter på Hamar, men har vesentlig mer møteaktivitet i Oslo enn på Hamar. Hovedkontoret er på Hamar. Helse Sør-Øst RHF er opptatt av rekruttering fra hele regionen og har derfor møte- og kontorlokaler i Oslo, i Skien og i Tønsberg, i tillegg til hovedkontoret på Hamar. I ledergruppen er 2 bosatt i Hamar-området med kontorplass på Hamar, en bor i Skien og har kontorplass i Skien og 5 bor i Oslo og har kontorplass der."

Skriftlig spørsmål fra Tellef Inge Mørland (A) til helseministeren

Dokument nr. 15:764 (2017-2018)

Innlevert: 22.01.2018 Sendt: 22.01.2018

Besvart: 30.01.2018 av helseministeren Bent Høie

Spørsmål

Tellef Inge Mørland (A): Hvordan er det samlede avrusningstilbudet tenkt løst innen Helse Sør-Øst RHF, og kan statsråden garantere for at man ikke vil få et dårligere tilbud med færre avrusingsplasser etter det nye anbudet?

Begrunnelse

I 2015 sa Blå Kors Borgestadklinikken opp den løpende avtalen med Helse Sør-Øst RHF. Avtalen var da på 129 døgnplasser. Helse Sør-Øst lyste ut nytt anbud, og ved tildelingen valgte helseforetaket å kjøpe 100 døgnplasser.

Borgestadklinikken hadde 20 plasser for avrusning før anbudet. Ingen av disse blir videreført i den nye avtalen. Helse Sør-Øst RHF opplyser at man ved sykehuset i Telemark vil opprette 10 avrusingsplasser. Dette vil i så fall ikke kompensere tilstrekkelig for bortfallet av plassene ved Borgestadklinikken.

Svar

Bent Høie: Det er riktig som representanten Tellef Inge Mørland viser til at Blå Kors Borgestadklinikken selv valgte å si opp den avtalen de hadde med Helse Sør-Øst RHF.

Det ligger til de regionale helseforetakene sitt sørge for-ansvar å tilby befolkningen i egen helseregion de spesialisthelsetjenester innbyggerne i helseregionen har behov for – i dette tilfellet helsetjenester innen TSB.

Jeg er blitt orientert av Helse Sør-Øst RHF i sakens anledning. Når Helse Sør-Øst RHF skal vurdere det samlede tilbudet om abstinens- og avrusningsbehandling blir denne vurderingen ifølge Helse Sør-Øst RHF foretatt blant annet på grunnlag av Helsedirektoratet sin nasjonale faglige retningslinje på dette området (Nasjonale faglige retningslinjer for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler (IS-nummer 2211)).

Av Helse Sør-Øst RHF sin orientering fremgår det at alle helseforetak i regionen skal ha tilbud om avrusning i døgnavdeling med høy medisinsk faglig kompetanse, med tilgang til medisinske støttetjenester og spesialistkompetanse innen somatikk og psykiatri. Slike døgnavdelinger skal være en av basistjenestene i helseforetakenes tilbud. Helse Sør-Øst RHF opplyser videre at alle helseforetak i helseregionen, med unntak av Sykehuset Telemark HF, har frem til i dag hatt egne slike avrusningsenheter. Sykehuset Telemark HF har fått i oppdrag å bygge opp en avrusningsenhet i tilknytning til dagens eksisterende akutt-plasser og akuttambulante team. Avdelingen skal åpne 1. mars 2018, noe som ifølge Helse Sør-Øst RHF vil styrke den akuttmedisinske kjeden og forsterke tilbudet om tverrfaglig spesialisert rusbehandling for befolkningen i denne delen av regionen.

I følge Helse Sør-Øst RHF har Borgestadklinikken frem til 1.4. 2018 avtale med Helse Sør-Øst RHF om å drive 18 avrusingsplasser, 9 i Skien og 9 i Drammen (Bragernes). Plassene som bortfaller i Skien erstattes av tilbudet som etableres ved Sykehuset Telemark HF, Skien. Plassene i Drammen representerte i følge Helse Sør-Øst RHF ikke et avrusningstilbud med like høy medisinsk faglig kompetanse som Borgestads avrusningsenhet i Skien.

Helse Sør-Øst RHF opplyser videre at de fleste pasienter som skal innlegges i døgnenhet opplever ikke behov for avrusning i døgnavdeling med høy medisinsk faglig kompetanse, men kan likevel ha behov for enklere behandling for abstinensplager. Helse Sør-Øst RHF har derfor, som en del av den aktuelle anbudskonkurransen, stilt krav om at tilbyderne skal kunne gi slik abstinensbehandling i forbindelse med avrusning i alle behandlingsforløpene. Dette er et tilbud flere private avtalepartnere gir i dag og som Helse Sør-Øst RHF og brukerne har god erfaring med.

Etter Helse Sør-Øst RHF sin vurdering er en slik modell avgjørende for en god ivaretagelse av brukere og pasienter. Helhetlige forløp er viktig bl.a. for å redusere frafall ved at man unngår venting mellom avrusning og videre behandling, men også fordi man unngår merbelastninger for pasienter og brukere i forbindelse med overføring til en ny institusjon. Alle tilbydere i den aktuelle anskaffelsen har i følge Helse Sør-Øst RHF beskrevet enklere avrusnings- og abstinensbehandling i sine tilbud, slik at denne tjenesten nå ivaretas i et helhetlig behandlingsforløp.

Helse Sør-Øst RHF opplyser også at Vestre Viken HF har 13 avrusingsplasser på sykehuset i Drammen og 13 plasser på sykehuset i Bærum. I følge Helse Sør-Øst RHF arbeider Vestre Viken HF nå med å videreutvikle disse plassene for å øke kvaliteten og kapasiteten på avrusningstilbudet i denne delen av regionen.

Det er Helse Sør-Øst RHF sin vurdering at avrusningskapasiteten ved helseforetakene i regionen og enklere avrusning- og abstinensbehandling i døgninstitusjonene til sammen vil dekke behovet for både enklere og mer komplisert avrusning. Helse Sør-Øst RHF opplyser også at ventetiden på all rusbehandling i regionen har gått betydelig ned de siste årene, og er lavere enn innen andre virksomhetsområder.

Det er Helse Sør-Øst RHF sin vurdering at tilbudet innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i regionen er i tråd med den faglige utviklingen i feltet, og at avrusningskapasiteten i regionen samlet sett vil bli styrket.

Skriftlig spørsmål fra Tellef Inge Mørland (A) til helseministeren

Dokument nr. 15:763 (2017-2018)

Innlevert: 22.01.2018 Sendt: 22.01.2018

Besvart: 30.01.2018 av helseministeren Bent Høie

Spørsmål

Tellef Inge Mørland (A): Hvilke konsekvenser får flertallsmerknaden om at Helfo sine arbeidsplasser er «viktige statlige arbeidsplasser som ikke må sentraliseres»?

Begrunnelse

Helfo er i gang med å utarbeide forslag til ny kontorstruktur. I forbindelse med helse- og omsorgskomiteens behandling av statsbudsjettet ble det imidlertid dannet flertall fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Kristelig Folkeparti for følgende merknad:

«Komiteens flertall (...) viser til at Helfo, på oppdrag fra Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet, har utarbeidet en anbefaling om ny kontorstruktur. I anbefalingen foreslås disse kontorstedene nedlagt: Kirkenes, Lenvik, Harstad, Beiarn, Nærøy, Verdal, Gloppen, Bergen, Voss, Kristiansand, Risør, Kongsberg, Eidsvoll, Vågå og Oslo. Kontorstedene i Mo i Rana, Ørsta, Sola, Tønsberg og Fredrikstad blir videreført. Det samme gjelder Orkdal og Brumunddal, men disse skal vurderes på nytt i 2020. Flertallet mener dette er viktige statlige arbeidsplasser som ikke må sentraliseres.»

Svar

Bent Høie: Den 20. desember oversendte Helsedirektoratet sin tilrådning til Helse- og omsorgsdepartementet om oppfølging av Helfo sin utredningsrapport om fremtidig kontorstruktur.

Dagens kontorstruktur er primært et resultat av historien som en del av trygdeetaten og Helfo sin vurdering er at strukturen ikke er egnet for å utvikle gode og effektive tjenester for fremtiden.

Helfo har i sin utredning vurdert 4 alternative løsningsforslag opp mot kriteriene for valg av ny kontorstruktur og i forhold til fremtidig risiko. Kriteriene for valg av kontorsstruktur er:

- Sikre rett kompetanse
- Effektiv ressursutnyttelse
- Sikre omstillings- og utviklingsdyktighet
- Ivareta formålet om regional fordeling av statlige arbeidsplasser

Helsedirektoratet støtter Helfo sitt forslag til 5 kontorsteder: Mo i Rana, Ørsta, Sola, Tønsberg og Fredrikstad. For å sikre gjennomføring og håndtere risiko på legemiddelområdet anbefaler Helsedirektoratet at kontorene i Brumunddal og Orkdal opprettholdes i en omstillingsperiode på inntil 3 år. En ny kontorstruktur er planlagt etablert over en fem års periode.

Helsedirektoratets vurdering er at størst risiko er knyttet til 0-alternativet. Fortsatt drift på 22 kontorsteder og 25 lokasjoner er ikke en fremtidsrettet struktur som legger til rette for effektiv drift og kvalitativt gode tjenester til brukerne.

Når det gjelder Helfo er det viktig å være klar over at etablering av nye digitale tjenester i etaten, i kombinasjon med at behandlere i stadig økende grad sender inn sine refusjonskrav elektronisk, vil redusere omfanget på manuelle arbeidsprosesser i virksomheten. Denne utvikling vil påvirke bemanningen i Helfo, og fordelingen av antall ansatte på de ulike kontorene. Helfo har også en høy andel seniormedarbeidere. Svært mange medarbeidere vil passere 67 år i løpet av femårsperioden for etablering av ny kontorstruktur.

Forslaget fra Helsedirektoratet og Helfo innebærer at kontorene i Oslo, Bergen og Kristiansand blir nedlagt. Tilrådingen innebærer samtidig en utflytting av statlige arbeidsplasser fra Oslo, og samling av ansatte i Helfo på fem regionkontorer.

Det er viktig at Helfo i fremtiden kan rekruttere riktig fagkompetanse, som dekker alle fagområder i virksomheten. Tilrådingen fra Helfo og Helsedirektoratet baserer seg på at fremtidig rekruttering av medarbeidere for å kunne levere gode tjenester og for å sikre effektiv drift, best kan oppnås når personer med ulik fagkompetanse arbeider i et fysisk fellesskap, fordelt på langt færre kontorsteder. Helfo har opplyst at i de siste 6 årene har etaten kun foretatt nyrekruttering på 5 av sine 22 kontorsteder.

Fremtidig kontorstruktur skal godkjennes av regjeringen, etter behandling i Helse- og omsorgsdepartementet og Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Statlige retningslinjer for lokalisering av statlige arbeidsplasser legges til grunn for vurderingene.

Helse- og omsorgskomiteens innstilling til statsbudsjettet for 2018 vil inngå i vurderingen av fremtidig kontorstruktur. Forslaget om ikke å gå videre med Helfos anbefaling om ny kontorstruktur, fikk ikke flertall. Departementets foreløpige vurdering er at det er nødvendig med en omfattende omlegning av Helfo sin kontorstruktur.

Skriftlig spørsmål fra Nicholas Wilkinson (SV) til helseministeren

Dokument nr. 15:760 (2017-2018)

Innlevert: 19.01.2018 Sendt: 22.01.2018

Besvart: 30.01.2018 av helseministeren Bent Høie

Spørsmål

Nicholas Wilkinson (SV): Rundt 60 årsverk kuttes fra distriktpsikiatrisk senter (DPS) på Sikta og på Blakstad. 70 sengeplasser i sykehuspsikiatrien og på DPS-området kuttes i Vestre Viken. Blakstad og Lier mister 22 senger. Høyresiden stemte ned SVs forslag om flere brukerstyrte plasser i statsbudsjettet for 2018. Mener statsråden kuttene i det psykiske helsetilbudet stemmer overens med

statsrådens påståtte ønske om større vekst i rus og psykiatri, og hvis ikke, hva vil statsråden gjøre for å stoppe kuttene?

Svar

Bent Høie: Psykisk helse er markert som et viktig satsingsområde i den nye regjeringsplattformen. Dette har også vært et prioritert område i forrige stortingsperiode. Det første vi gjorde da vi inntok regjeringskontorene i 2013 var å gjeninnføre regelen om at psykisk helse og rus-området skal prioriteres høyere enn somatisk sektor, målt i ressursbruk, ventetider, aktivitet og personell. Denne prioriteringsregelen er videreført med mindre justeringer. Erfaringen viser at det i praksis kan være utfordrende for de regionale helseforetakene å prioritere de svake områdene tilstrekkelig, noe som bekrefter behovet for en tydelig politikk som denne regelen nettopp er uttrykk for.

Å skape gode tjenester handler imidlertid om langt mer enn hva prioriteringsregelen fanger opp, selv om særlig ventetider er et viktig kvalitetsmål i seg selv. Vel så mye handler det om hvordan ressursene brukes, det vil si om organisering av tjenestene, om evnen til medinnflytelse for brukere og pasienter, om tilgjengelighet, om samarbeid mellom statlige, kommunale og private tjenester – og ikke minst om tjenestenes evne til å utvikle og ta i bruk anerkjent kunnskap.

De regionale helseforetakene har ansvar for å sørge for forsvarlige helsetjenester til befolkningen. Helse Sør-Øst opplyser følgende i tilknytning til den konkrete saken:

"Psykisk helsevern er et prioritert område i Helse Sør-Øst RHF. De siste årene har det pågått en betydelig omstilling innen psykisk helsevern, i tråd med den faglige utviklingen og helsepolitiske føringer. Over flere år har det vært arbeidet med å styrke tjenestetilbudet for å fremme god kvalitet, tilgjengelighet og helhetlige forløp tilpasset den enkelte og pårørendes behov. Et utviklingstrekk er at det etableres ambulante og polikliniske, fleksible og spesialiserte tjenestetilbud som bedre møter brukernes behov. Det skjer samtidig en reduksjon av sengeplasser der kapasiteten er for stor.

Helse Sør-Øst RHF har lagt vekt på at det skal være tilstrekkelig kapasitet for døgntilrettelagt behandling og behandling i sykehus når brukernes behov tilsier det. Vestre Viken HF er blant helseforetakene i Helse Sør-Øst som har hatt høyere sengekapasitet enn gjennomsnittet. Vestre Viken HF har de siste fire år registrert en beleggsprosent på mellom 62 % og 65 % når det gjelder sengeplassene i distriktpsikiatriske sentra (DPS). Med bakgrunn i en faglig og ressursmessig vurdering bør beleggsprosenten i DPSene være mellom 80 % og 85 %. Reduksjonen av sengeplasser i Vestre Viken HF er således uttrykk for en faglig og ressursmessig riktig utvikling. Vestre Viken HF har styrket sitt polikliniske tjenestetilbud, bl.a. gjennom økt poliklinisk aktivitet og etablering av såkalte «FACT-team» («Flexible Assertive Community Treatment»), et tilbud til personer med psykoselidelse utenfor sykehus).

Basert på en fersk redegjørelse fra Vestre Viken HF vurderer Helse Sør-Øst RHF det slik at den pågående omstillingen i helseforetaket er i tråd med faglige og helsepolitiske føringer."

Jeg legger til grunn at Helse Sør-Øst RHF og Vestre Viken HF vektlegger de statlige føringene i arbeidet med å utvikle de psykiske spesialisthelsetjenestene. På bakgrunn av erfaringene de siste årene kan jeg imidlertid love at jeg vil følge nøye med på hvordan prioriteringsregelen følges opp i de regionale helseforetakene.

Skriftlig spørsmål fra Ruth Grung (A) til helseministeren

Dokument nr. 15:742 (2017-2018)

Innlevert: 18.01.2018 Sendt: 19.01.2018

Besvart: 23.01.2018 av helseministeren Bent Høie

Spørsmål

Ruth Grung (A): Når ny lov om offentlige anskaffelser ble vedtatt i juni, var stortinget tydelig på at det skal legges til rette for at ideelle aktører fortsatt skal være en viktig leverandør av velferdstjenester

til offentlig sektor. Det er utviklet en god veileder på hvordan dette kan følges opp i praksis. På hvilken konkret måte blir dette fulgt opp i styringsdialogen med de regionale helseforetakene?

Svar

Bent Høie: Det er en målsetting at ideelle organisasjoner skal forbli viktige leverandører av helse- og omsorgstjenester, og at andelen av den samlede helse- og omsorgssektoren som er organisert og drevet av ideell virksomhet skal vokse.

For å bidra til å oppfylle denne målsettingen, publiserte Nærings- og fiskeridepartementet 20. desember 2017 en veileder om hvordan en kan vurdere om det er adgang til å reservere kontrakter for ideelle virksomheter. Veilederen omtaler også hvilke virksomheter som kan regnes som ideelle. I disse virksomhetene skal alle ressurser og eventuelle overskudd benyttes til å realisere det ideelle formålet.

Jeg fulgte opp dette i foretaksmøtet i de regionale helseforetakene 16. januar 2018.

I foretaksmøtet viste jeg til at det innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst er en lang tradisjon for reservasjon av kontrakter for ideelle og gode muligheter for konkurranse. Innenfor spesialisert rehabilitering og psykisk helsevern har det også vært en langvarig og sterk tilstedeværelse av ideelle leverandører.

Foretaksmøtet ba Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF om å:

- reservere nye konkurranser for ideelle tjenesteleverandører innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling, i den grad de regionale helseforetakene anser at de rettslige vilkårene er oppfylt.
- utrede muligheten for fremover å reservere for ideelle tjenesteleverandører de volumene eller tilbudene som i dag ivaretas av ideelle innenfor psykisk helsevern og rehabilitering. Effekter for tjenestetilbudet utredes også.
- utrede muligheten for fremover å øke reservert volum for ideelle over tid.
- sørge for kontroll med at de ideelle tjenesteleverandørene faktisk overholder krav knyttet til økonomisk overskudd i kontraktsperioden.

Helse Nord RHF har ikke tradisjon for å reservere kontrakter om TSB. Det var derfor større behov for utredning av reservasjon. Eierkravene var for øvrig de samme for alle de fire regionale helseforetakene. Foretaksmøtet ba Helse Nord RHF om å:

- utrede muligheten for fremover å reservere for ideelle tjenesteleverandører de volumene eller tilbudene som i dag ivaretas av ideelle innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling, psykisk helsevern og rehabilitering. Effekter for tjenestetilbudet utredes også.
- utrede muligheten for fremover å øke reservert volum for ideelle over tid.
- sørge for kontroll med at de ideelle tjenesteleverandørene faktisk overholder krav knyttet til økonomisk overskudd i kontraktsperioden.

Link til regjeringens side – spørsmål til skriftlig besvarelse:

<https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Sporsmal/Skriftlige-sporsmal-og-svar/?tab=Answerer&mid=HODH&page=1#list>