

Saksframlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret Helse Sør-Øst RHF	19. desember 2019

Sak 117-2019

Driftsorienteringer fra administrerende direktør

Forslag til vedtak:

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Hamar, 12. desember 2019

Cathrine M. Lofthus
administrerende direktør

1. Status for arbeidet med å redusere AML brudd

Status for antall AML-brudd i helseforetakene i Helse Sør- Øst er ikke tilfredsstillende, selv om det har vært en gradvis reduksjon av antallet mulige AML brudd de seneste årene.

Volumet ligger i gjennomsnitt på ca 22.000 mulige brudd på lov og avtaleverk pr måned. Det utøves ca 1.100.000 dagsverk/vakter per måned, hvilket betyr at ca 2 % av vaktene har registret et mulig AML brudd. Helse Sør-Øst RHF er kjent med at det er en del manglende registrering av inngått arbeidstidsavtaler. Manglende registrering av lovlige arbeidstidsavtaler medfører at en i arbeidsplansystemet GAT og i AML-rapportene får tellende brudd på AML som egentlig ikke er dette. Det totale antallet AML brudd som fremkommer i rapporteringen inneholder således brudd og en del mulige brudd pga. manglende registrering av arbeidstidsavtaler.

Etterlevelse av gjeldende lover og avtaleverk er et lederansvar. Arbeidet med å etterleve regelverket må forsterkes slik at ansatte har arbeidstidsordninger innen rammene av arbeidsmiljøloven og tariffavtalene. Arbeidstidsordninger må etableres i samarbeid med ansatte og tillitsvalgte. Ordningene skal være tilpasset enhetenes aktivitet og oppgaver, samt ivareta HMS.

Regelverket er sammensatt og det arbeides med tiltak som skal gi lederne på alle nivå økt kunnskap og kompetanse, slik at det dannes grunnlag for å etablere gode arbeidstidsordninger. For å understøtte arbeidet i hvert enkelt helseforetak, har Helse Sør-Øst RHF de siste årene satt i verk en rekke felles tiltak som skal understøtte lederne i arbeidet med reduksjon i antallet AML brudd. De viktigste tiltakene er:

- Det er utviklet felles opplæringsmaterieill i arbeidstidsplanlegging og opplæring i regelverk som skal gi kunnskap om arbeidstidsbestemmelsene i arbeidsmiljøloven og tariffavtalene
- Arbeidstidsplanlegging krever gode prosesser med ansatte og tillitsvalgte, det er derfor utarbeidet anbefalte prosessbeskrivelser. De fleste helseforetakene har tilpasset disse til eget foretak og benytter standardiserte prosesser og maler for inngåelse av arbeidstidsavtaler. Dette materiellet er gjennomgått i et eget nettverk for deling av erfaringer i arbeidet med reduksjon av AML brudd. I nettverket har også de konserntillitsvalgte bidratt med nyttige innspill
- Det er implementert standardisert rapportering, med felles regelsett og koder som muliggjør sammenligning på tvers av foretaksgruppen. Det sendes ut månedlige statusrapporter til foretakene og de konserntillitsvalgte
- I arbeidsplansystemet GAT er det etablert et egne varslingsystemer når vakter bryter med lov og avtaleverk. Ledere blir gjort oppmerksom på dette og må gjøre en forsvarlighetsvurdering
- Det er også etablert et eget analyseverktøy (GAT-analyse) som gjør det mulig å ta ut rapporter fortløpende, slik at ledere ikke trenger å vente på månedsavslutning for oppfølging av egne enheter
- Flere av helseforetakene har i høst gjort en ekstra innsats for at arbeidstidsavtaler blir registret i arbeidsplansystemet (GAT) slik at en unngår feil registrering av AML-brudd
- Helse Sør-Øst RHF har bedt leverandøren av arbeidsplansystemet prioritere utarbeidelse av enklere systemer for registrering av arbeidstidsavtaler

Helse Sør-Øst RHF fortsetter arbeidet og utreder nye tiltak i samarbeid med helseforetakene for å få til en reduksjon i antallet AML-brudd. Ansatte skal ha gode og trygge arbeidstidsordninger og et fullt forsvarlig arbeidsmiljø.

2. Midler til tjenesteinnovasjon

Det er avsatt strategiske midler til tjenesteinnovasjon i 2019 (styresak 128-2018) og 2020 (styresak 094-2019). Det er i 2019 gjennomført en kartlegging av pågående prosjekter innen tjenesteinnovasjon av et visst omfang, jf. redegjørelsen for oppfølgingen av regional utviklingsplan i virksomhetsrapport for 2. tertial 2019 (styresak 082-2019). Blant mer enn 100 prosjekter som inngikk i kartleggingen retter om lag halvparten seg mot satsningsområdet «nye arbeidsformer – bedre bruk av teknologi og mer brukerstyring». De fleste av prosjektene har effekter knyttet til mer enn ett satsningsområde. For eksempel har en rekke av tiltakene under områdene «nye arbeidsformer» og «bruk av ny teknologi» som mål å friggi mer tid til pasientrettet arbeid.

Gjennomgangen av innovasjonsprosjektene danner et godt utgangspunkt for å kunne tildele midler til nyskapende prosjekter som utfyller den eksisterende prosjektporteføljen i regionen. Det er også flere prosjekter som har vist seg å være vellykkede og hvor det er viktig å fremme spredning av løsninger.

Det er i forbindelse med gjennomgangen av innovasjonsprosjektene avdekket et behov for å samordne og styrke den regionale IKT-støtten i Sykehuspartner HF til prosjekter innen tjenesteinnovasjon. Dette innebærer blant annet samordning av tekniske løsninger til digital hjemmeoppfølging og videobasert kommunikasjon med og om pasienter.

Regjeringen lanserte i november 2019 en ny nasjonal helse- og sykehusplan (Meld.St. 7 (2019-2020)). Pasientens helsetjeneste skal videreutvikles gjennom en rekke tiltak som samsvarer godt med de satsningsområder som er pekt ut i regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst (sak 051-2018). Det skal etableres nye helsefelleskap, hvor planen vektlegger samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene for å bedre tjenestene til barn og unge, personer med flere kroniske lidelser, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer og skrøpelige eldre. Administrerende direktør mener det er formålstjenlig å prioritere tjenesteinnovasjonsprosjekter som retter seg mot disse gruppene.

Midler til tjenesteinnovasjon for 2019 lyses ut i 2019 i en åpen konkurranse med tildeling i 2020. Det vil tildeles midler til nye prosjekter, men også prosjekter som skal bidra til spredning av vellykkede nye tjenestemodeller og løsninger. Dette kommer i tillegg til de tildelingene som er omtalt i virksomhetsrapporten for 2. tertial 2019 (styresak 082-2019). Midler til tjenesteinnovasjon for 2020 vil tildeles i 2020 og her vil administrerende direktør foreslås at det blant annet tildeles midler for å styrke Sykehuspartner HF sitt arbeid med å samordne og legge til rette for IKT-støtte til prosjekter innen tjenesteinnovasjon i helseforetak og sykehus.

3. Ny nasjonal helse- og sykehusplan

Regjeringen lanserte 22. november 2019 ny nasjonal helse- og sykehusplan (Meld. St. 7 (2019-2020)).

Planen fastslår at regjeringen skal videreutvikle pasientens helsetjeneste gjennom å styrke befolkningens helsekompetanse og pasientens mulighet til å være en aktiv deltaker i egen helse og utvikling av tjenestene. Planen peker spesielt på virkemidler som økt bruk av skjermtolk i spesialisthelsetjenesten og arbeid for å fremme klart språk og samvalg.

Det skal etableres 19 helsefellesskap hvor kommuner og helseforetak utvikler og planlegger tjenestene sammen som likeverdige partnere. Planen legger opp til at det skal være kontaktpunkter mellom kommuner og spesialisthelsetjenester på tre ulike nivå; et «partnerskapsmøte» med politisk og administrativ toppledelse i kommuner og helseforetak, et «strategisk samarbeidsutvalg» med faglig og administrativ ledelse i kommuner og helseforetak og et «faglig samarbeidsutvalg» på tvers av tjenestene, som skal utvikle felles prosedyrer og tjenestemodeller. Helsefellesskapene skal spesielt prioritere utvikling av tjenester til barn og unge, personer med flere kroniske lidelser, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, samt skrøpelige eldre. Planen fastslår at det skal utvikles bedre helsetjenester innen psykisk helsevern, særlig når det gjelder barn og unge og brukere med alvorlige og sammensatte behov.

Regjeringen ønsker å skape «det utadvendte sykehus» som yter en større del av helsehjelpen hjemme hos pasienten og som i større grad, både fysisk og virtuelt, samarbeider med kommunale helse- og omsorgstjenester og med andre sykehus.

Den akuttmedisinske kjeden skal være sammenhengende og koordinert, og planen bebuder at helseforetakene i sine neste utviklingsplaner skal gjennomgå akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus i samarbeid med kommunene, inkludert organisering og ledelse av akuttmottak på sykehus. Planen peker på behovet for å styrke bruk av teknologi, slik at helsetjenester i større grad kan flyttes hjem til pasienter og slik at helsedata skal kunne deles.

Helseforetakene forventes å skape en heltidskultur og skal arbeide for å rekruttere og beholde ansatte i alle personellgrupper. Planen peker på at det skal legges til rette for livslange karriereløp for alle personellgrupper og at det skal være en særlig satsing på sykepleiere og helsefagarbeidere. Videreutdanningene for spesialsykepleiere skal videreutvikles og utdanningskapasiteten økes. Planen fastslår blant annet at helseforetakene skal ta imot flere lærlinger i helsefag og at helseforetak og kommuner i helsefellesskapene skal sette mål for kompetansedeling.

Nasjonal helse- og sykehusplan poengterer at målene for digitalisering skal knyttes tydeligere til målene for pasientbehandling og at den nasjonale styringen og koordineringen av IKT-utviklingen skal bli tydeligere. Planen understreker betydningen av arbeidet med å redusere uønsket variasjon og underbygge en kultur for å dele kunnskap. Når det gjelder finansiering peker planen på at finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten skal videreutvikles for å understøtte helhetlige tjenestetilbud, samhandling og nye måter å yte tjenester på ved hjelp av teknologi og digitalisering.

Hovedmålene i den nye nasjonale helse- og sykehusplanen er i tråd med hovedmålene i regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst (styresak 051-2018). Helse Sør-Øst RHF har gitt innspill til planen og planen inneholder en rekke eksempler på nye tjenestemodeller fra Helse Sør-Øst. Etablering av helsefellesskap er en ny idé som vil kunne bidra til bedre samarbeid om de som trenger det mest. Det er å forvente at det i 2020 gis oppdrag til Helse Sør-Øst RHF knyttet til områder innen nasjonal helse- og sykehusplan fra Helse- og omsorgsdepartementet.

4. Konkretisering av virksomhetsinnhold for videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF

Styret i Helse Sør-Øst RHF behandlet målbildet for videreutvikling av sykehuset Innlandet HF i sak 005-2019 og målbildet ble fastsatt i foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF 8. mars 2019. Målbildet innebærer en samling av spesialiserte funksjoner innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i et nytt akuttpsykiatri, Mjøssykehuset, et akuttpsykiatri på Tynset og fortsatt sykehusdrift ved to av dagens somatiske sykehus i form av ett akuttpsykiatri og ett elektivt sykehus med døgnfunksjoner. Videre skal prehospitaltjenester og lokalmedisinske sentra videreutvikles.

I styresak 005-2019 og foretaksmøtet 8. mars 2019 er det lagt til grunn at det først skal arbeides med å konkretisere virksomhetsinnholdet i Sykehuset Innlandet HF. Deretter skal lokalisering av sykehusene utredes på bakgrunn av det definerte virksomhetsinnholdet. Arbeidet med oppfølgingen av vedtaket i styret og foretaksmøtet gjennomføres i to faser, en fase 1 for konkretisering av virksomhetsinnhold og en fase 2 hvor man vurderer bygg, mulig gjenbruk av investeringer, investeringskostnader, økonomisk bærekraft og lokalisering.

Administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF ga i mandat datert 20. mai 2019 oppdrag om å konkretisere virksomhetsinnholdet i Sykehuset Innlandet HF og det ble på bakgrunn av mandatet opprettet en prosjektgruppe bestående av deltakere fra Helse Sør-Øst RHF og Sykehuset Innlandet HF. Brukere, tillitsvalgte og verneombud fra Sykehuset Innlandet HF, samt samarbeidspartnere som KS, høyskoler og universitet er involvert i arbeidet. Første utkast til rapport for fase 1 av arbeidet skal behandles i styringsgruppemøte for prosjektet den 17. desember. Prosjektet har bedt om at frist for innlevering av endelig rapport settes til januar 2020. Det planlegges at mandat for fase 2 skal behandles sammen med endelig rapport i januar 2020 og at fase 2 skal slutføres i juni 2020.

5. Mediesaker om avtalespesialister og faglig revisjon av praksis

Helse Sør-Øst RHF har per desember 2019 driftsavtaler med 920 avtalespesialister, som representerer 800 årsverk. Samlet sett står avtalespesialistene for én av fire polikliniske konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten.

Reguleringen av avtalespesialistområdet er sammensatt. En avtalespesialist har driftsavtale med det regionale helseforetaket, men får oppgjør fra Helfo basert på aktivitet/takster. En avtalespesialist er selvstendig næringsdrivende og har i kraft av å være autorisert helsepersonell som yter spesialisthelsetjenester et selvstendig ansvar for å organisere og drive egen praksis i henhold til myndighetsfastsatte krav og gjeldende faglige standarder. Fylkesmannen kan gjennomføre tilsyn med praksisen og Helsetilsynet kan gi avtalespesialisten en administrativ reaksjon.

De regionale helseforetakene har ikke kunnet drive faglig revisjon av avtalespesialistene, men det regionale helseforetaket kan med bakgrunn i rammeavtalen med Legeforeningen og Psykologforeningen, gjeldende fra 1.9.2019, iverksette revisjon av avtalepraksis i tilfeller det er mistanke om alvorlig brudd på rammeavtalen, den individuelle avtalen eller myndighetsfastsatte krav.

I 2019 har mediene rettet søkelys mot en barnelege som har driftsavtale med Helse Sør-Øst RHF. Avtalespesialisten har et høyt antall konsultasjoner og er blitt kritisert for å drive overdiagnostikk og overbehandling, og dels også feilbehandling. Revisjonsutvalget har besluttet at det skal gjennomføres en faglig revisjon av den aktuelle praksisen, og revisjonen vil etter planen bli gjennomført primo 2020.

NRK viste 23. november 2019 en reportasje om en mann som mottok behandling for smerter i regi av en avtalespesialist/-praksis i regionen. Den aktuelle saken er til behandling hos Fylkesmannen i Oslo og Viken. Helse Sør-Øst RHF har bedt den aktuelle praksisen gi en skriftlig redegjørelse for hvilke retningslinjer og prosedyrer de baserer behandlingen på. Videre oppfølging vil baseres på fylkesmannens konklusjon og den redegjørelsen Helse Sør-Øst RHF har bedt om fra den aktuelle praksisen.

6. Status regional laboratoriedataløsning

Status for regional laboratoriedataløsningen ble omtalt i tertialrapport for regionale IKT-prosjekter for 2. tertial (styresak 83-2019) hvor det ble redegjort for at det arbeides med en plan for fase 3 og fase 4 som omhandler innføring av løsningen innen patologiområdet til alle helseforetak i regionen. Det ble rapportert om at prosjektet er ca 12 måneder forsinket og har en prognose som overstiger total kostnadsramme for prosjektet. Siden denne rapporteringen er løsningen nå oppgradert og innført for patologi ved Sykehuset i Vestfold HF fra 18. november 2019. Sykehuset i Vestfold HF hadde forberedt seg godt til oppstarten, men det er likevel en stor overgang å bytte system og tilpasse seg nye arbeidsprosesser. Laboratoriedataløsningen har nå funksjonalitet som gir god støtte til livmorhalsprogrammet, noe som gir sikrere svarhåndtering av celleprøver og forenkler analysene. Dette er nå tilgjengelig både ved Sykehuset Østfold HF og Sykehuset i Vestfold HF.

Etter en ny vurdering av risikoanalysen som er utarbeidet, har Akershus universitetssykehus HF akseptert at de planlagte tiltakene gjør at foretaket kan benytte den regionale SIKT-installasjonen og konsumere laboratoriedataløsningen derfra. Prosjektet har levert en revidert plan som støtter dette med planlagt oppstart av laboratoriedataløsningen ved patologiavdelingen i Akershus universitetssykehus HF i november 2020.

Det var planlagt en egen styresak for å behandle den reviderte planen for prosjektets fase 3 og 4 i styremøtet nå i desember, men administrerende direktør har bedt om at Oslo universitetssykehus HF, på lik linje med Akershus universitetssykehus HF, vurderer om det er mulig å bruke tjenesten fra den regionale SIKT-installasjonen. Dette vil støtte opp under patologimiljøenes ønske om tettere og bedre samarbeid om analyser på tvers av helseforetakene. For å gjøre dette, må prosjektet utarbeide et oppdatert løsningsdesign med tilhørende risiko- og sårbarhetsanalyse som legges frem for vurdering. Det planlegges egen sak for styret om regional laboratoriedataløsning etter at denne vurderingen er gjort.

7. Regional EPJ modernisering

Styret i Helse Sør-Øst RHF behandlet plan for prosjekt regional EPJ (elektronisk pasientjournal) modernisering i sak 054-2019. Styret godkjente gjennomføring av en første del av prosjektet innenfor en kostnadsramme på 44 millioner kroner og ba om at prosjektet skulle fremlegges for ny behandling før det videreføres ut over aktiviteten som er planlagt i denne første delen. Det ble således lagt opp til en trinnvis innretning av prosjektet slik at man kunne høste erfaringer og juster kurs underveis i gjennomføringen. Dette for å ha god kontroll med omfang, fremdrift, kompleksitet og risiko. Det var planlagt en egen styresak for å behandle oppdaterte planer for EPJ modernisering i styremøtet nå i desember, men det er tre forhold som må avklares før planer for videre arbeid legges frem for ny behandling. Av denne grunn vil arbeidet i prosjektet stoppe opp straks det vedtatte omfanget er fullført (eksklusive videre forberedelser ved de tre helseforetakene).

Det første forholdet er knyttet til betydelige problemer med ytelse og stabilitet i DIPS Arena ved Diakonhjemmet og i test av DIPS Arena i Helse Nord. Prosjektet i Helse Sør-Øst arbeider strukturert og godt sammen med de andre prosjektene som planlegger overgang til DIPS Arena, for å høste erfaring fra dette arbeidet. Det pågår samtidig en ordinær oppgradering av DIPS Classic og Arena ved Oslo universitetssykehus HF. Denne skulle vært gjennomført i november, men er forsinket til februar. Utfordringene med ytelse og stabilitet er eskalert til administrerende direktør i DIPS. DIPS har iverksatt flere tiltak og har dette som første prioritet i utviklingsarbeidet. Det har nettopp vært versjonsoppgradering ved Diakonhjemmet og det er positiv utvikling. Dette vil følges nøye av Helse Sør-Øst RHF og de to andre regionene som har DIPS. Både Helse Nord og Helse Vest har utsatt sine planer om overgang til DIPS Arena og Helse Sør-Øst RHF vil avvente en løsning på problemene med ytelse og stabilitet før videre planer for prosjekt regional EPJ modernisering kan etableres.

Det andre forholdet omhandler antall DIPS-installasjoner i regionen. Helse Sør-Øst RHF har fått sterke anbefalinger fra DIPS om at dersom regionen skal konsolidere DIPS-installasjonene og gå fra ni til tre installasjoner, så bør dette gjøres før mye funksjonalitet i DIPS Arena tas i bruk. Dette er således forhold som Helse Sør-Øst RHF må få ytterligere klarhet i før videre planer for prosjekt regional EPJ modernisering kan etableres.

Det tredje forholdet er pågående oppgraderingsløp av de eksisterende DIPS-installasjonene som gjennomføres av Sykehuspartner HF, blant annet for å støtte ny versjon av databasesystemet Oracle. Oppgraderingen må koordineres tett med andre parallelle aktiviteter som innføring av regionalt journalinnsyn (journalinnsyn for helsepersonell på tvers av regionens DIPS-databaser) og dokumentdeling i kjernejournal (dokumentdeling på tvers av omsorgsnivåer ved bruk av den nasjonale løsningen kjernejournal).

Det planlegges egen sak for styret om prosjekt regional EPJ modernisering etter at disse tre forhold er avklart.

8. Medikamentell kreftbehandling innført ved alle helseforetak i regionen

Pasienter som skal ha cellegift eller immunterapi kan nå være trygge på at de får like god behandling, uansett hvor i Helse Sør-Øst behandlingen gis. En ny regional løsning gjør at oppdaterte behandlingskurer hele tiden er tilgjengelig for alle helseforetakene.

Som siste helseforetak i regionen tok Akershus universitetssykehus HF løsningen i bruk i november i år. Innføringen av løsningen har pågått over tre år.

Spesialister fra hele regionen har vært involvert i å utvikle et felles kurbibliotek som nå omfatter detaljert beskrivelse av over 800 aktive behandlingskurer. Alle kurene er vurdert og gjennomgått i aktuelle regionale faggrupper. Nye kurer innføres fortløpende og blir gjort tilgjengelig for alle sykehusene samtidig, etter hvert som de blir klare. Oslo universitetssykehus HF har det faglige ansvaret for forvaltning av kreftkurene i løsningen.

Det har tidligere vært store forskjeller i hvordan medikamentell kreftbehandling ble håndtert ved de ulike sykehusene i regionen. Noen sykehus har hatt en lokal elektronisk løsning for medikamentell kreftbehandling, men uten utveksling av informasjon med andre sykehus. Andre sykehus har basert seg på manuelle rutiner, med beskrivelse av kurene på papir i permer lokalt.

Med en felles løsning på plass er det lagt til rette for å desentralisere kreftbehandlingen slik at flere pasienter kan få behandling nærmere der de bor.

Innføringen ved Akershus universitetssykehus HF som siste helseforetak i regionen ble markert den 27. november med helseminister Bent Høie tilstede.

9. Felles plan; grensesnitt mot nasjonale løsninger og overgang til strukturert journal

I felles foretaksmøte i januar 2019 ble de fire regionale helseforetakene bedt om følgende:

- «*levere en felles beskrivelse av tiltak knytt til etablering av felles grensesnitt mot nasjonale tenester og en felles tilnærming til arbeidet med overgang til strukturert journal*»

Arbeidet hadde opprinnelig en frist til 1. oktober 2019, men Helse- og omsorgsdepartementet har siden satt ny frist til 1. desember 2019.

Tre av regionene, Helse Nord RHF, Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF, har i 2017 og 2018 fått tilsvarende oppgaver og sammen utarbeidet *Felles plan for neste generasjon PAS/EPJ*. I 2019 er oppdraget utvidet til å inkludere Helse Midt-Norge RHF. Dette oppfattes som en positiv utvikling i det interregionale samarbeidet om realisering av «*En innbygger – én journal*».

Felles plan for 2019 omfatter to krevende tema; (1) *felles grensesnitt mot nasjonale løsninger og (2) planer for overgang til strukturert journal*. Ordet «overgang» gir assosiasjoner til en omlegging man gjennomfører i løpet av en begrenset tidsperiode og så er man ferdig med det. Det er imidlertid ikke tilfelle. Det å strukturere journal er en endring som krever modning hos både organisasjonen og hver enkelt fagperson, hvilket tilsier at det er en prosess som må gå over tid.

I arbeidet med planen til Helse- og omsorgsdepartementet er det blitt tydelig at det videre arbeidet med disse temaene har ulike utfordringer. For punkt (1) *felles grensesnitt mot nasjonale løsninger*, har de fire regionale helseforetakene relativt sett likt utgangspunkt, samsvarende behov og felles planer. Særlig er det verdt å merke seg at Helse Midt-Norge RHF, med sin «Helseplattform» har et like stort behov for avklaring og videreføring av nasjonale samhandlingsløsninger som de andre tre regionene har.

For punkt (2) *planer for overgang til strukturert journal*, er utgangspunkt, status og planer ulike mellom Helse Midt-Norge RHF på den ene siden og de tre andre regionale helseforetakene på den andre siden. Helse Midt-Norge har ved sin anskaffelse av Epic kjøpt en leverandøravhengig datamodell som gjør det nødvendig å strukturere store datamengder før man tar systemet i bruk. De andre tre regionene har mer fleksibilitet til å strukturere utvalgte områder ut fra et tydelig faglig behov.

Det er også viktig å påpeke at strukturering av journal omfatter vesentlig mer enn det som ofte assosieres med elektronisk pasientjournal (EPJ). Dagens pasientadministrative system (PAS) inneholder i stor grad strukturert informasjon. Det samme gjelder regional kurve- og medikasjonsløsning og regional løsning for medikamentell kreftbehandling som er basert på strukturert informasjon. Informasjon om laboratorieanalyser og digitale bilder har også strukturerte dataelementer.

Planen er utarbeidet av ledere og fagpersoner i de fire regionale helseforetakene og har involvert flere personer enn tidligere. Det er gjennomført en dialog med Direktoratet for e-helse og Helse- og omsorgsdepartementet før sluttrapporten ble levert den 1. desember 2019.

10. Rapport om status for behandlingstilbudene innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Sør-Øst

I 2018 ble det nedsatt en arbeidsgruppe med oppdrag å foreta en analyse av status for tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Sør-Øst og vurdere behovet for endringer i tjenestetilbudet. Rapporten viser at Helse Sør-Øst RHF siden rusreformen i 2004 har oppfylt pålegget fra ulike helseministere om å prioritere økning av behandlingsskapiteten innen rusbehandling. Helse Sør-Øst RHF har som en del av dette brukt betydelige midler på å øke kapasiteten og kvaliteten på de private behandlingstilbudene.

Døgnbehandlingsskapiteten målt i antallet døgnplasser og liggedøgn er økt hos de private avtalepartene samtidig som de ambulante og polikliniske behandlingstilbudene er bygget ut ved helseforetakene. Dette har sammen med kortere gjennomsnittlige liggetider gjort at det behandles betydelig flere pasienter både ved helseforetakene og hos de private avtalepartene. Sammen med en reduksjon i antallet førstegangshenvendelser og et økt antall behandlingssplasser hos kommersielle aktører har dette bidratt til en reduksjon i gjennomsnittlig ventetid fra 65 dager i 2012 til 32 dager i 2019.

Rapporten viser at tjenestetilbudet hos de private avtalepartnerne har krevende driftsmessige rammebetingelser. Tilbudene trenger ytterligere omstillinger for å dekke befolkningens behov for tverrfaglig spesialisert rusbehandling på lengre sikt. Dette skyldes blant annet nye målgrupper, fagutvikling og nye faglige standarder, samt endret arbeidsfordeling med kommunale tjenester og annen spesialisthelsetjeneste. Omstillingsbehovene forsterkes av en oppbygging av institusjoner godkjent av Helfo uten forutgående behovsvurdering.

Regjeringen nedsatte i 2018 et rusreformutvalg som skal avgi sin utredning Helse- og omsorgsdepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet innen 31.12.2019. Administrerende direktør vil i første omgang avvente denne utredningen og planlegger å fremme en egen sak til styret i Helse Sør-Øst RHF i 2020 om utviklingen av tverrfaglig spesialisert rusbehandling i regionen.

11. Fullmakt til inngåelse av leiekontrakt for kontorarbeidsplasser for Sykehuset Østfold HF

I brev av 8. november 2019 ble Sykehuset Østfold HF innvilget fullmakt til å inngå leiekontrakt for kontorarbeidsplasser i et planlagt nybygg på nabotomten til sykehuset på Kalnes. Leiekontraktens nåverdi er på 65,2 millioner kroner og ligger dermed innenfor administrerende direktørs fullmakter, jamfør finansstrategi for Helse Sør-Øst (styresak 033-2019).

Søknaden var basert på styret i Sykehuset Østfold HF sitt enstemmige vedtak fra 17. juni 2019 (sak 39-19), der *Sluttrapport kontorarbeidsplasser for administrasjonen i Sykehuset Østfold* ble behandlet:

1. *Styret opprettholder tidligere vedtak om at stabs- og støttefunksjoner lokaliseres i gangavstand/nærhet til den største virksomheten i Sykehuset Østfold (Kalnes) (sist vedtatt i sak 44-16)*
2. *Styret tar sluttrapporten om kontorarbeidsplasser for administrasjonen i Sykehuset Østfold til orientering og forutsetter at denne legges til grunn for det videre arbeidet i tett samarbeid med de ansatte, tillitsvalgte og vernetjenesten.*
3. *Styret anbefaler at det inngås leieavtale med Kalnes Samfunnsbygg AS (under stiftelse) om arealer til kontorarbeidsplasser i nytt bygg på nabotomten til Sykehuset Østfold på Kalnes.*
4. *Styret ber videre administrerende direktør søke Helse Sør-Øst om fullmakt for å inngå leieavtale med Kalnes Samfunnsbygg AS*
5. *Administrerende direktør gis fullmakt til å underskrive leieavtalen på vegne av Sykehuset Østfold når Helse Sør-Øst har gitt nødvendig fullmakt til dette.*

Ansattrepresentantene i styret hadde en protokolltilførsel til vedtaket hvor det ble pekt på at det burde vært en løsning med eie istedenfor leie og at det hadde vært ønskelig med en utredning av en kombinasjonen av å bygge på full høyde på det nye akuttmottaket og eventuelt supplere med rigg til en har likviditet til nytt kontorbygg.

Nybygget skal erstatte dagens leide lokaler for 206 kontorplasser (5 340 kvm). Dagens lokaler ligger i den gamle høyskolebygningen Tuneteknikeren/Childrens International School beliggende cirka seks km fra Kalnes. Bygningen er nylig solgt, leiekontrakten er transportert til ny eier, og kontrakten utløper 31. desember 2021.

Sluttrapport kontorarbeidsplasser for administrasjonen i Sykehuset Østfold fremmer alternativet å leie deler av nybygg nær Kalnes som løsning. Utkastet til leiekontrakt for 3 667 av byggets 6 250 kvm går over syv år, uten opsjoner for forlengelse, med leiekostnad på 2 500 kroner/kvm. Dette dekker behovet for de 206 ansatte som i dag har kontorer på Tuneteknikeren. Videre er det i kontrakten en opsjon for å leie ytterligere 1 100 kvm av bygget. Til sammen kan arealet huse

275 kontor plasser fordelt på cirka 4 900 kvm. Dette gir da muligheter for å flytte enkelte kontorarbeidsplasser ut fra dagens kliniske arealer på Kalnes og inn i det nye kontorbygget, slik at kapasitet i sykehuset frigjøres.

Sykehuset Østfold HF har gjort en vurdering av det juridiske grunnlaget for kontrakten og definerer leieavtalen som en tjenestekontrakt som faller inn under leieunntaket i anskaffelsesregelverket. Videre er vurderingen at det er mulig å gå til direkte anskaffelse. Det er også gjort en vurdering av om utbygger har utformet tilbudet basert på informasjon som ikke er offentlig tilgjengelig, og det konkluderes med at det har vært tilstrekkelig informasjon offentlig tilgjengelig til at utbygger har hatt muligheten til å utforme tilbudet. Juridisk avdeling i Helse Sør-Øst RHF har også gjort vurdering av de samme elementene og kommer til samme konklusjon. Det påpekes allikevel at Sykehuset Østfold HF står ansvarlig for vurderingene på selvstendig basis.

Et leieforhold av kort varighet og til en relativt høy kostnad støtter ikke opp under langsiktig bedret økonomisk bæreevne i helseforetaket. Det er indikasjoner i saken på at det kan være gunstig å bygge nytt i egen regi, men det krever ytterligere gjeldsbelastning i helseforetaket og er ikke foretrukket løsning på nåværende tidspunkt. I tillegg kommer tidsaspektet. Leieforholdet løser et kortsiktig behov for kontorarbeidsplasser og en permanent løsning må etableres etter leiekontraktens utløp i 2028.

12. Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak

Regjeringen oppnevnte ved kongelig resolusjon 23. mars 2018 et utvalg som skal gjennomgå og eventuelt foreslå en revisjon av fordelingen av basisbevilgningen fra staten til de til de fire regionale helseforetakene.

Forslaget skal basere seg på gjeldende ramme. Dersom det foreslås en revisjon av modellen, skal utvalget foreslå en plan, eventuelt over flere år, for hvordan revisjonen skal gjennomføres.

Utvalget legger frem sin innstilling 16. desember. Det vil i styremøtet 19. desember bli redegjort muntlig for denne innstillingen.

13. Grossistanbud

De fire regionale helseforetakene inngikk i 2015 en grossistavtale som omfatter alle leveranser av legemidler og handelsvarer til norske sykehus og sykehusapotek inkludert beredskap.

Styret ble i administrerende direktørs driftsorienteringer 15. november 2018 (styresak 111-2018) orientert om at den gjeldende nasjonale grossistavtalen fra 2015 utløper 31. januar 2021. Styret ble også orientert om at arbeidet med å få på plass en ny avtale startet høsten 2018. På

oppdrag fra de administrerende direktørene i de fire regionale helseforetakene etablerte de fire sykehusapotekforetakene prosjektet G2021 sammen med Sykehusinnkjøp HF for å gjennomføre anskaffelsen av ny grossistavtale.

Helse- og omsorgsdepartementet ba i brev av 30. januar 2019 de regionale helseforetakene vurdere mulighetene for et samarbeid med Forsvaret innen innkjøpsområdet. I tilbakemeldingen til Helse- og omsorgsdepartementet ble det blant annet pekt på at den pågående anskaffelsen av grossistavtale kunne være et første område for samarbeide. Dette samarbeidet ble etablert og leveranser til Forsvaret er innlemmet i konkurransen. Forsvaret vil signere egen avtale og stå juridisk ansvarlig for denne.

Anskaffelsen er nå gjennomført og innstilling på ny leverandør vil bli behandlet av de administrerende direktørene i de fire regionale helseforetakene i møte 16. desember 2019. Ny grossistavtale skal tre i kraft f.o.m. 1. februar 2021. Avtalens varighet er 4 år med ensidig rett for de regionale helseforetakene til å utøve opsjoner på 2+2 år (til sammen maksimalt 8 års varighet).

Anskaffelsen er estimert til å ha et økonomisk omfang på 1,5 – 1,9 mrd kroner årlig. Dette beløpet omfatter verdien av varer som ikke er anskaffet gjennom andre avtaler, for eksempel LIS-avtaler (legemiddelinnkjøpsavtaler) og verdien av tjenesteleveransen fra grossist. Når verdien av avtaler som ikke er en del av denne anskaffelsen (dette gjelder i all hovedsak LIS-avtaler som skal distribueres og dermed faktureres av grossisten) inkluderes, utgjør årlig verdi av volumet som skal håndteres gjennom grossisten ca 5,9 mrd kroner (2018 volum).

For Helse Sør-Øst RHF har det vært viktig at konkurransen ble innrettet på en slik måte at det i kommende avtaleperiode vil være mulig å levere større deler av legemiddelforsyningen gjennom Helse Sør-Østs regionale forsyningsløsning. Avtalen er utformet slik at enkelte produkter allerede fra avtalens oppstart kan leveres gjennom Helse Sør-Østs forsyningscenter i sampakke leveranser til sykehus som har innført det regionale avdelingspakkekonseptet. Dette innebærer at sykehusene får levert produktene direkte til avdeling uten unødvendig opphold og håndtering i varemottak og sentrale lagre.

Ny avtale gir åpning for distribusjon av ytterligere produkter gjennom samme regionale konsept etter fire år, det vil si ved første mulige prolongering av avtalen. I perioden frem til første prolongering i 2025 vil Sykehusapotekene HF og Helse Sør-Øst RHF i fellesskap og i et tverrfaglig samarbeid med helseforetakene utrede hvilke muligheter som foreligger for samordning og effektivisering av de to store, eksisterende forsyningskanalene inn til helseforetakene. Målsettingen med utredningen vil være å identifisere konkrete endringsbehov innenfor logistikkområdet som gjør at helseforetakene kan hente ut gevinster gjennom en mer effektiv logistikk.

14. Saker til oppfølging etter styremøter

Oversikten blir oppdatert for hvert styremøte. Fra sist rapportering er oppfølgingspunkter som er satt opp i årsplanen eller fulgt opp på annen måte fjernet fra listen.

Sak og dato	Oppfølging	Tiltak	Status
082-2019 Virksomhetsrapport for andre tertial 2019 17. oktober 2019	Styret ønsker at det i senere risikovurderinger skal vurderes ytterligere tiltak der restrisiko er høy.	I senere risikovurderinger skal det beskrives ytterligere tiltak der restrisiko er høy.	Ivaretas ved risikovurdering per tredje tertial 2019.
083-2019 Status og rapportering regional IKT-prosjektportefølje per andre tertial 2019 17. oktober 2019	Styret ønsker at det i senere rapporter også omtales hvordan nye IKT-systemer virker der de tas i bruk. For regional kurve- og medikasjonsløsning ønsker styret mer informasjon om løsningen og hva som gjøres av forbedringstiltak både overfor leverandør og brukere.	Omtale av hvordan IKT-systemene virker der de tas i bruk. Informasjon om kurve- og medikasjonsløsningen og de forbedringstiltak som iverksettes.	Ivaretas i status og rapportering regional IKT-prosjektportefølje per tredje tertial 2019.
084-2019 Status og rapportering andre tertial 2019 for programmene STIM og ISOP, Sykehuspartner HF 17. oktober 2019	Styret ba om å bli orientert om det oppstod samarbeidsproblemer mellom Sykehuspartner HF og helseforetakene. For de enkelte prosjektene ønsker styret at det også angis en sluttdato. Styret er opptatt av fremdrift i prosjektene og at det må gjøres prioritering mellom prosjektene. I de tilfeller hvor fremdriftsplaner ikke holdes, er det viktig at det utarbeides reviderte fremdriftsplaner.		Følges opp i styringsdialogen (oppfølgingsmøtene) med Sykehuspartner HF. Meldes tilbake til styret på egnet måte.

<p>093-2019</p> <p>Virksomhetsrapport per september og oktober 2019</p> <p>21. november 2010</p>	<p>Utfordringer med leveransepresisjon i Sykehuspartner HF må følges opp.</p> <p>Utfordringene med innleie av helsepersonell må følges løpende.</p>		<p>Følges opp i styringsdialogen (oppfølgingsmøtene) med Sykehuspartner HF. Meldes tilbake til styret på egnet måte.</p> <p>Utfordringene med innleie av helsepersonell følges opp i styringsdialogen (oppfølgingsmøtene) med helseforetakene. Meldes tilbake til styret på egnet måte.</p>
<p>094-2019</p> <p>Budsjett 2020 – fordeling av midler til drift og investeringer</p> <p>21. november 2019</p>	<p>I forbindelse med behandlingen av forslag til ny nasjonal inntektsmodell skal det gis en nærmere vurdering av hvordan inntektsmodellen virker internt i Oslo sykehusområde og mellom Oslo universitetssykehus HF og regionen for øvrig.</p>	<p>Ivaretas når saker om nasjonal inntektsmodell og regional inntektsmodell behandles av styret.</p>	<p>Innarbeides i årsplan styresaker for 2020.</p>
<p>099-2019</p> <p>Brukerutvalg for Helse Sør-Øst RHF – oppnevning av medlemmer</p> <p>21. november 2019</p>	<p>Styret ba om at de felles retningslinjene for brukerutvalg som er vedtatt av styret i sak 043-2017 legges frem for gjennomgang i styret.</p>	<p>Utarbeide styresak om felles retningslinjer for brukerutvalg.</p>	<p>Innarbeides i årsplan styresaker for 2020.</p>

15. 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 Helseministeren:

Skriftlig spørsmål fra Kjersti Toppe (Sp) til helseministeren

Dokument nr. 15:461 (2019-2020)

Innlevert: 03.12.2019

Sendt: 03.12.2019

Til behandling

Spørsmål

Kjersti Toppe (Sp): Vil statsråden utdype sitt svar på spørsmål 385 om lederlønninger og sluttavtaler i helseforetakene, der statsråden skriver at Oslo Universitetssykehus HF har behandlet saken om en klinikkleders sluttavtale i henhold til den ansattes arbeidsavtale og eksisterende retningslinjer, og redegjøre for om avtalen datert 19.juni 2019 er i tråd med den ansattes arbeidsavtale og eksisterende retningslinjer?

Begrunnelse

Viser til oppslag i Dagens medisin 24.11.19 der det står at den kritiserte avtalen med nevnte klinikkdirektør ble inngått 19.juni 2019, og at frem til juni 2019 hadde klinikkdirektøren en avtale på linje med de andre klinikklederne har. Siden statsråden skriver i sitt svar på spørsmål 385 at OUS har behandlet denne saken -altså avtalen som ble inngått 19.juni 2019 - i tråd med den ansattes arbeidsavtale og eksisterende retningslinjer, er det vanskelig å se at det faktisk kan stemme.

Svar

Bent Høie: Svaret er ennå ikke tilgjengelig

Skriftlig spørsmål fra Elise Bjørnebekk-Waagen (A) til helseministeren

Dokument nr. 15:390 (2019-2020)

Innlevert: 25.11.2019

Sendt: 26.11.2019

Besvart: 02.12.2019 av helseministeren Bent Høie

Spørsmål

Elise Bjørnebekk-Waagen (A): Mener statsråden at parkeringsprisene ved Sykehuset Østfold Kalnes er i tråd med krav om organisering av parkeringstilbudet gitt av Helse- og omsorgsdepartementet i foretaksmøte for 2009, hva gjør statsråden eventuelt for å følge opp slik at pasienter og pårørende ikke får store utfordringer til parkering?

Begrunnelse

Viser til svar på skriftlig spørsmål (Dokument nr. 15:320 (2019-2020)):

«Helse- og omsorgsdepartementet ba i mars 2008 de regionale helseforetakene om å komme med forslag til hvordan parkeringstilbudet ved helseforetakene burde håndteres. Parkeringssituasjonen ved sykehusene ble kartlagt og vurdert i en egen rapport sendt til departementet høsten 2008. I rapporten ble det gitt en anbefaling i 13 punkter for hvordan parkeringstilbudet burde organiseres for sykehusene.

Helse- og omsorgsdepartementet fulgte opp saken og rapporten i foretaksmøtene for 2009 der det ble stilt krav om at de regionale helseforetakene skulle legge rapporten til grunn for organisering av parkeringstilbudet ved sykehusene.»

Sykehuset Østfold har uttalt følgende i intervju til Fredrikstad Blad:

«Dette er vår eiendom og våre parkeringsplasser. Parkeringsprisene er lagt på nivå med de kommunale parkeringsplassene i sentrum av Østfold-byene, som igjen er basert på det statlige nullvekstmålet for

Nedre-Glomma området. Parkeringsavgiften gir sykehuset inntekt, den stimulerer til å samkjøre eller reise kollektivt og den skal forebygge at sykehusets parkeringsplasser ikke benyttes av uvedkommende til for eksempel pendlerparkering for ekspressbussene.»

Svar

Bent Høie: Vi har igjen tatt opp denne saken med Helse Sør-Øst RHF, og de bekrefter at Sykehuset Østfold vil følge opp de krav som tidligere er gitt av oss til de regionale helseforetakene.

Dette vil skje gjennom en revisjon av gjeldende prispolicy for parkeringstilbudet ved helseforetaket, der blant annet reduksjon av prisene vil stå sentralt. Den nye prispolicyen vil hindre at pasienter og besøkende får urimelig høye parkeringsutgifter, særlig ved langtidsparkering. Det åpnes blant annet for at man ved et forventet langt sykehusopphold etter søknad kan gi fritak for parkeringsavgift.

Helse Sør-Øst RHF har også orientert meg om at Sykehuset Østfold nå vil sørge for god informasjon til brukerne om rabatt- og fritaksordninger. Videre planlegger sykehuset i løpet av 2020 å inngå en ny avtale for sin parkeringsforvaltning. Krav til ny teknologi, som gir brukerne en enklere og mer presis løsning, vil inngå i konkurransegrunnlaget for ny avtale.

Skriftlig spørsmål fra Kjersti Toppe (Sp) til helseministeren

Dokument nr. 15:385 (2019-2020)

Innlevert: 24.11.2019

Sendt: 25.11.2019

Besvart: 02.12.2019 av helseministeren Bent Høie

Spørsmål

Kjersti Toppe (Sp): Hva gjør statsråden for å følge opp Stortingets vedtak og statlige retningslinjer for lederlønninger og sluttavtaler i helseforetakene, mener statsråden at saken fra Oslo universitetssykehus der en klinikkleder fikk lukrativ sluttavtale ved retrettstilling ved fylte 70 år som akseptabel og i tråd med retningslinjer, og kan statsråden redegjøre for om det er inngått liknende sluttavtaler for ledere i andre helseforetak?

Begrunnelse

Viser til sak i Dagens medisin 24/11-19 om en klinikk sjefen ved OUS som har fått beholde årslønn på 1,9 millioner kroner mens han skal jobbe som overlege og forsker i kardiologisk avdeling frem til fylte 72 år.

Svar

Bent Høie: Statens retningslinjer for lederlønn gjelder både for de regionale helseforetakene og helseforetakene. Dette presiserte jeg også i foretaksmøte for de regionale helseforetakene for fire år siden. I foretaksmøte juni 2018 ga jeg de regionale helseforetakene i oppdrag å gjennomgå avtaler for ledende ansatte og tilse at disse er i tråd med statens retningslinjer. De regionale helseforetakene skulle i fellesskap gå gjennom helseforetakenes bruk av sluttavtaler, etterlønn og avtaler om retrettstillinger til ledende ansatte.

Helse Sør-Øst RHF følger, i tråd med departementets krav i foretaksmøte, regelmessig opp statens retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte. Både de regionale helseforetakene og helseforetakene rapporterer på ledernes lønn og annen godtgjørelse i årsregnskapene sine. Dette er åpen offentlig informasjon. Det ble også foretatt en samlet gjennomgang våren 2019 som oppfølging av kravet i nevnte foretaksmøte. Gjennomgangen viste at det ved alle helseforetak i regionen var inngått arbeidsavtaler som hadde en eller flere bestemmelser om eventuelle situasjoner der ledere blir bedt om å fratruke. Helse Sør-Øst RHF vurderer at ingen av disse avtalene går utover de rammer som er fastsatt i statens retningslinjer.

Helse Sør-Øst RHF har opplyst om at Oslo universitetssykehus HF nå på ny gjennomgår og reviderer sine interne retningslinjer. Helseforetaket vurderer at dagens retningslinjer er i tråd med statens regelverk på området, men legger likevel opp til en bred gjennomgang, der ledelse og tillitsvalgte blir involvert. Nye retningslinjer vil avklares med styret, og vil fortsatt bygge på statens retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte.

Når det gjelder det konkrete tilfellet det refereres til så opplyser Oslo universitetssykehus HF at de opprinnelig har behandlet saken i henhold til den ansattes arbeidsavtale og eksisterende retningslinjer, men at de nå likevel vil gå i dialog med den ansatte for å gjennomgå avtalen på ny.

Skriftlig spørsmål fra Hege Haukeland Liadal (A) til helseministeren**Dokument nr. 15:331 (2019-2020)****Innlevert: 15.11.2019****Sendt: 18.11.2019****Besvart: 26.11.2019 av helseministeren Bent Høie****Spørsmål**

Hege Haukeland Liadal (A): Hvordan vil helseministeren sørge for at alle med behov for kjønnsbekreftende behandling får den helsehjelpen de trenger frem til nye faglige retningslinjer og ICD11 blir implementert?

Begrunnelse

Det er snart 10 år siden Stortinget for første gang igangsatte en gjennomgang av helsetilbudet for mennesker med kjønnsinkongruens i Norge. Allerede da ble det avdekket store mangler i tilbudet. Siden den gang har det vært en rekke utredninger, rapporter og forslag til forbedringer. I rapporten «rett til rett kjønn- helse til alle kjønn» (2015) er det tydelig anbefalt at helsehjelpen til denne gruppen skal følge allmenne prinsipper i norsk helsevesen med individuelt tilpasset behandling, brukeren i sentrum og minste effektive dose på laveste effektive omsorgsnivå.

Svar

Bent Høie: Jeg innkalte nylig Helsedirektoratet, Helse Sør-Øst og de øvrige regionale helseforetakene til et møte om saken. Formålet var å få oppdatert status om progresjonen i arbeidet med å etablere et helhetlig behandlingstilbud i helseregionene og ferdigstille nasjonale faglige anbefalinger for behandling av kjønnsinkongruens.

Helsedirektoratet opplyste i møtet at det tas sikte på sende utkast til retningslinjer på åpen høring innen utgangen av november. Høringen vil pågå i tre måneder. Endelig retningslinje vil da bli publisert i april 2020.

De regionale helseforetakene orienterte om at de er forsinket i arbeidet med å opprette behandlingstilbud. Jeg har derfor gitt foretakene beskjed om å sørge for rask fremdrift, med utgangspunkt i fristene angitt i milepælsplanen for dette arbeidet.

Helse Sør-Øst og de andre RHFene skal i tiden frem mot publisering av den faglige retningslinjen i april etablere behandlingstilbud for gruppen som i dag mangler et offentlig tilbud. De foreslåtte faglige anbefalingene fra Helsedirektoratet skal legges til grunn ved etableringen, sammen med internasjonal fagkunnskap og erfaringer fra andre lands tjenester på området. Når endelig versjon av den norske retningslinjen foreligger kan det være behov for justeringer i tilbudet, avhengig av hvilke endringer som gjøres før publisering av dokumentet.

Skriftlig spørsmål fra Elise Bjørnebekk-Waagen (A) til helseministeren**Dokument nr. 15:320 (2019-2020)****Innlevert: 14.11.2019****Sendt: 15.11.2019****Besvart: 25.11.2019 av helseministeren Bent Høie****Spørsmål**

Elise Bjørnebekk-Waagen (A): Mener statsråden det er riktig å bruke høye parkeringsavgifter til å subsidiere sykehusets økonomi, og hva vil statsråden gjøre for å sørge for at parkeringsavgifter ikke skaper ulikhet i innbyggernes mulighet til å besøke sykehuset?

Begrunnelse

Sarpsborg Arbeiderblad og Fredrikstad Blad har i høst formidlet erfaringer med parkeringspolitikken ved Sykehuset Østfold Kalnes.

I august i år opplevde en innbygger at konen ble akutt syk og måtte legges inn på nevrologisk avdeling ved Sykehuset Østfold Kalnes. Der måtte hun bli i ni døgn, før hun ble flyttet til Helsehuset i Fredrikstad. I løpet av disse ni døgnene brukte ektemannen 2 372 kroner på parkering.

De høye prisene ekskluderer personer som er avhengig av bil og personer med dårlig økonomi.

Det enkelte sykehus parkeringspolitikk påvirker pårørende som ønsker å følge opp familie som er innlagt på sykehuset, i tillegg kan pasienter som kommer kjørende til sykehuset oppleve store uforutsette kostnader til parkering.

Sykehuset har nå varslet at de vil foreta en gjennomgang av sykehusets parkeringspolicy.

I dag er det opp til det enkelte sykehus å sette parkeringssatsene. En gjennomgang av pris på parkering ved de ulike sykehusene viser et stort sprik i satser.

Svar

Bent Høie: Helse- og omsorgsdepartementet ba i mars 2008 de regionale helseforetakene om å komme med forslag til hvordan parkeringstilbudet ved helseforetakene burde håndteres. Parkeringssituasjonen ved sykehusene ble kartlagt og vurdert i en egen rapport sendt til departementet høsten 2008. I rapporten ble det gitt en anbefaling i 13 punkter for hvordan parkeringstilbudet burde organiseres for sykehusene.

Helse- og omsorgsdepartementet fulgte opp saken og rapporten i foretaksmøtene for 2009 der det ble stilt krav om at de regionale helseforetakene skulle legge rapporten til grunn for organisering av parkeringstilbudet ved sykehusene. I en av anbefalingene i rapporten fremgår det at inntekter fra parkeringsavgifter forutsettes kun brukt til dekning av kostnader ved drift av parkeringstilbudet. Med utgangspunkt i dette prinsippet vil prisene for bruk av parkeringstilbudet kunne variere fra sykehus til sykehus i forhold til type parkeringsarealer (parkeringshus, bakkearealer), tomtepriser og vedlikeholdsbehov man har for arealene mv.

Parkeringsordningen ved helseforetakene ble evaluert i 2010, og i foretaksmøtene for 2011 ble kravet om at betaling for parkering kun skulle dekke kostnadene ved parkeringstilbudet ved sykehusene gjentatt. I tillegg skulle de rutiner som man har for parkering begrense risikoen for gebyrer, herunder bygge på prinsippet om etterskuddsbetaling.

Det er de enkelte helseforetakene som forvalter parkeringstilbudet ved sine helseinstitusjoner, og som følgelig kan tilrettelegge for parkeringsordninger for pasienter, pårørende og ansatte. Helseforetakene kan også fastsette regler for hvem som kan fritas for parkeringsavgift, men dersom noen fritas betyr det at andre må betale mer for parkeringen.

Jeg tror det kan være nyttig for helseforetakene å gjennomgå sin parkeringspolicy med jevne mellomrom. Jeg har notert meg at Sykehuset Østfold nå gjennomgår sin policy med den hensikt å gjøre de ulike rabatt- og fritaksordningene bedre kjent for de besøkende. De har også varslet at de vil redusere parkeringsavgiften for langtidsbesøkende.

Skriftlig spørsmål fra Tuva Moflag (A) til helseministeren

Dokument nr. 15:266 (2019-2020)

Innlevert: 08.11.2019

Sendt: 11.11.2019

Besvart: 20.11.2019 av helseministeren Bent Høie

Spørsmål

Tuva Moflag (A): Hvor mye skal sykehusene bidra med for å nå klimalovens mål om 40 prosents utslippskutt innen 2030, utenom kvotepliktig sektor og transport?

Begrunnelse

Norge skal ifølge klimaloven redusere klimagassutslippene med minst 40 prosent i 2030 sammenlignet med 1990. For 2050 skal målet være en reduksjon av klimagassutslippene med 80 til 95 prosent i forhold til 1990. I 2018 hadde sykehussektoren, ifølge eget klimaregnskap, 419 490 tonn CO₂-utslipp, der 250 000 tonn var knyttet til oppvarming og energibruk.

Svar

Bent Høie: Regjeringen har gjennom Granavolden-plattformen skjerpet ambisjonene i klimapolitikken. Norges ikke-kvotepliktige utslipp skal reduseres med minst 45 prosent sammenlignet med 2005.

Regjeringen har som mål at reduksjonen skal skje gjennom innenlandske tiltak og planlegger for dette.

Sykehusene skal bidra til at regjeringens ambisjoner og målene om utslippskutt i klimaloven nås, men forventningene er ikke kvantifisert. Jeg har stilt flere krav til de regionale helseforetakene om at de skal være ledende på sitt felt når det gjelder arbeidet for klima og miljø, herunder med tiltak som kan redusere klimagassutslipp. Senest i foretaksmøte i januar i år ba jeg de regionale helseforetakene om å legge økt

vekt på klima og miljø ved innkjøp og ved bygge- og vedlikeholdsprosjekter, i samarbeid med Sykehusinnkjøp HF og Sykehusbygg HF. Helseforetakene har i en årrekke arbeidet systematisk med klima- og miljøtiltak. For eksempel har alle helseforetak i Norge etablert miljøledelsessystem som bidrar til kontinuerlig forbedring av sykehusenes miljøprestasjoner, og de er miljøsertifiserte i henhold til ISO 14001-standard.

I foretaksmøte i januar 2017 ba jeg de regionale helseforetakene finne et hensiktsmessig felles format for dokumentasjon og rapportering av spesialisthelsetjenestens arbeid med samfunnsansvar. På bakgrunn av dette ble den første nasjonale rapporten for spesialisthelsetjenestens arbeid med samfunnsansvar publisert i 2019. Med rapporten fikk vi også for første gang et felles klimaregnskap for helseforetakene. Klimaregnskapet bygger på en mal utviklet av Direktoratet for IKT og forvaltning (Difi), og er videreutviklet og tilrettelagt for spesialisthelsetjenesten. Den nasjonale rapporten og det etablerte klimaregnskapet vil bli videreutviklet og publisert offentlig med jevne mellomrom, slik at alle kan følge utviklingen i spesialisthelsetjenestens resultater på dette området.

Skriftlig spørsmål fra Kjersti Toppe (Sp) til helseministeren

Dokument nr. 15:264 (2019-2020)

Innlevert: 08.11.2019

Sendt: 11.11.2019

Besvart: 20.11.2019 av helseministeren Bent Høie

Spørsmål

Kjersti Toppe (Sp): Mener helseministeren det er uproblematisk, med tanke på eksplosjonsfare og smittevern, å plassere henholdsvis trykktank og høysmitteisolat tett på annen pasientbehandling i en høyblokk på Gaustad?

Begrunnelse

I den opprinnelige konseptfaserapporten for Oslo universitetssykehus' planlagte utbygginger på Gaustad og Aker var verken høysmitteisolat eller trykktank planlagt flyttet fra Ullevål i første etappe av utbyggingen. Høysmitteisolatet har avgjørende betydning for å hindre spredning av de farligste infeksjonene, som ebola og lassa-feber, mens trykktanken blant annet brukes i behandlingen av dykkersyke.

En av svært mange innvendinger fra akuttmiljøet på Ullevål mot de foreslåtte sykehusplanene, var at trykktank og høysmitteisolat var utelatt, og at dette ville medføre svekket beredskap («Driftskonsept traume og akuttmedisin – Rapport fra arbeidsgruppe»). Derfor var det en nødvendig korrigerende da Helse Sør-Øst i juni innså at trykktank og høysmitteisolat måtte følge med, da man skulle flytte øvrige beredskapsfunksjoner i første etappe.

I Helse Sør-Østs styresak 050-2019, «Oslo universitetssykehus HF – oppfølging av konseptfase Aker og Gaustad», kommer det frem at man vurderer to av høyblokkene som planlegges på Gaustad-tomta (Bygg H eller Bygg I) som plassering for trykktank og høysmitteisolat.

Spørsmålsstilleren er blitt gjort kjent med faglige innvendinger mot å plassere høysmitteisolat og trykktank i en høyblokk tett på annen pasientbehandling – av hensyn til henholdsvis smittevern og eksplosjonsfare. Helseministeren bes derfor ta stilling til hvorvidt han anser denne risikoen som uproblematisk.

Svar

Bent Høie: Saken er forelagt Helse Sør-Øst RHF, som opplyser at de har bedt Sykehusbygg HF om å utrede innplassering og lokalisering av høysmitteisolater og trykkammer på Gaustad. Det opplyses følgende:

"Det er gjennomført en første vurdering av mulige lokaliseringer av trykktank innenfor konseptet som er utviklet for nytt sykehus på Gaustad. Vurderingen konkluderer med at det ikke er noen forhold ved plassering av trykkammer på Gaustad som innebærer noen større eksplosjonsfare eller fare for omgivelsene enn tilsvarende anlegg på Ullevål.

Det er videre gjennomført en mulighetsstudie som viser at det er mulig å innplassere høysmitteisolater på en god måte på Gaustad, og fire alternativer er foreslått videreført til videre bearbeiding. Ingen av de fire plasseringene er i høyblokken (bygg H). Det er i de foreløpige vurderingene ikke kommet frem forhold som gir grunnlag for å hevde at plasseringen på Gaustad innebærer økt risiko for smittespredning.

Nærmere om vurderingene som er gjort:

Ad trykktank

Ved «dykkersyke», men også andre tilstander, kan det være behov for behandling i trykkammer. Oslo universitetssykehus HF har en hyperbarmedisinsk enhet med et trykkammer, lokalisert på taket av bygg 4 (sentralblokken med bl.a. hovedinngang og akuttmottak) på Ullevål sykehus. Denne benyttes i økende grad også til behandling av infeksjonssykdommer med mer. Behandlingstilbudet inngår som del av et samlet regionalt beredskaps- og behandlingstilbud. Enheten inneholder en trykkammersal, teknisk rom, undersøkelsesrom og støtterom for virksomheten.

Trykkammerbehandlingen som funksjon er et regionalt behandlingstilbud på Ullevål som så langt ikke har vært inkludert i etappe 1, men etter anmodning fra Oslo universitetssykehus HF har styret i Helse Sør-Øst RHF (styresak 050-2019) besluttet at trykkammer skal flyttes fra Ullevål til Gaustad i etappe 1.

Trykkammeret og tilhørende teknisk rom kan representere en fare for personer og materielle verdier dersom det forekommer en hurtig trykkstigning eller utblåsning. Rommet hvor trykkammeret er plassert og teknisk rom, som inneholder trykksatte komponenter, må derfor utstyres med avlastningsflate i yttervegg, slik at overtrykk som følge av utblåsning ledes vekk fra rommet. I trykkammeret er oksygenets partialtrykk høyere enn det ville være i normal atmosfære. Et slikt høyere trykk kan bidra til hurtigere forbrenning ved brann. Disse forholdene er kjente og håndterbare, og vil bli ivaretatt i planleggingen av trykktanken på Gaustad, slik det er gjort på Ullevål.

Det er gjennomført en første vurdering av mulige lokaliseringer av trykktank innenfor konseptet som er utviklet for nytt sykehus på Gaustad. Sentralt i vurderingen av lokaliseringen har vært krav om etablering av avlastningsflater der trykkluft oppbevares for styrt utblåsning, og at disse må være rettet mot et tilstrekkelig åpent område hensyntatt ferdsel og nærhet til andre bygg.

Vurderingen viser at det mulig å innplassere trykktank på en god måte på Gaustad, og vurderingen er grunnlag for videre bearbeiding. Det er ingen forhold ved plassering av trykkammer på Gaustad som innebærer noen større eksplosjonsfare eller fare for omgivelsene enn tilsvarende anlegg på Ullevål.

Ad høysmitteisolat

Ved smittsomme sykdommer vil det kunne være aktuelt å isolere pasienten for å forebygge at andre blir smittet. Enkelte alvorlige infeksjonssykdommer (som f.eks. ebola) krever en svært streng og sikker isolering, hvor det er nødvendig med egne høysmitteisolater. Slike isolater inngår som del i Oslo universitetssykehus HF's beredskaps- og akuttfunksjoner. Høysmitteisolatene inngår i tillegg som en del av behandlingstilbudet ved en nasjonal behandlingstjeneste («CBRNE-senteret») med akuttberedskap for behandling av personskader forårsaket av særlig farlige kjemiske stoffer, giftig røyk, radioaktiv stråling og biologiske smittestoffer. Høysmitteisolatene er i dag lokalisert på Ullevål (bygg 11).

Høysmitteisolat som funksjon inngår som nasjonalt beredskaps- og behandlingstilbud som så langt ikke har vært inkludert i etappe 1, men etter anmodning fra Oslo universitetssykehus HF besluttet styret til Helse Sør-Øst RHF (styresak 050-2019) at høysmitteisolater skal flyttes fra Ullevål til Gaustad i etappe 1.

Det er gjennomført en første vurdering av mulige lokaliseringer av høysmitteisolater innenfor konseptet som er utviklet for nytt sykehus på Gaustad. Vurderingene er utført som mulighetsstudier der følgende sentrale føringer ligger til grunn:

- Høysmitteisolater bør plasseres på bakkeplan. Pasienten skal kunne tas direkte inn fra ambulanse til høysmitteisolatet, og både pasient og personell må kunne komme raskt ut fra høysmitteisolatet i en situasjon der dette trengs.
 - Høysikkerhetsisolatet bør være en integrert del av en infeksjonspost.
 - Plassering på bakkeplan vil også gi pasienter med lange opphold i isolat mulighet for å komme ut i friluft.
 - Det bør være plass til å sette opp et telt utenfor høysmitteisolatene.
 - Det må være begrenset innsyn, og høysmitteisolatene bør plasseres slik at adkomst og enhet kan skjermes fra uvedkommende
 - Høysikkerhetsisolatene har krevende tekniske anlegg som må ivaretas. Det kreves plass til tekniske rom.
- Mulighetsstudien viser at det er mulig å innplassere høysmitteisolater på en god måte på Gaustad, og fire alternativer er foreslått videreført til videre bearbeiding. Ingen av de fire plasseringene er i høyblokken (bygg H).

Høysmitteisolatene er luftsmittisolater som tilfredsstillende «inneslutningsnivå» 4 (høyeste nivå) og dermed som har strenge krav til bygningsmessig utførelse og tekniske anlegg. Som for dagens virksomhet på Ullevål, vurderes det å legge infeksjonspost i tilknytning til høysmitteisolatet slik at det er et trent personale som drifter isolatene om det skulle oppstå behov for isolering.

Det er i de foreløpige vurderingene ikke kommet frem forhold som gir grunnlag for å hevde at plasseringen på Gaustad innebærer økt risiko for smittespredning."

Jeg har merket meg de vurderingene som Helse Sør-Øst RHF har gjort av disse forholdene. Det er Helse Sør-Øst RHF som har ansvaret for utbyggingen og for at krav til sikkerhet mv. ivaretas.

Skriftlig spørsmål fra Mona Fagerås (SV) til helseministeren**Dokument nr. 15:259 (2019-2020)****Innlevert: 08.11.2019****Sendt: 08.11.2019****Besvart: 18.11.2019 av helseministeren Bent Høie****Spørsmål**

Mona Fagerås (SV): Er helseministeren kjent med bekymringen fra Leppe- og ganespalteforeningen i Norge knyttet til behandlingstilbudet ved Rikshospitalet, hvis så ikke er tilfelle vil ministeren undersøke om det medfører riktighet at barna tilknyttet dette behandlingstilbudet ikke får det behandlingstilbudet de er forespeilet, og hvilke tiltak vil ministeren sette i verk for å sikre at disse barna får det behandlingstilbudet de trenger?

Begrunnelse

Årlig fødes det 100-120 barn med en form for leppe-/ganespalte i Norge. Leppe-kjeve ganespalte (LKG) er en av de vanligste medfødte misdannelsene. Det finnes ulike variasjoner av spalte.

Behandlingsløpet er langt og følger barnet gjennom hele oppveksten;

-Leppepalten lukkes ved 3 måneders alder, ganespalten lukkes ved 1 års alderen og det transplanteres bein fra hofta til kjevespalten i 8-13 års-alderen. I tillegg til dette må mange av barna ha en svelgelappoperasjon i 5-6 års alderen, der svelget forlenges. Videre følger en eller flere kosmetiske korrigeringer, tannreguleringer, taletrening og ørekontroller. Her kan det være store variasjoner på antall inngrep og oppfølging.

Behandlingen er heller ikke uten komplikasjoner.

En spalte gjennom leppe, kjeve og/eller gane kan påvirke ansiktsveksten, tann- og bittforhold, hørsel, tale mm. Spalteteamene er derfor satt sammen av fagpersoner på sitt felt som ivaretar behandlingen fra barnet er født og til det er ferdig behandlet ved omkring 21 års alder.

I dag er behandlingen sentralisert i to spalteteam, et på Haukeland Universitetssykehus og et på Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet. Dette er et flerregionalt behandlingstilbud.

Her møter barna og ungdommene plastikkirurg, kjeveortoped, psykolog, logoped og øre/nese/hals lege – i et finstemt og individuelt behandlingsopplegg koordinert av teamene.

Nå uttrykker lederen i Leppe-ganespalteforeningen i Norge, på foreningens nettsider, stor bekymring for en gruppe av disse barna. Foreningens leder mener barna som er tilknyttet "Osloteamet" ikke får det behandlingstilbudet slik de er forespeilet. Bekymringen er knyttet til at helseforetak OUS Rikshospitalet over tid ikke fulgt opp ansvaret de har gjennom spesialisthelsetjenestetilbudet. Slik at de barna som tilhører Osloteamet og trenger kjeveortopedi er påført en bekymring og en behandlingsbyrde.

Helseforetaket har ansvaret for å rekruttere og gjennomføre opplæring av spesialister i kjeveortopedi til spalteteamet. Dette for å sikre at Osloteamet til enhver tid har 2-3 kjeveortopeder som behandler, samt 1-2 under opplæring i spaltebehandling. Nå er situasjonen den at Osloteamet står uten faste fulltidsspesialister i kjeveortopedi. Siden behandlingen startet på 50-tallet har situasjonen visstnok aldri vært så kritisk.

Svar

Bent Høie: Helse- og omsorgsdepartementet har det siste året hatt kontakt med Leppe- og ganespalteforeningen om behandlingstilbudet til barn med leppe- og ganespalte ved Oslo universitetssykehus HF(OUS). Spørsmål om behandlingstilbudet til barn med leppe- ganespalte har også blitt besvart i skriftlige spørsmål fra representanten Kaski i november 2018 og representanten Øvstegård i mars 2019.

Jeg ønsker at foreldrene skal være trygge på at behandlingstilbudet til barna er godt og følger planlagte prosedyrer. Departementet har derfor formidlet kontakt mellom Leppe- ganespalteforeningen og Helse Sør-Øst RHF. Helse Sør-Øst har deretter sørget for dialog mellom brukerorganisasjonen og den flerregionale behandlingstjenesten for leppe-, kjeve- ganespalte (LKG) ved Oslo universitetssykehus HF. Departementet er informert om at det er avholdt flere møter om saken hvor aktuelle tiltak har vært drøftet.

For å kunne besvare representanten Fagerås' spørsmål, har departementet innhentet informasjon fra Helse Sør-Øst.

Ifølge Helse Sør-Øst har bekymringen hovedsakelig vært knyttet til bemanningssituasjonen og behovet

for rekruttering av kjeveortopedikirurger. Bemanningen har vært sårbar blant annet fordi to kjeveortopedikirurger i Odontologisk seksjon for LKG har gått av med alderspensjon og to andre har sluttet av andre årsaker.

Oslo universitetssykehus HF opplyser til Helse Sør-Øst RHF at situasjonen med sårbar bemanning har vært forsøkt unngått ved å starte rekrutteringsprosessen i god tid før de to kirurgene skulle gå av med pensjon. Rekrutteringsarbeidet har lenge vært utfordrende grunnet få tilgjengelige kjeveortopeder og et konkurrerende privat marked med bedre lønnsbetingelser. Oslo universitetssykehus HF opplyser at rekrutteringsarbeidet nå har gitt resultater og at opplæring av nye ressurser blir ivaretatt.

Helse Sør-Øst sier videre i brevet til departementet at Oslo universitetssykehus HF har, ved siden av innsatsen for å rekruttere nødvendig kompetanse, også funnet andre løsninger for å avhjelpe bemanningssituasjonen.

Helse Sør-Øst RHF er kjent med at det er gjort avtaler mellom Oslo universitetssykehus HF og Universitetet i Oslo om utdanning av nye kjeveortopedikirurger og bindingstid ved helseforetaket. Dette er ventet å avhjelpe situasjonen på litt lengre sikt. Det har også vært dialog med Haukeland Universitetssjukehus HF om avlastning ved den flerregionale behandlingstjenesten for leppe, kjeve-ganespalte som er etablert der, som et tiltak på kortere sikt.

Helse Sør-Øst RHF opplyser også at Oslo universitetssykehus HF samarbeider med private kjeveortopeder for å få tilfredsstillende pasientflyt ved Flerregional behandlingstjeneste for leppe-kjeve-ganespalte.

Oslo universitetssykehus HF har i forbindelse med representanten Fagerås' spørsmål gitt oppdatert status for rekrutteringsarbeidet. Statusen viser at det fra 1.mai 2019 ble rekruttert en erfaren dansk kjeveortoped, og at det fra 1.1 2020 vil komme ytterligere to kjeveortopeder i 37 % stilling og 60 % stilling. I september 2020 vil det ansettes en kirurg i 50 % stilling. Behandlingstjenesten har også endret på arbeidsoppgaver, slik at en tannpleier har fått opplæring i å utføre spesialoppgaver, slik at tannpleieren kan avlaste kjeveortopedene.

Helse Sør-Øst sier at tilbakemeldingen fra Oslo universitetssykehus HF viser at kapasiteten for behandling av pasienter med leppe, kjeve- ganespalte er i ferd med å bedres.

Helse Sør-Øst RHF sier videre at de i samme redegjørelse fra Oslo universitetssykehus har fått opplyst at det 2. november 2019 fant sted et møte mellom Flerregional behandlingstjeneste for leppe-, kjeve-ganespalte og brukerforeningen og deres leder, hvor det ble orientert om situasjonen.

Helse Sør-Øst RHF sier avslutningsvis i brevet til departementet at de er tilfredse med å få opplyst fra OUS at leder i Leppe- og ganespalteforeningen på dette møtet ga tilbakemelding om at foreningen nå er fornøyd med situasjonen.

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>