

## Saksframlegg

**Saksgang:**

<b>Styre</b>	<b>Møtedato</b>
Styret Helse Sør-Øst RHF	7. mars 2024

**Sak 016-2024**

**Driftsorienteringer fra administrerende direktør**

***Forslag til vedtak:***

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Hamar, 29. februar 2024

Terje Rootwelt  
administrerende direktør

## **1. Fullmakt til Sykehuspartner HF for første del av gjennomføringsfase 3 i prosjektet modernisering av nett**

Administrerende direktør har etter søknad fra Sykehuspartner HF datert 21. desember 2023 gitt Sykehuspartner HF fullmakt til å gjennomføre første del av gjennomføringsfase 3 av modernisering av nett innenfor en kostnad på 51 millioner kroner inkludert merverdiavgift. Tidligere faser av modernisering av nett har vært styrebehandlet i Helse Sør-Øst RHF i sakene 145-2021 Sykehuspartner HF finansieringsfullmakt modernisering av nett fase 2A den 16. desember 2021 og 078-2022 Sykehuspartner HF – gjennomføring og finansiering av fase 2B i prosjektet modernisering av nett den 22. juni 2022. Styret i Sykehuspartner HF behandlet første gang sak om gjennomføringsfase 3 i sitt møte 1. november 2023 og skal etter planen behandle saken på nytt 10 april 2024 etter at kartleggingen og avklaringene knyttet til de lokale IKT-rommene i helseforetakene er gjennomført. Etter planen vil da styret i Helse Sør-Øst RHF få saken til behandling i sitt møte 25. april 2024. Gjennomføringsfase 3 gjelder modernisering av de lokale nettverkene på resterende helseforetak. Sunnaas sykehus HF og Vestre Viken HF er inkludert i omfanget på gjennomføringsfase 2. Nye Drammen sykehus er ikke inkludert fordi det inngår i byggeprosjektet.

## **2. Risikovurdering etter 3. tertial 2023**

Risikovurdering er et ledelsesverktøy som bidrar til å identifisere områder som skal ha størst prioritet og ledelsesmessig oppmerksomhet i kommende periode. Gjennom vurderingen identifiseres områder med behov for tettere oppfølging enn det som gjøres gjennom ordinær driftsoppfølging.

Systematisk virksomhetsstyring er viktig i arbeidet med å etablere god internkontroll i helseforetaksgruppen. Risikostyring er en viktig del av styringssystemet og omfatter både risikovurdering og beskrivelse av risikoreduserende tiltak. Risikostyringen tar utgangspunkt i en vurdering av risiko for at oppgaveløsningen ikke skal være tilstrekkelig sett opp mot krav fra eier, og forutsetter at det iverksettes risikoreduserende tiltak dersom den vurderte risikoen er høyere enn akseptabel risiko.

Det utarbeides tertialvise overordnede risikovurderinger for helseforetaksgruppen. Styret i Helse Sør-Øst RHF blir orientert om risiko og håndteringen av denne etter første og andre tertial i et eget kapittel i tertialrapporteringen.

### ***Risikostyring etter tredje tertial***

Risikovurdering etter tredje tertial faller sammen med rapportering av endelige resultater for året. Det kan derfor argumenteres med at denne risikovurderingen er overflødig fordi gjennomføring av ytterligere tiltak ikke vil kunne påvirke resultatet for året. Vurderingen er imidlertid at risikostyring er en kontinuerlig prosess, og gjenværende risiko således må ivaretas i neste kalenderår sammen med risikovurdering av nye styringsbudskap som er mottatt. Samlet inngår dette i den systematiske og kontinuerlige virksomhetsstyringen.

For å redusere risiko må det iverksettes tiltak med sikte på å redusere sannsynlighet og/eller konsekvens av et uønsket resultat for området. Gjennom risikostyringen iverksettes tiltak når områder er forbundet med mer enn akseptabel risiko. Dette er i utgangspunktet tiltak som kommer i tillegg til den daglige kontroll- og oppfølgingsvirksomheten. Tiltakene som inngikk i risikostyring etter andre tertial 2023 må evalueres ut fra effekt og måloppnåelse. Nye tiltak må også hensynta nye styringsbudskap i 2024. Dette arbeidet pågår, og nye tiltak vil fremgå av tertialrapporteringen til styret etter første tertial 2024.

### Om risikovurdering

Det legges tre risikonivåer til grunn for oppfølgingen av overordnet risiko på regionalt nivå. Risikonivå for det enkelte risikoområde bestemmes av vurdering av sannsynlighet for at foretaksgruppens mål og krav ikke vil bli oppfylt og konsekvens av uønsket resultat for risikoområdet. Vurderingene av sannsynlighet og konsekvens gjøres uavhengig av hverandre.

Sannsynlighet		Konsekvens		Risikomatrix						Fargekode					
1	Meget liten	1	Ubetydelig	Sannsynlighe t	5								Rød	Høy	
2	Liten	2	Lav		4									Gul	Moderat
3	Moderat	3	Moderat		3									Grønn	Lav
4	Stor	4	Alvorlig		2										
5	Svært stor	5	Svært		1										
						1	2	3	4	5					
						Konsekvens									

### Oversikt over risikovurdering etter tredje tertial 2023

Tabellen nedenfor viser risikovurdering etter andre tertial 2023 sammen med risikovurdering etter tredje tertial 2023. Dette gir et bilde over utviklingen av risiko. Begge vurderingene viser risiko ved vurderingstidspunktet.

<b>Risikoområde 1: Risiko for ikke å nå mål om å styrke psykisk helsevern og TSB</b>			
<i>Beskrivelse av risikoområdet: Hovedmål fra HOD. Oppmerksomhetsområder inkluderer bl.a. kostnad- og aktivitetsutvikling, ventetider og pasientforløp, epikriser, feil bruk av tvang, forebygging, henvisninger og rettighetsvurderinger, økt etterspørsel som følge av pandemi.</i>			
Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens	Inngangsrisiko
• etter andre tertial 2023	3	4	Moderat
• etter tredje tertial 2023	3	4	Moderat
<b>Risikoområde 2: Risiko for at manglende behandlingsskapasitet medfører lange ventetider, at pasientavtaler ikke overholdes og ikke sammenhengende pasientforløp</b>			
<i>Beskrivelse av risikoområdet: Hovedmål fra HOD. Oppmerksomhetsområder inkluderer bl.a. ventetider og fristbrudd, epikriser, pasientavtaler og planleggingshorisont, andel video- og telefonkonsultasjoner, avvikling av FBV-ordningen.</i>			
Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens	Inngangsrisiko
• etter andre tertial 2023	4	4	Høy
• etter tredje tertial 2023	4	4	Høy

<b>Risikoområde 3: Risiko for redusert kvalitet og pasientsikkerhet</b>			
<i>Beskrivelse av risikoområdet: Hovedmål fra HOD. Oppmerksomhetsområder inkluderer bl.a. overbelegg, tilgang til legemidler, legemiddelhåndtering, antibiotikabruk, pasientskader og sykehusinfeksjoner, tilgang til kvalifisert personell, intensivkapasitet, pakkeforløp kreft, uønsket variasjon i pasientbehandlingen, kliniske studier og persontilpasset medisin.</i>			
Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens	Inngangsrisiko
• etter andre tertial 2023	2	3	Moderat
• etter tredje tertial 2023	2	3	Moderat
<b>Risikoområde 4: Risiko forbundet med å beholde og rekruttere personell</b>			
<i>Beskrivelse av risikoområdet: Oppmerksomhetsområder inkluderer bl.a. manglende kapasitet til utdanningsstillinger (LIS, ABIOK, jordmødre), praksisplasser, lærlinger helsefagarbeider, beholde ansatte, heltidsstillinger, vikarbruk. Utfordring at ansatte går over til eksterne private helsetjenester og bemanningsbyråer.</i>			
Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens	Inngangsrisiko
• etter andre tertial 2023	4	4	Høy
• etter tredje tertial 2023	4	4	Høy
<b>Risikoområde 5: Risiko forbundet med HMS og arbeidsmiljø</b>			
<i>Beskrivelse av risikoområdet: Oppmerksomhetsområder inkluderer bl.a. oppfølging av ForBedringundersøkelsen, arbeidsmiljøforhold og arbeidsbelastning, sykefravær, vold og trusler.</i>			
Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens	Inngangsrisiko
• etter andre tertial 2023	4	4	Høy
• etter tredje tertial 2023	3	4	Moderat
<b>Risikoområde 6: Risiko forbundet med kostnadsnivå og kompleksitet i IKT-porteføljen</b>			
<i>Beskrivelse av risikoområdet: Oppmerksomhetsområder inkluderer bl.a. antall IKT-applikasjoner, grad av standardisering og regionalisering, felles IKT-arkitektur og IKT-infrastruktur, samlet kostnadsnivå og effektiv innføring av nye regionale IKT-løsninger.</i>			
Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens	Inngangsrisiko
• etter andre tertial 2023	3	3	Moderat
• etter tredje tertial 2023	4	3	Moderat
<b>Risikoområde 7: Risiko forbundet med informasjonssikkerhet og personvern</b>			
<i>Beskrivelse av risikoområdet: Tilliten til helsetjenesten kan svekkes ved konfidensialitetsbrudd eller opplevelse av at opplysningene håndteres uforsvarlig, for eksempel som følge av dataangrep hvor helseopplysninger endres, hentes ut eller at systemene gjøres utilgjengelige. Viktige risikofaktorer inkluderer bl.a. utdatert programvare, kompleksitet i IKT-portefølje, bruk av usikre domener.</i>			
Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens	Inngangsrisiko
• etter andre tertial 2023	2	4	Moderat
• etter tredje tertial 2023	2	4	Moderat
<b>Risikoområde 8: Risiko forbundet med driftsøkonomi og resultatkrav</b>			
<i>Beskrivelse av risikoområdet: Det knyttes usikkerhet til den økonomiske utviklingen i helseforetaksgruppen. Oppmerksomhetsområder inkluderer bl.a. aktivitet, bemanning, kostnadskontroll og resultatkrav. Svakere resultater vil kunne påvirke fremtidige muligheter for investeringer, bl.a. i MTU.</i>			
Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens	Inngangsrisiko
• etter andre tertial 2023	4	4	Høy
• etter tredje tertial 2023	3	4	Moderat
<b>Risikoområde 9: Risiko forbundet med planlegging og gjennomføring av reg. byggeprosjekter</b>			
<i>Beskrivelse av risikoområdet: Porteføljen av byggeprosjekter i gjennomføring har et stort omfang og består av flere såkalte megaprojekter. Oslo-prosjektene og nytt sykehus i Drammen er slike megaprojekter. Pris- og markedsutviklingen de siste årene har medført høyere kostnader i byggeprosjektene. Det er også en iboende risiko for omfangsendring og kostnadsøkning ved gjennomføring av prosjektene. Oppmerksomhetsområder inkluderer blant annet markeds- og risikoanalyser, løpende prioriteringer og økonomistyring i prosjektene.</i>			
Risiko på vurderingstidspunktet	Sannsynlighet	Konsekvens	Inngangsrisiko
• etter andre tertial 2023	4	4	Høy
• etter tredje tertial 2023	3	4	Moderat

### **3. Samarbeid om utvikling av medisinutdanning i Innlandet**

Universitetet i Oslo og NTNU har inngått et [felles samarbeid med Sykehuset Innlandet HF](#) om utvikling av et desentralisert studietilbud for legestudenter.

I statsbudsjett for 2024 fikk Fakultet for medisin og helsevitenskap ved NTNU tildelt 20 medisinstudieplasser øremerket Innlandet. Det innebærer at 20 legestudenter ved NTNU fra 2026 skal gjennomføre de siste fire årene av medisinstudiet ved sykehusene og kommunene i Innlandet. Fra før har NTNU et samarbeid med sykehuset på Tynset og kommuner i nordre del av fylket om praksisplasser for sine medisinstudenter.

Høsten 2022 inngikk Universitetet i Oslo en intensjonsavtale med Sykehuset Innlandet HF om å utvikle et desentralisert tilbud for legestudenter i Innlandet. Universitetet i Oslo har hatt et langsiktig samarbeid med sykehus og fastleger i Innlandet om praksisplasser for legestudenter.

Både Universitetet i Oslo og NTNU har erfaring med desentraliserte studietilbud for medisinstudenter i andre deler av landet. Disse erfaringene tar de med seg i videreutvikling av tilbudet i Innlandet.

### **4. Avregning kjøp av private helsetjenester 2023**

For regnskapsåret 2023 ble det oppnådd en netto budsjettbesparelse på 53,560 millioner kroner i Helse Sør-Øst RHF som følge av et lavere kjøp av private helsetjenester. Innenfor fagområdene rehabilitering og psykisk helsevern er det netto et merforbruk på 10 millioner kroner, som er tilbakeført helseforetakene ved reversering av foreløpig trekk i inntektsrammene og belastning for faktisk forbruk i 2023. Innenfor resterende fagområder er det en netto budsjettbesparelse på 63,6 millioner kroner som tilbakeføres helseforetakene basert på samme fordelingsnøkkel som da kjøpet opprinnelig ble trukket i inntektsrammene.

På grunnlag av fullmakt gitt til administrerende direktør i sak 129-2022 Budsjett 2023 – fordeling av midler til drift og investeringer, til å «Foreta eventuelle budsjettkorrigeringer gjennom året, blant annet som følge av nye bevilgninger eller føringer fra eier, styrevedtak i Helse Sør-Øst RHF, tekniske justeringer som følge av feilbudsjetteringer med videre.» vil administrerende direktør tilbakeføre midlene til helseforetakene og de private ideelle sykehusene med opptaksområde.

Midlene utbetales eller trekkes i mars, og er regnskapsmessig tatt inn i helseforetakenes foreløpige resultater for 2023. Tabellen nedenfor viser fordelingen:

Avregning kjøp private 2023	Oppgjør rehabilitering og PHV	Fordeling øvrige tjenesteområder	Sum avregning
Akershus universitetssykehus HF	-10 030	14 260	4 230
Sykehuset Innlandet HF	-13 360	7 480	-5 880
Oslo universitetssykehus HF	850	9 710	10 560
Diakonhjemmet Sykehus	1 550	3 220	4 770
Lovisenberg Diakonale Sykehus	-440	3 680	3 240
Sørlandet sykehus HF	-20 610	3 220	-17 390
Sykehuset Telemark HF	3 500	5 670	9 170
Sykehuset i Vestfold HF	-21 520	4 730	-16 790
Vestre Viken HF	30 860	7 890	38 750
Sykehuset Østfold HF	19 160	3 740	22 900
<b>Sum</b>	<b>-10 040</b>	<b>63 600</b>	<b>53 560</b>

For 2024 vil helseforetakene bli avregnet for faktisk kostnad og forbruk av eksterne helsetjenester. Foreløpig avregning vil skje i forbindelse med foreløpig regnskap per desember, og omfatte alle tjenesteområder. Endelig avregning vil skje i forbindelse med avslutning av årsregnskapet.

## 5. Eventuell overføring av virksomhet

*Saken er unntatt offentlighet jf. Offentlighetsloven § 23, første ledd*

## 6. Saker til oppfølging etter styremøter

Sak og dato	Oppfølging	Tiltak	Status
081-2022 <b>Driftsorienteringer fra administrerende direktør</b> 22. juni 2022	Styret diskuterte Sykehusinnkjøp HF's anskaffelsesstrategi og ber om at AD henter inn en redegjørelse fra styret i Sykehusinnkjøp om prioriteringer av de samlede kostander i anskaffelser med bakgrunn i sak omtalt i Dagens Medisin.	Sak til interregionalt AD-møte.	Under oppfølging
099-2023 <b>Økonomisk langtidspan 2024-2027</b> 29. september 2023	Det understrekes at et godt samarbeid mellom ledelse og ansatte er nødvendig for å realisere de gevinster som ligger til grunn for planene. Det pekes på at ledelsen må ha særlig oppmerksomhet på samlet omstillingsbelastning for ansatte i helseforetakene.  Det bes om en nærmere drøfting av fremtidig behov for arbeidskraft ved styrebehandling av kommende års økonomisk langtidspan.	Følges opp i kommende prosesser med økonomisk langtidspan	Under oppfølging
150-2023 <b>Oppdrag og bestilling 2024 – økonomiske resultatkrav</b> 21. desember 2023	Styret ber om å bli orientert om utvikling av tjenestepriiser i Sykehuspartner HF.	Følges opp gjennom virksomhetsrapporteringen til styret	Under oppfølging
003-2024 <b>Foreløpig virksomhetsrapport pr desember 2023</b> 9. februar 2024	Styret gir administrerende direktør fullmakt til å tilføre som kreditt inntil 400 millioner kroner for å finansiere nødvendige investeringer i helseforetak med tidligere underskudd. Styret ber administrerende direktør redegjøre for intern gjeld og fordringer i økonomisk langtidspan.  Videre ber styret administrerende direktør komme tilbake med en plan for styring og redusert bruk av innleie. Planen skal også omfatte viktigheten av å rekruttere og beholde egne ansatte. Det skal også legges vekt på at spesialisthelse-tjenesten skal være den fortrukne arbeidsplass. Dette presiseres i vedtaket. Planen må avveie det lokale behovet for å leie inn arbeidskraft og virkningen på rekrutteringen til spesialisthelstesen når omfanget av innleie øker.  Styret understreker betydningen av at ventetidene innen TSB opprettholdes på dagens nivå. Dette gjelder også for psykisk helsevern for barn og unge. Det må arbeides aktivt for å hindre en økning av ventetider innen somatikk og psykisk helsevern for voksne.	Følges opp i behandling av ØLP  Tatt inn i årsplan for styre  Følges opp i dialog med helseforetakene	OK  OK  OK

Sak og dato	Oppfølging	Tiltak	Status
004-2024 <b>Oppdragsdokument 2024 fra Helse- og omsorgsdepartementet og protokoll fra foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 16. januar 2024 - oppdrag og bestilling 2024 til helseforetakene i Helse Sør-Øst</b> 9. februar 2024	<p>Styret ber om at det kommer tydelig frem i innledningen til oppdrag og bestilling til helseforetakene hva som er de overordnede føringen fra helse- og omsorgsdepartementet og hvordan føringen videreformidles til helseforetakene.</p> <p>Styret gir sin tilslutning til at det utformes selvstendige styringsdokumenter til det enkelte helseforetak som gir de samlede rammene og styringskrav for helseforetakenes virksomhet for inneværende år. Til neste år ber styret om at styresaken også gir en omtale av de vurderinger og tilpasninger som er gjort av hvilke særskilte styringskrav som gis de enkelte helseforetak.</p> <p>Styret ber om at styringsmålene for Sykehuspartner vurderes nærmere til senere oppdragsdokument. Målstrukturen kan i større grad vektas mot å lette og effektivisere arbeidet i spesialisthelsetjenesten.</p>	<p>Oppdragsdokumenter til HF ferdigstilles</p> <p>Følges opp i utformingen av oppdragsdokumenter for 2025</p>	OK
006-2024 <b>Status for arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i Helse Sør-Øst</b> 9. februar 2024	<p>Styret ber administrerende direktør legge til rette for en diskusjon om styrets rolle i oppfølgingen av kvalitet og pasientsikkerhet, herunder også hvordan det kan legges til rette for å rettlede styrene i helseforetakene i deres oppfølging.</p>	Tatt inn i årsplan for styret	OK
011-2024 <b>Årsplan styresaker</b> 9. februar 2024	<p>Styret etterspurte en orientering om oppfølgingen av rapport fra kvinnehelseutvalget.</p> <p>Videre ba styret om at det gis en orientering om erfaringene med innføringen av internhusleie.</p>	Følges opp gjennom orienteringer til styret	Under oppfølging



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

Følgende skriftlige spørsmål som omtaler Helse Sør-Øst RHF og/eller underliggende helseforetak er besvart av Helseministeren:

### **Skriftlig spørsmål fra Ingjerd Schie Schou (H) til helse- og omsorgsministeren**

**Dokument nr. 15:1262 (2023-2024)**

**Innlevert: 15.02.2024**

**Sendt: 16.02.2024**

**Besvart: 23.02.2024 av helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol**

#### **Spørsmål**

Ingjerd Schie Schou (H): Helse Sør-Østs utlysning av anskaffelse av behandlingstilbud innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling legger opp til reduksjon i antall døgnplasser og kutt i langtidsbehandling. Dette går imot regjeringens mål om å styrke samarbeidet med ideelle aktører. Helse- og omsorgsministeren har sagt at døgnkapasiteten på rus og psykiatri skal opp; utlysningen viser det motsatte. Jeg er urolig for tilbudet på Phoenix House Haga i Indre Østfold kommune.

Hvordan vurderer statsråden konsekvensene for institusjonens fremtid og innhold?

#### **Svar**

Ingvild Kjerkol: Jeg kan forsikre representanten Schou om at jeg følger med på at de regionale helseforetakene sørger for å ha tilgjengelige og gode tilbud til pasienter med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. Mitt overordnede oppdrag til de regionale helseforetakene er å styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

TSB skal være en fullverdig og integrert spesialitet i spesialisthelsetjenesten. Det betyr at disse tjenestene skal integreres fullt og helt i vår felles helsetjeneste. Derfor har jeg vært tydelig på at basistjenester skal bygges opp i alle helseforetak innen TSB.

Basistjenester innebærer at pasienter skal få tilgang til akutte tjenester, avrusning, poliklinikk, ambulant virksomhet og døgntilbud. Gode basistjenester er en forutsetning for å lykkes med god oppfølging av pasientene og nødvendig for å realisere målet om tilgjengelige tilbud, tidlig intervensjon og forsvarlig oppfølging. I tillegg til å bygge opp basistjenestene skal alle helseforetakene holde ventetider nede og gjennomsnittlig kortere enn for annen sykehusbehandling.

I oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene fremgår mine prioriteringer og målsetninger for spesialisthelsetjenesten. Blant annet stiller jeg krav om at døgnaktiviteten i psykisk helsevern skal være høyere i 2024 sammenlignet med 2023. Det er imidlertid ikke riktig, slik det fremgår av spørsmålet, at jeg har bedt de regionale helseforetakene om å øke døgnkapasiteten innen rusbehandling. Helseforetakene har gjort grundige behovs-vurderinger, som ligger til grunn for planlegging av kapasiteten fremover. Dette gjelder også for den pågående anskaffelsen i Helse Sør-Øst.

I oppdragsdokumentet fremgår ellers et nytt krav til de regionale helseforetakene om at veksten i ressursbruken både til psykisk helsevern og rusbehandling skal være høyere enn veksten i de generelle bevilgningene til sykehusene. I tillegg fremgår det av oppdrags-dokumentet at den polikliniske aktiviteten både innen psykisk helsevern og rusbehandling skal være høyere i 2024 sammenlignet med 2023. Disse to kravene har jeg stilt for å følge opp det overordnede målet om at psykisk helsevern og TSB skal styrkes.

Regjeringen ønsker å videreutvikle det gode samarbeidet med ideelle aktører innenfor helse- og omsorgssektoren, og utnytte handlingsrommet i anskaffelsesregelverket for å prioritere ideelle tjenesteytere og langsiktige avtaler basert på kvalitet. Dette er noe av bakgrunnen for at vi avvirket godkjenningsordningen innen fritt behandlingsvalg.

Det er de regionale helseforetakene som har ansvaret for tilstrekkelig kapasitet slik at pasientenes rett til forsvarlig behandling sikres. Dette løses gjennom tilbud i egne helseforetak og gjennom avtaler med private leverandører. Dersom situasjonen skulle tilsi det, vil helseforetakene på kort varsel enten øke kapasiteten i egne helseforetak, utvide gjeldende avtaler med private leverandører eller inngå nye avtaler.

**Skriftlig spørsmål fra Cato Brunvand Ellingsen (SV) til helse- og omsorgsministeren**

**Dokument nr. 15:1256 (2023-2024)**

**Innlevert: 15.02.2024**

**Sendt: 15.02.2024**

**Besvart: 21.02.2024 av helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol**

**Spørsmål**

Cato Brunvand Ellingsen (SV): Kan helse- og omsorgsministeren forsikre om at det i forberedelsen til nytt anbud for spesialiserte rehabiliteringstjenester i Helse Sør-Øst tas høyde for at diagnoseuavhengige helsesportsrehabilitering for barn, unge voksne og voksne fortsatt vil være et tilbud for pasienter fra alle de tre helseregionene i Sør-Norge?

**Begrunnelse**

Helse Sør-Øst sendte 11.12.2023 oppsigelse av gjeldende avtale for spesialisert rehabilitering til Beitostølen Helsesportssenter. Dette ble gjort som en forberedelse til nytt anbud som skal tentativt gjelde fra 01.01.2026. I etterkant av dette sendte Helse Vest og Helse Midt-Norge oppsigelser av sine tilsvarende tilleggsavtaler som er basert på Helse Sør-Øst sin avtale.

Beitostølen Helsesportssenter tilbyr i dag ett høyspesialisert helsesportsrehabiliteringstilbud som er diagnoseuavhengig, og som gjelder for både barn, unge voksne og voksne. Dette tilbudet er tilgjengelig gjennom gjeldende anbud med Helse Sør-Øst og tilleggsavtalene med Helse Vest og Helse Midt-Norge for pasienter i hele Sør-Norge. Pasienter fra Helse Nord kan også velge tilbudet innenfor rammene til Helse Sør-Øst. Et slikt pasientgrunnlag er en viktig forutsetning for å kunne drive et slik høyspesialisert tilbud, med høy kompetanse, forskning og stort utvalg av hjelpemidler. Det gis også et familiebasert tilbud og tilbud som er tilpasset familier med flerkulturell bakgrunn. Samarbeidet med Norge Idrettsforbund gir også større muligheter for videre idrettsaktiviteter lokalt, basert på den norske idrettsmodellen. Måten anbudet legges opp på vil være avgjørende for at denne modellen kan videreføres også i det nye anbudet, uavhengig av hvilken aktør som vinner anbudet. Det er derfor viktig at Helse- og omsorgsministeren forsikrer seg om at anbudet i regi av Helse-Sør Øst utformes med ett innhold som gir tilsvarende bredde i hvilke brukergrupper som kan benytte seg av tilbudet og at det utformes slik at Helse Vest og Helse Midt-Norge kan knytte seg til anbudet med tilleggsavtaler slik som ble gjort etter sist anbud.

**Svar**

Ingvild Kjerkol: Regjeringens mål er å gi gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, uavhengig av økonomi og hvor de bor i landet. Dette gjelder selvsagt også innen rehabilitering, hvor tilbud i kommuner og spesialisthelsetjenesten vil være viktige for at pasienter kan gjenvinne eller opprettholde funksjons- og mestringsevne. Gode rehabiliteringstiltak kan på denne måten utsette eller redusere tjenestebehov i andre deler av helse- og omsorgstjenesten. Jeg er opptatt av rehabilitering og dette vil bli omtalt særskilt i Nasjonal helse- og samhandlingsplan.

Vi ønsker gode rehabiliteringstilbud i hele landet. Jeg har derfor bedt de regionale helse-foretakene om å innrette sine anbudsprosesser, blant annet innen rehabilitering, slik at man kan opprettholde desentraliserte tilbud.

Helse Sør-Øst RHF har informert Helse- og omsorgsdepartementet om at dagens avtaler innen rehabilitering hadde oppstart 01.01.2015. Helse Sør-Øst RHF har avtale med 29 private leverandører innen rehabilitering til en økonomisk verdi på om lag 1 500 millioner kroner. Tilbudet fra de private leverandørene utgjør omtrent 60 prosent av rehabiliterings-tilbudet i Helse Sør-Øst.

Fagområdet rehabilitering er i sterk utvikling. Ifølge Helse Sør-Øst RHF er det begrensede muligheter til å gjøre endringer for å tilpasse seg dagens og framtidens behov i de eksisterende avtalene som det regionale helseforetaket har med private leverandører.

For å kunne vurdere de eksisterende tilbudene til pasienter som har behov for rehabilitering, og eventuelt kunne gjennomføre endringer som er nødvendige for å tilpasse tilbudet til pasientenes behov, har Helse Sør-Øst RHF derfor sagt opp alle avtaler innen rehabilitering. Det vil gjennomføres en ny anskaffelse med planlagt avtaleoppstart fra 01.01.2026.

Helse Sør-Øst RHF har i sin informasjon til departementet understreket at arbeidet med den kommende anskaffelsen er i startfasen, og at det ikke er tatt endelig stilling til hvilke ytelser eller hvilket volum som skal etterspørres i kommende anbud.

Helse Sør-Øst RHF har et sørge-for-ansvar for alle helsetjenester til befolkningen i regionen.

Jeg finner det derfor ikke riktig at jeg som helse- og omsorgsminister gir konkrete føringer for måten enkeltanbud skal legges opp i den kommende anbudsinnbydelsen.

#### **Skriftlig spørsmål fra Seher Aydar (R) til helse- og omsorgsministeren**

**Dokument nr. 15:1246 (2023-2024)**

**Innlevert: 14.02.2024**

**Sendt: 15.02.2024**

**Besvart: 22.02.2024 av helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol**

#### **Spørsmål**

Seher Aydar (R): I NOU 2023:5 foreslår Kvinnehelseutvalget økt bruk av kjønnsdelt rusbehandling.

Helsedirektoratet anbefaler at det ideelt sett bør finnes slike behandlingstiltak i alle regionale helseforetak. Utviklingen går nå i feil retning da landets eneste behandlingssted kun for rusmiddelavhengige kvinner, Arken, står i fare for å måtte legge ned tilbudet om de ikke får ny avtale med Helse Sør-Øst.

Følger statsråden opp anbefalingen fra kvinnehelseutvalget overfor helseforetakene, og kan kvinners tilbud hos Arken sikres også i framtida?

#### **Begrunnelse**

Tiltak 47 i NOU 2023:5 Den store forskjellen, er å etablere kjønns spesifikke behandlingstilbud for kvinner og menn innen rusomsorgen.

Kvinnehelseutvalget viser til oversiktsstudier som peker på at kjønnsdelt rusmiddelbehandling gir et noe bedre behandlingsresultat for enkelte grupper av rusmiddelavhengige kvinner, spesielt gravide og småbarnsmødre. Det pekes også på at det er behov for mer forskning med kjønns perspektiv innen rusbehandling.

I dag finnes det få kjønns spesifikke behandlingstilbud. I klassekampen 14.02 står det en artikkel om at Arken, Norges eneste behandlingssted kun for rusmiddelavhengige kvinner, nå står i akutt fare for nedleggelse om ikke de får ny avtale med Helse Sør-Øst.

Helsedirektoratet anbefaler at det ideelt sett bør finnes behandlingstiltak som tilbyr kjønnsdelt behandling i alle de regionale helseforetakene. Kvinnehelseutvalget anbefaler at hvert av de regionale helseforetakene prioriterer kjønns spesifikke behandling av rusmiddel lidelser.

#### **Svar**

Ingvild Kjerkol: Mitt overordnede oppdrag til de regionale helseforetakene er å styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), herunder å bygge opp basistjenester i alle helseforetak innen TSB, samt holde ventetider nede og gjennomsnittlig kortere enn for annen sykehusbehandling. Jeg er enig i at det er viktig at helseforetakene ivaretar kjønns spesifikke behov i rusbehandlingen.

De regionale helseforetakene har ansvaret for å ivareta pasientenes rett til forsvarlig behandling. Dette løses gjennom tilbud i egne helseforetak og gjennom avtaler med ulike leverandører. For å svare mer detaljert på spørsmålet om tilrettelagte behandlingstilbud for kvinner med rusmiddelavhengighet, har jeg

hentet inn informasjon fra de regionale helseforetakene. Når det gjelder Arken spesielt, vises det til informasjonen fra Helse Sør-Øst RHF og den pågående anbudskonkurransen.

«Tilbakemelding fra Helse Sør-Øst RHF:

Helse Sør-Øst RHF har utlyst en anbudskonkurranse innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling med planlagt avtaleoppstart 01.01.2025.

De faglige føringene i anskaffelsen framgår både av de generelle føringene i kravspesifikasjonen, og av de spesifikke kravene knyttet til det faglige innholdet i de ulike delytelsene. Det framgår spesifikt i konkurransegrunnlaget at «Tilbyder bør ha behandlingstiltak som har fokus på kjønn/legning og identitet». Dette kravet gjelder alle delytelsene som etterspørres og understreker viktigheten av at kjønnsdimensjonen vektlegges i utformingen av behandlingstilbudet.

Det ble verken i behovsvurderingen (publisert desember 2022) eller ved utarbeidelse av kravspesifikasjonen, hvor både brukerorganisasjonene og helseforetakene var representert, vurdert som hensiktsmessig å etterspørre egne behandlingstilbud for kvinner.

I anskaffelsen er det etterspurt behandlingstilbud for frivillig innleggelse av gravide pasienter og pasienter med små barn (døgntilbud gravide inntil 6 måneder etter fødsel og familie inntil 9 måneder). I tillegg har Helse Sør-Øst et eget regionalt tilbud til gravide (både frivillig innleggelse og uten samtykke) og til familier med barn mellom 0-6 år.

På bakgrunn av ordlyden i konkurransegrunnlaget forventes det variasjon i utformingen av tilbudene mht. ivaretagelse av kjønnsdimensjonen ut fra målgruppene. Eventuelle tilbud om egne behandlingssteder for eksempel for kvinner, vil bli vurdert etter de samme faglige kriterier som øvrige tilbud som inngis.

Helse Sør-Øst RHF legger til grunn at formuleringer i konkurransedokumentene bidrar til at det også framover blir differensierte og kvalitativt gode behandlingstilbud.

Tilbakemelding fra Helse Midt-Norge RHF:

Helse Midt-Norge har slike kjønnsdelte tilbud både i egen regi og gjennom ideelle private leverandører i regionen. Tilbudene beskrives nærmere nedenfor.

Seksjon for korttids døgntilbud i Helse Møre og Romsdal / Ålesund tilbyr delvis kjønnsdelt rusbehandling.

Lengde for oppholdet er inntil 12 uker og det er 8 plasser som er øremerket til kvinner. Antall plasser for kvinner kan økes til 10 i perioder der en ser at det er stor innsøking på kvinner. Det gis også tilbud om brukerstyrte innleggelser. Ved brukerstyrte innleggelser av kvinnelige pasienter, blir de boende sammen med andre innlagte kvinner i egen kvinnefløy på huset.

Seksjon for langtids døgntilbud i Helse Møre og Romsdal / Molde, ved Molde behandlingssenter, tilbyr også delvis kjønnsdelt behandling. Lengde for oppholdet er inntil 6 mnd. Det er en egen kvinnefløy med egen stue som fortrinnsvis skal benyttes til kvinnene i behandling.

Senteret har egen kvinnegruppe og det legges stor vekt på kvinneperspektivet i tillegg til rusbehandling og rusmestringsgrupper. Alle tilbys blant annet traumefokusert terapi og emosjonstrening, og det tilbys også utredning og samtaler med familieterapeuter.

Blå kors Lade, Trondheim, avdeling for alkohol- og medikamentavhengighet tilbyr kjønnsdelt behandling i en rendyrket modell med fysisk atskilt kvinne- og mannspost, hvor alt av program og aktiviteter foregår kjønnsdelt. Dette er i tråd med anbefaling i nasjonal faglig retningslinje for TSB. Også internasjonale studier gir god dokumentasjon for at kvinnerrettede tiltak gir bedre behandlingseffekt enn tradisjonell kjønnsblandet behandling, og det er faglige grunner til at dette også gjelder for menn. Studiene viste høyere gjennomføringsgrad og bedre effekt med tanke på rusmestring og psykisk helse, samt reduksjon i seksuell risikoatferd. Både klinikkens erfaringer og nyere forskning viser at det foreligger en sterk sammenheng mellom stabilt belegg, høy fullføringsprosent og det kjønnsdelte tilbudet.

Avdelingen har jevnt høyt belegg på både kvinne- og mannsposten. Avdelingen har 16 døgnplasser, 7 for kvinner og 9 for menn inkludert tilbud om lettere avrusing og 2 brukerstyrte plasser.

Blå Kors Lade, Trondheim, avdeling for gravide og småbarnsfamilier er en regional spesialenhet som tilbyr behandlingstilbud for gravide og småbarnsfamilier. Avdelingen har 5 familie plasser, og hver familie har sin egen leilighet. Tilbudet er for gravide og familier med barn opptil skolealder. Her ivaretas både rusbehandling og styrking av foreldrefunksjoner både i parsammenheng og for enslige mødre.

Tyrilistiftelsen, Tyrili innretter sitt tilbud etter en «blandingsmodell» etter ulike pasientkategorier. Tyrilistiftelsen har lang og god erfaring med å behandle blandede pasientgrupper innenfor flere kategorier som alder, kjønn, LAR/ikke-LAR, og ulike tilleggslidelser. Tyrili gir tilpassede og separate tilbud og behandlingssinnretninger til de ulike pasientgruppene (pasientgruppe alvorlig rusavhengighet og unge med omfattende hjelpebehov). Det innebærer blant annet:

- Egne tverrfaglig team i de ulike gruppene.
- Økt fokus på særskilte livsområder som blant annet psykisk, fysisk helse, motivasjonsarbeid, familierelasjoner, aktivitet og relasjonsbygging og skolekartlegging.
- Psykoedukasjon, gjerne i kjønnsdelte grupper.

Tilbakemelding fra Helse Nord RHF:

I Helse Nord har flere institusjoner innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling egne soner/lokalteter inne på avdelingene hvor kvinner og menn bor atskilt. I behandlingen er det også kjønnsatskilte tiltak, som for eksempel kvinnegrupper.

Helse Nord oppgir at de i deres avtaler med private leverandører har bedt om kjønnsdelte behandlingstilbud. En av leverandørene har egne kjønnsdelte avdelinger, både for menn og kvinner.

Tilbakemelding fra Helse Vest RHF:

Helse Stavanger: Avdeling for rus og avhengighetsbehandling har kjønnsespesifikk behandling. Alle poliklinikker har egne kjønnsespesifikke behandlingstilbud både individuelle tilbud og gruppebehandling. Helse Stavanger har i 25 år hatt kjønna gruppetilbud i døgninstitusjonene, og har vurdert at tilbudet må utbedres. De har hatt et læringsnettverk pågående i 3 år for å utvikle et mer differensiert behandlingstilbud, rettet både mot kvinners og menns særskilte behov. Alle døgnenheter har fokus på dette og særlig døgn-behandlingsenheten Veksthuset har endret innhold og innretning for å kunne tilby pasienter med komplekse traumer og rusavhengighet et bedre behandlingstilbud. Etter en slik endring er hovedvekten av pasientene kvinner.

Helse Førde: har ikke kjønnsespesifikk rusbehandling. De skriver at de henviser til kjønnsespesifikke tilbud i Helse Bergen når pasienten ønsker seg kjønnsespesifikk behandling.

Helse Fonna har Familieambulatoriet (poliklinisk oppfølging av foreldre med barn 0-6 år) som følger opp problemstillinger der kjønnsdelt tilnærming kan ivaretas.

Blå Kors Klinikk Haugaland (privat avtalepart med avtale med Helse Vest) har egne døgnplasser som kan gi en individuelt tilpassa innramming av tilbudet, men som ikke er kjønnsdelt som utgangspunkt.

Helse Bergen har kjønnsdelte døgntilbud:

Avdeling for rusmedisin (AFR) har per i dag kjønnsdelt avrusningstilbud ved AFR Skuteviken (15 plasser for menn og 13 plasser for kvinner) og kjønnsdelt døgnbehandling for kvinner ved AFR Tertnes (15 plasser + 1 familieplass) og døgnbehandling for menn ved AFR Klokkevik (18 plasser) og AFR Askøy (12 plasser).

Kjønnsdelte polikliniske tilbud: AFR Tertnes Familieambulatoriet følger opp foreldre med barn 0-6 år og samarbeider tett med kvinneposten om innleggelser. Familieambulatoriet samarbeider også tett med AFR sin tvangspost om videre behandlingstilbud til gravide som er innlagt på tvang (etter Helse- og omsorgstjenesteloven).

AFR Poliklinikk Kanalveien tilbyr kjønnsdelt MBT-gruppebehandling. Per i dag er det ikke kjønnsdelt polikliniske tilbud i AFR LAR, men det vurderes som aktuelt å etablere kjønnsdelte traumegrupper.»

Jeg mener gjennomgangen viser at helseforetakene i stor grad tar særlige hensyn til kjønn innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. I løpet av våren vil jeg legge fram en strategi for kvinnehelse som oppfølging av NOU 2023:5.

**Skriftlig spørsmål fra Olaug Vervik Bollestad (KrF) til helse- og omsorgsministeren****Dokument nr. 15:1130 (2023-2024)****Innlevert: 02.02.2024****Sendt: 05.02.2024****Besvart: 12.02.2024 av helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol****Spørsmål**

Olaug Vervik Bollestad (KrF): Hvor mange legemidler til sjeldne sykdommer har blitt godkjent siden 2019, er det ulikheter mellom RHF-ene på hvor legemidlene tas i bruk, og hva tenker statsråden om ev. skjevheter mellom foretakene?

**Svar**

Ingvild Kjerkol: For å besvare spørsmålet fra representant Bollestad, har jeg innhentet tilgjengelige tall fra de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene har gjennomgått beslutninger om innføring av legemidler for sjeldne sykdommer som har vært behandlet i Beslutningsforum for Nye metoder i 2022 og 2023. Gjennomgangen har inkludert sykdommene som er listet som sjeldne diagnoser på helsenorge.no. De siste to årene har det vært behandlet 20 saker med legemidler/ legemiddelindikasjoner for sjeldne tilstander, hvorav 8 ble innført og 12 ikke innført. De regionale helseforetakene opplyser at en gjennomgang av sakene fra 2019 til 2023 ikke lot seg gjøre innenfor tidsfristen for å besvare spørsmål fra Stortinget. En utfordring er bl.a. at det ikke har vært en entydig definisjon av hvilke tilstander som regnes som sjeldne, og at en slik retrospektiv gjennomgang derfor vil måtte gjøres manuelt.

De regionale helseforetakene har også innhentet informasjon knyttet til legemidler for sjeldne sykdommer hvor finansieringsansvaret har vært overført fra Folketrygden til de regionale helseforetakene siden 2019. Blant metodene som er fremmet til behandling i Beslutningsforum for Nye metoder, er 25 besluttet innført og 7 besluttet ikke innført. I tillegg er det bestilt metodevurdering av ytterligere 3 metoder som nå pågår. Det er praksis i helseforetakene at pasienter får fortsette med igangsatt behandling dersom denne ble startet før overføring av finansieringsansvaret til de regionale helseforetakene.

Representanten spør om mine vurderinger knyttet til eventuelle skjevheter i ibruktageelse av behandlingsmetoder i helseregionene. De regionale helseforetakene orienterer om at det ikke har vært mulig å fremskaffe tallgrunnlag som kan belyse variasjoner i bruk av ulike behandlingsmetoder til sjeldne tilstander på tvers av regionene. Grunnen til dette er at det ikke finnes detaljert statistikk som gjør det mulig å undersøke hvilke tilstander som er behandlet med hvilke medikamenter ved hvilke sykehus. Sjeldne tilstander er ofte medfødte og arvelige, noe som kan forårsake naturlige geografiske variasjoner i forekomsten og behandlingsmønstre for sykdommene. Regjeringen er opptatt av å gi et likeverdig helse- og omsorgstjenestetilbud til personer med sjeldne diagnoser. Dette inkluderer tilbud om utredning, behandling og oppfølging. De regionale helseforetakene har etter spesialisthelsetjenesteloven § 4-4 ansvar for å sørge for et felles system for å beslutte hvilke metoder som kan tilbys i spesialisthelsetjenesten; System for Nye metoder. System for Nye metoder treffer nasjonale beslutninger om innføring og finansiering av behandlingsmetoder, og slik bidrar dette til likeverdig tilgang på tvers av helseregionene. Når en metode først besluttes innført, blir den tilgjengelig for alle pasienter i landet, uansett geografisk tilhørighet.

I inneværende år har de regionale helseforetakene, under ledelse av Helse Sør-Øst RHF, fått i oppdrag å følge opp rapport fra fagmiljøer og brukere, avgitt i oktober 2023, om forbedring av tilbudet til pasienter med sjeldne tilstander. Oppgavene er bl.a. å etablere et nasjonalt senter for sjeldne diagnoser, etablere regionale utredningsmiljøer for personer med sjeldne diagnoser og utrede et eventuelt nasjonalt register for sjeldne diagnoser.

Ambisjonen er at dette skal medvirke til bedre diagnostikk, behandling og annen oppfølging av pasienter med sjeldne diagnoser i alle helseregioner. Dette vil bidra et mer likeverdig nasjonalt helsetilbud til pasienter med sjeldne diagnoser.

**Skriftlig spørsmål fra Alfred Jens Bjørlo (V) til helse- og omsorgsministeren**

**Dokument nr. 15:1102 (2023-2024)**

**Innlevert: 31.01.2024**

**Sendt: 01.02.2024**

**Besvart: 08.02.2024 av helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol**

**Spørsmål**

Alfred Jens Bjørlo (V): Kva vil statsråden gjere for å sikre at anbudsrunder til Helse Sør-Øst for tverrfagleg spesialisert rusbehandling, der det blir lagt til grunn ny faktureringsmodell, ikkje vil skade kapasiteten og økonomien til ideelle aktørar innan dette helsefeltet?

**Begrunnelse**

I forbindelse med den pågående anbudsprosessen for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i Helse Sør-Øst, har det blitt rapportert om en bekymringsfull endring som kan ha alvorlige konsekvenser for ideelle organisasjoner som leverer disse tjenestene.

Tidligere har disse organisasjonene operert under et beleggskrav på 95 prosent, med fleksibilitet til å balansere over- og underbelegg gjennom året. Den nye modellen for månedlig fakturering, der fakturering kun er tillatt for det avtalte antall plasser, ser ut til å fjerne denne fleksibiliteten fullstendig.

Endringen innebærer, slik vi er informert, at det er usikkert om et månedlig underbelegg kan kompenseres med overbelegg i andre måneder. Om det er tilfelle, betyr det i praksis at organisasjonene aldri kan veie opp for en dårlig måned med underbelegg ved å ha overbelegg andre måneder, noe som gir et mer rigid system. Det kan igjen redusere incentivet til å ta inn pasienter fra ventelister, og potensielt føre til lengre ventetider for behandling.

Organisasjoner innen rus- og avhengighetsfeltet uttrykker bekymring for at denne endringen svekker de ideelle aktørenes stilling og setter dem i en vanskelig økonomisk situasjon.

**Svar**

Ingvild Kjerkol: Jeg er opptatt av at de regionale helseforetakene legger opp til et godt samarbeid med leverandører innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling framover, til beste for pasientene. For å kunne besvare spørsmålet har jeg hentet inn informasjon fra Helse Sør Øst RHF om modellen for månedlig fakturering og viderebringer denne:

«Helse Sør-Øst RHF har per i dag ulike betalingsordninger i avtalene for kjøp av helsetjenester. Innen psykisk helsevern (unntatt avtaler innen helse og arbeid og spiseforstyrrelser), tverrfaglig spesialisert rusbehandling og rehabilitering (unntatt avtaler innen helse og arbeid) har Helse Sør-Øst RHF inngått avtale om månedlig utbetaling med 1/12 av årlig økonomisk volum (a-konto). For disse avtalene foretas avregning etter utgangen av året, og Helse Sør-Øst RHF krever normalt ikke tilbakebetaling hvis avtalepartene har levert minst 95 prosent av økonomisk volum per ytelse. For alle andre tjenesteområder (somatikk, spiseforstyrrelser, helse og arbeid, laboratorievirksomhet og radiologiske tjenester) fakturerer leverandørene månedlig ut fra faktisk utført aktivitet.

Ved kjøp av helsetjenester inngås årlige ytelsesavtaler som angir volum og økonomisk verdi per år. Det er opp til leverandørene å planlegge og gjennomføre tjenestene i henhold til rammeavtalen og volum i ytelsesavtalen. Leverandørene kan ikke på årsbasis fakturere utover avtalt økonomisk verdi. Innenfor året vil det fortsatt være mulig å kompensere for underbelegg enkelte måneder ved å ha overbelegg andre måneder gitt at øvrige forhold, som for eksempel krav til bemanning og kvalitet i behandlingen, er oppfylt. Det er imidlertid ønskelig med en mest mulig jevn drift gjennom året.

Helse Sør-Øst RHF ser ikke at endring i betalingsordningen skal medføre lengre ventetider.

Etterskuddsvis betaling er likelydende med betalingsbetingelse som er i andre rammeavtaler Helse Sør-Øst RHF har for kjøp av tjenester.»

Jeg merker meg spesielt at «Innenfor året vil det fortsatt være mulig å kompensere for underbelegg enkelte måneder ved å ha overbelegg andre måneder ...». Dette bekrefter at det legges til rette for fleksibilitet ovenfor leverandører med avtale på dette området.

**Skriftlig spørsmål fra Liv Kari Eskeland (H) til helse- og omsorgsministeren**

**Dokument nr. 15:1101 (2023-2024)**

**Innlevert: 31.01.2024**

**Sendt: 01.02.2024**

**Besvart: 06.02.2024 av helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol**

**Spørsmål**

Liv Kari Eskeland (H): Åndedrettsvern har, etter det vi forstår, ei levetid på om lag 3 år.

Er regjeringen nøgd med at deler av porteføljen for beredskapsmateriell, som eksempelvis åndedrettsvern med utløpsdato i 2024, berre vil bli 20 prosent etterfylt?

**Begrunnelse**

HOD skriver i sitt svar (Dokument nr. 15:943) at det meste av smittevernutstyret ble kjøpt inn i 2020 og 2021, og at dette derfor vil gå ut på dato omtrent samtidig. Om vi tek utgangspunkt i åndedrettsvern, som er heilt naudsynt å ha på beredskapslager, viser innkjøpshistorikken til beredskapslageret for dette produktet har ei haldbarheit på ca. 3 år i snitt. Etter det vi forstår gjeld ikkje 5 års levetid for desse produkta. For desse produkta, vil utløpsdato vera i 2024.

**Svar**

Ingvild Kjerkol: Det vises til Prop. 1 S (2023-2024), jf. Innst. 11 S (2023-2024), hvor det presiseres at det nasjonale beredskapslageret for smittevernutstyr er et rullerende lager og at lageret i 2024 i hovedsak skal tilsvare et volum tilsvarende seks måneders pandemiforbruk av smittevernutstyr som under covid-19-pandemien.

Det vises videre til foretaksmøtet 16. januar 2024 i de regionale helseforetakene hvor det ble gitt oppdrag om å ta ansvar for et permanent nasjonalt beredskapslager for smittevernutstyr med utgangspunkt i lageret som er etablert under koronapandemien. Ansvaret omfatter eierskap til varebeholdning, innkjøp, rullering, organisering, drift og forvaltning av beredskapslageret.

Produkter som er regulert som personlig verneutstyr følger krav av arbeidsmiljøloven og tilhørende forskrifter. Holdbarheten til de ulike produktene settes av produsentene og har normalt en varighet på fem år. I forbindelse med covid-19-pandemien kom det 20. mars 2020 forskrift om unntak fra kravene gitt i gjeldende regelverk ved anskaffelse av personlig verneutstyr. Forskriften økte muligheten for å anskaffe personlig verneutstyr. Deler av det personlige smittevernutstyret som ble kjøpt inn i perioden 2020 og 2021 under denne ordningen, har kortere holdbarhet enn fem år. De regionale helseforetak har varslet at utstyr som går ut på dato, i første omgang vil bli lagt til side og senere kassert på en hensiktsmessig måte mht. miljøpåvirkning.

For å kompensere for at deler av det nasjonale smittevernlageret besto av smittevernutstyr med kortere holdbarhet enn fem år, gjennomførte de regionale helseforetak en anbudskonkurranse om leveranse av personlig smittevernutstyr høsten 2022. I løpet av 2022 og 2023 leverte Uniqon Protection AS 0,6 millioner åndedrettsvern. Utsiftingen av smittevernutstyr med kortere holdbarhet enn fem år startet allerede i 2022. Utsiftingen vil fortsette til hele lageret har komme inn i en ordning med løpende rullering med anskaffelse av inntil 20 prosent av planlagt volum årlig.



De regionale helseforetak skal årlig rapportere lagerstatus for smittevernutstyr og andre beredskapslagre i spesialisthelsetjenesten til Helse- og omsorgsdepartementet. Jeg vil på egnet måte orientere Stortinget om status for det nasjonale lageret.

**Skriftlig spørsmål fra Kathy Lie (SV) til finansministeren**

**Dokument nr. 15:1037 (2023-2024)**

**Innlevert: 25.01.2024**

**Sendt: 26.01.2024**

**Rette vedkommende: Helse- og omsorgsministeren**

**Besvart: 05.02.2024 av helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol**

**Spørsmål**

Kathy Lie (SV): NRK har i flere artikler i januar vist oss at OUS ikke har nok oppsparte midler til å finansiere de kontroversielle sykehusplanene i Oslo. I tillegg viser deg seg nå at antagelsen om gigantinntjening ved salg Ullevål tomten sannsynligvis er kraftig overvurdert.

Vil finansministeren nå gripe inn for å sikre at økonomien forsvarlig, og vil han ta en ny vurdering av regjeringens overstyring av bystyret og planmyndighetene i Oslo, slik at Oslo får de sykehusene de ønsker og resten av sykehusene i Helse Sør-Øst?

**Svar**

Ingvild Kjerkol: Helse Sør-Øst gjennomfører for tiden mange store byggeprosjekter som er viktige både for helseregionen og for pasienter fra hele landet. Regjeringen har i Hurdalsplattformen slått fast at vi vil sørge for at hele Groruddalens befolkning så raskt som mulig får lokalsykehus tilbud ved Nye Aker sykehus og at endringene i sykehusstruktur i Oslo skal gjennomføres i henhold til vedtatte planer. Dette er fulgt opp med statlig reguleringsplan for tomtene på Aker og Rikshospitalet.

Utviklingen av nye Aker og nye Rikshospitalet skal sammen med et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet, nytt sikkerhetspsykiatrisk bygg på Ila, Livsvitenskapsbygget og nye Oslo storbylegevakt på Aker, legge til rette for bedre helsetjenester og økt kapasitet. Den nye storbylegevakten er tatt i bruk, og øvrige prosjekter er i gjennomføring. Over halvparten av behandlingen ved Oslo universitetssykehus HF gis til pasienter bosatt utenfor Oslo. Totalt 400 000 nye og mer funksjonelle kvadratmeter med nybygg skal erstatte gamle, utdaterte bygg.

Oslo universitetssykehus har den dårligste gjennomsnittlige tilstandsgraden på bygnings-massen av alle landets helseforetak. Å gi Oslos og landets befolkning og de som jobber der, nye sykehuslokaler som erstatning for dagens gamle og uhensiktsmessige bygg er viktig. Vel så viktig er det å organisere de nye sykehusene slik at kompetanse og teknisk utstyr brukes på best mulig måte. Dagens sykehusstruktur i Oslo krever mer helsepersonell enn nødvendig, og det går ut over resten av landet. Mangel på personell og spesialisert kompetanse er blant de største utfordringene som møter sykehusene i Norge fremover.

Helse Sør-Øst RHF har innført en intern lånemodell for å kunne løfte regionalt prioriterte investeringer i bygg og IKT, og for å gi forutsigbarhet mtp. gjennomføring av prosjekter. Oslo universitetssykehus har tidligere bidratt med midler til å realisere prioriterte prosjekter i andre deler av helseregionen. Helse Sør-Øst RHF opplyser at Oslo universitetssykehus ved utgangen av 2023 har om lag 5 milliarder kroner utestående i den interne låneordningen.

Oslo universitetssykehus skal håndtere de økte kapitalkostnadene når de igangsatte prosjektene er ferdig. Det er da behov for god økonomistyring og positive resultater. Oslo universitetssykehus har forutsatt effektivisering i forkant av ferdigstilling av bygge-prosjektene, og driftsgevinster etter ibruktakelse av de nye byggene. Helse Sør-Øst RHF har opplyst at Oslo universitetssykehus ligger bak effektiviseringsplanene som forelå ved vedtak av byggeprosjektene. Kombinasjonen av lavere aktivitet og høyere bemanning sammenlignet med budsjett, samt økt sykefravær under og etter pandemien, har gjort gjennomføringen av forutsatt effektivisering spesielt krevende. Tiltak for å bedre driftsøkonomien har høy prioritet i Helse Sør-Øst RHF og helseforetakene, herunder Oslo universitetssykehus.

Helse Sør-Øst RHF har en robust økonomi og har bygget opp solide buffere til prioriterte prosjekter i regionen. Oslo universitetssykehus vil på sikt ikke ha bruk for byggene på Ullevål i sin drift og har planer om å selge. Dette vil ikke skje før byggene på Aker og Gaustad er ferdigstilt. Jeg vil vise til at Helse Sør-Øst RHF i foretaksmøtet 15. juni 2021 ble bedt om å avvente salg av sykehustomta på Ullevål til etter at etappe 2 av Nye Oslo universitetssykehus er regulert og utredet i forprosjekt og det foreligger detaljerte planer som sikrer at hele Groruddalens befolkning får sitt lokalsykehustilbud ved Aker sykehus. Dette var en oppfølging av Stortingets vedtak knyttet til sykehustilbudet i Oslo, jf. Dok 8:72 S (2020–2021) og Innst. 319 S (2020–2021).

Til sist vil jeg legge til at vi har varslet at vi vil komme med viktige endringer i sykehusfinansieringen i kommende Nasjonal helse- og samhandlingsplan. Vi vil i 2025 legge til rette for at sykehusene får fullfinansiert kostnader knyttet til demografiske endringer på samme måte som kommunene. Videre vil rentebetingelsene for alle lån bli endret til ordningen som gjaldt før 2018. Disse to tiltakene vil være positive for den økonomiske utviklingen ved Oslo universitetssykehus.

**Link til regjeringens side – spørsmål til skriftlig besvarelse:**

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

Trykte vedlegg:

- Eventuell overføring av virksomhet (*unntatt offentlighet*)

Utrykte vedlegg:

- Ingen