

Saksframlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret Helse Sør-Øst RHF	4. februar 2021

Sak 013-2021**Driftsorienteringer fra administrerende direktør*****Forslag til vedtak:***

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Hamar, 26. januar 2021

Cathrine M. Lofthus
administrerende direktør

1. Redegjørelse for rentebetingelser

I sak 004-2021 *Driftsorienteringer fra administrerende direktør*, punkt 3, ble det orientert om valg av rentefastsettelse per 1. januar 2021 på lån fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Styret ba om at det vurderes mulighet for rentebinding med fremtidig oppstart, for eksempel på tidspunkt for konvertering av byggelån til langsiktig lån. En slik vurdering vil kreve en nærmere dialog med Helse- og omsorgsdepartementet. Dette fordi de regionale helseforetakene i dag ikke har anledning til å inngå rentebytteavtaler med fremtidig oppstart (FRA) med det private finansmarkedet, men kun benytte seg av tilbud de mottar fra Helse- og omsorgsdepartementet. Administrerende direktør vil orientere styret om resultatet av dialogen med Helse- og omsorgsdepartementet i et senere styremøte.

Styret ba også om at det redegjøres for rentebetingelser og dette følger under.

Helse- og omsorgsdepartementets låneregime overfor de regionale helseforetakene

I henhold til *Instruks for lån knyttet til investeringer for de regionale helseforetakene* av desember 2020, gjelder følgende bestemmelser knyttet til låneopptak (utdrag):

Låneopptak

- Lån til investeringer bevilges av Stortinget.
- Helse- og omsorgsdepartementet anviser årlig tildelt lånebevilgning til hvert av de regionale helseforetakene.
- De anviste midlene plasseres som ikke rentebærende kontolån til staten på særskilte konti i Norges Bank.

Rentefastsettelse

- De regionale helseforetakene skal belastes for renter på grunnlag av faktisk trekk på kontoen. Renter betales ikke i opptrekkperioden, men legges til hovedstolen.
- Når opptrukket beløp er konvertert til langsiktig lån, kan de regionale helseforetakene velge flytende rente som i opptrekkperioden, eller fastrente med bindingstid.
- Lån til prosjekter vedtatt før og etter 2018 har to forskjellig rentefastsettelsesmetoder.

Prosjekter vedtatt før 2018

- For lån til prosjekter vedtatt før 2018 fastsettes renten i opptrekkperioden for ett halvår av gangen på basis av markedsrentene på statspapirer med om lag 6 måneders gjenstående løpetid, med et tillegg på 0,4 prosentpoeng. Påløpt rente kapitaliseres 30. juni og 31. desember.
- For prosjekter vedtatt før 2018 tilbys fastrente med bindingstid på hhv. 3, 5 eller 10 år.

Prosjekter vedtatt etter 2018

- For lån til prosjekter vedtatt etter 2018 fastsettes renten i opptrekkperioden med bakgrunn i basisrenten med et fratrekk på 0,5 prosentpoeng. Både faste og flytende renter beregnes nå med utgangspunkt i en basisrente basert på renter på boliglån, med et fratrekk på 0,5 prosentpoeng.
- For prosjekter vedtatt fra 2018 tilbys fastrente med bindingstid på hhv. 3, 5, 10 eller 20 år.

I tillegg gjelder følgende bestemmelser for begge rentefastsettelsesmetoder:

- Serielånene kan deles opp med ulike rentebetingelser. Hver hovedstol kan deles i opptil fire fastrenteavtaler, i tillegg til flytende renteavtale.
- Det er anledning til å gå ut av en fastrenteavtale før utgangen av valgt rentebindingsperiode for begge lånevarianter. For lån vedtatt før 2018, gjelder at dersom det velges å gå ut av en fastrenteavtale før utgangen av valgt rentebindingsperiode, skal verdien av fastrenteavtalen gjøres opp til en kurs beregnet av Finansdepartementet på basis av markedsrentene på relevante statslån på nedbetalingstidspunktet og tillagt en margin på 0,4 prosentenheter. For lån vedtatt etter 2018 skal det beregnes en over- og underkurs i henhold til § 9 i forskrift om kredittavtaler mv. av 7. mai 2010 til Finansavtaleloven (For kreditt som nevnt i første ledd skal differansen på innfrielsestidspunktet mellom den avtalte rente og den rente kredittgiveren tilbyr for tilsvarende kreditt, legges til grunn ved beregning av kredittgiverens tap eller gevinst ved førtidig innfrielse).

Rentebetingelser for eksisterende låneportefølje per 31. desember 2020

Gjennomsnittlig rente for låneporteføljen (beregnet av langsiktige serielån og byggelån, eksklusive leasingavtaler og driftskreditt) er pr. 31. desember 2020 på 1,35%. Inkluderes saldo for driftskreditt og leasingavtaler øker gjennomsnittlig rente til 1,37%. Den gjennomsnittlige (fast)renten på langsiktige serielån til Helse- og omsorgsdepartementet er på 1,75%. Leasing-kontrakter fastsettes med bakgrunn i NIBOR 3 mnd. med marginpåslag på hhv. 1,29%/0,73% for finansiering av IKT-utstyr (to rammeavtaler).

Rentebetingelser fra Helse- og omsorgsdepartementet fra 1. januar 2021

De regionale helseforetakene har mottatt følgende rentebetingelser fra Helse- og omsorgsdepartementet fra og med 1. januar 2021 (tilbud gjeldende for andre halvår 2020 gjengitt i parentes):

Flytende rente:

- Rentesats på interne lån med flytende rentebetingelser (prosjekter vedtatt før 2018) for perioden 01.01.21 - 30.06.21 er 0,48% (0,45%)
- Rentesats på interne lån med flytende rentebetingelser, basisrente (prosjekter vedtatt etter 2018) for perioden 01.01.21 - 30.06.21 er 1,05% (1,81%)

Fast rente (prosjekter vedtatt før 2018; Helse- og omsorgsdepartementet sender ikke ut tilbud på fastrenter til prosjekter vedtatt etter 2018 siden det pr. dags dato ikke er konvertert slike lån):

- 3 års nominell rente (ikke korrigert for avdragsstruktur), som skal løpe fra og med 01.01.2021 til 31.12.2023 er beregnet til 0,67% (0,59%).
- 5 års nominell rente (ikke korrigert for avdragsstruktur), som skal løpe fra og med 01.01.2021 til 31.12.2025, er beregnet til 0,84% (0,68%).
- 10 års nominell rente (ikke korrigert for avdragsstruktur), som skal løpe fra og med 01.01.2021 til 31.12.2030, er beregnet til 1,13% (0,88%).

Utsikter fremover

I løpet av 2021 planlegges det å konvertere byggelån i tilknytning til Tønsbergprosjektet ved Sykehuset i Vestfold HF. Låneopptaket er estimert til ca. 1,64 milliarder kroner. Videre vil fastrenteavtaler på fem eksisterende langsiktige lån utløpe ved utgangen av 2021. Samtlige av disse lånene vil være nedbetalt innen fem år fra utløpet av 2021. Selv om Helse Sør-Øst RHF

velger å inngå nye fastrenteavtaler for disse lånene, inkludert for Tønsbergprosjektet, vil vekst i byggelånene medføre at andel fastrente også ved utløpet av inneværende år vil ende i underkant av minimumskravet på 50%.

De fremtidige markedsrentene har steget i 2021, og effektiv rente på 3, 5 og 10-årige statsobligasjoner har økt med ca. 0,15 prosentpoeng i januar i forhold til gjennomsnittet i fjerde kvartal 2020. Flytende renter er forventet å stige fremover, og Norges Bank anslår i pengepolitisk rapport 4/2020 omtrent 70% sannsynlighet for at styringsrenten heves i mars 2022.

2. Nytt sykehus i Drammen – skjønnsavgjørelse for fastsettelse av erstatning for tomteerverv

Helse Sør-Øst RHF tiltrådte 1. mars 2019 eiendommen Jacob Borchs gate 6, 113/285 i Drammen kommune etter avtale inngått med eier Eie 1 AS. Partene var ikke blitt enige om tomtepris og Helse Sør-Øst RHF betalte således ett ugjenkallelig forskudd på 450 millioner kroner, samtidig som det ble avtalt at endelig pris /erstatning skulle fastsettes ved skjønn av Drammen tingrett. Det vises i denne forbindelse til styresakene 007-2017, 081-2017, 027-2018, 018-2019 og 065-2019.

Drammen tingrett avsa skjønn i saken 15. januar 2021. Erstatning for tomten er av tingretten satt til 630 millioner kroner. Frist for eventuell begjæring av overskjønn er en måned fra tingrettens avgjørelse ble forkynt.

Det legges opp til at tingrettens avgjørelse behandles i ekstraordinært styremøte før utløpet av fristen for begjæring av overskjønn

3. 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
060-2020 Økonomisk langtidsplan 2021-2024 25. juni 2020	I oppfølgingen av regional utviklingsplan ønsker styret at Helse Sør-Øst RHF skal understøtte arbeidet i helseforetakene.	Følges opp i samarbeid med helseforetakene i regionen.	Ivaretas i virksomhetsrapport per første tertial 2021
085-2020 Vestre Viken HF – plan for gevinstrealisering i nytt sykehus i Drammen 20. august 2020	Styret ba om at det rapporteres på oppfølgingen av gevinstrealiseringsplanen basert på den rapporteringen som fremlegges for styret i Vestre Viken HF. Styret ba om at administrasjonen ser på hvilken betydning SSBs nye befolknings-framskrivninger får for vurdering av kapasitet i regionen.	Etablere rutine for rapportering basert på Vestre Viken HFs rapporter til styret. Foreta nye kapasitetsanalyser basert på SSBs nye befolknings-framskrivninger.	Under utvikling Styret vil bli orientert når nye framskrivninger er gjennomført
105-2020 Gjennomgang av basestruktur for ambulanshelikopter 24. september 2020	Styret ba om at lokalisering av ny luftambulansebase i Innlandet ses i sammenheng med ny sykehusstruktur som nå utredes og skal behandles av styret i Helse Sør-Øst RHF. Styret understreket at det må være tilstrekkelig aktivitet ved luftambulansebasene slik at kvaliteten opprettholdes og ressursene utnyttes på en god måte.	Tas inn i styresak om ny sykehusstruktur i Innlandet.	Ivaretas i styresak om videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF – virksomhetsinnhold og lokalisering
112-2020 Virksomhetsrapport per september 2020 22. oktober 2020	Styret forventer at ventetiden for psykisk helsevern går ned. Styre mente at bemanningsutfordringen bør løses med strukturelle tiltak.	Utrede strukturelle tiltak.	Under planlegging

Sak og dato	Oppfølging	Tiltak	Status
115-2020 Sykehuspartner HF – videre plan og finansiering for prosjektet Windows 10 22. oktober 2020	Styret støtter at omlegging av klienter tilknyttet medisinskteknisk utstyr skilles ut i et eget prosjekt og ber om plan for dette prosjektet, inkludert finansiering. Styret kommenterte at det må sees på fremdriftsplan for fase 2 av prosjektet som omhandler oppgradering av 14000 klienter, slik at dette er ferdigstilt innen utvidet support opphører. Styret ber om en gjennomføringsplan for fase 2 av prosjektet, inkludert forslag til finansiering.	Plan inkl finansiering utarbeides av Sykehuspartner HF. Gjennomføringsplan for fase 2, inkl finansiering, utarbeides av Sykehuspartner HF.	Innarbeides i årsplan styresaker Innarbeides i årsplan styresaker
125-2020 Virkksomhetsrapport per oktober 2020 26. november 2020	Styret ber om at de helseforetakene som ligger bak måltallene følges særskilt opp. Dette gjelder særlig innenfor fagområdene psykisk helsevern for voksne og barn og ungdom.	Tas i oppfølgingsmøter med aktuelle helseforetak.	Ivaretatt i oppfølgingsmøtene
126-2020 Budsjett 2021 – fordeling av midler til drift og investeringer 26. november 2020	Styret ba om en nærmere redegjørelse for utviklingen i «overheadkostnader» i forbindelse med neste rullering av økonomiske langtidsplan. Styret ønsker en oversikt over og bedre innsikt i disse kostnadene. Styret er særlig opptatt av likeverdige helsetjenester og god personalpolitikk og ber om at dette fremføres ved oversendelse av budsjetttrammer til helseforetakene. Styret ber om at det må være god dialog med de to private ideelle sykehusene i Oslo i forbindelse med krav om full innfasing av inntektsmodellen i Oslo sykehusområde.	Utrede «overhead-kostnader» som del av plan-forutsetningene i økonomisk langtidsplan 2022-2025. Presisere likeverdige helse-tjenester og god personalpolitikk i dialogen med helseforetakene. Dialog med de to private ideelle sykehusene mtp. krav om full innfasing av inntektsmodellen.	Under oppfølging Presiseres i foretaksmøtet med helseforetakene ifm. oppdrag og bestilling 2021 Under oppfølging

Sak og dato	Oppfølging	Tiltak	Status
127-2020 Innspill til statsbudsjett for 2022 26. november 2020	Styret ber om at det ved neste rullering av økonomisk langtidsplan utredes nærmere forholdet mellom innsatsstyrt finansiering og basisbevilgning. Styret ber om at det i oversendelsesbrevet til Helse- og omsorgsdepartementet legges til et ønske om mer presise definisjoner og bedre analyser som grunnlag for kommunikasjon om utviklingen i produktivitet og aktivitetsvekst i spesialisthelsetjenesten. De regionale helseforetakene bør søke samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet om dette.	Forholdet mellom innsatsstyrt finansiering og basisbevilgning utredes som del av planforutsetningene i økonomisk langtidsplan 2022-2025. Tas opp i oversendelsesbrevet til Helse- og omsorgsdepartementet sammen med innspill til statsbudsjettet.	Under oppfølging Ivaretatt i brev til Helse- og omsorgsdepartementet
132-2020 Sykehuset Telemark HF – konseptfase for utbygging av somatikk Skien 26. november 2020	Styret ber om at Helse Sør-Øst RHF er representert i prosjektstyret.	Representasjon fra Helse Sør-Øst RHF i prosjektstyret tas inn i mandatet for forprosjektet.	Under oppfølging
133-2020 Akershus universitetssykehus HF – konseptfase samling av sykehusbasert psykisk helsevern 26. november 2020	Styret ber om at Helse Sør-Øst RHF er representert i prosjektstyret.	Representasjon fra Helse Sør-Øst RHF i prosjektstyret tas inn i mandatet for forprosjektet.	Under oppfølging
134-2020 Oppfølging av revisjonsrapport 6-2020 ved Sørlandet sykehus HF 26. november 2020	Styret ba om at det ble rettet særlig oppmerksomhet på samarbeidsforholdene mellom store og små sykehus i et helseforetak. Styret forutsetter at det utvikles et nært og forpliktende samarbeid slik at kvalitet og pasientsikkerhet blir ivaretatt på en god måte.	Oppmerksomhet på samarbeidsforholdene mellom store og små sykehus i et helseforetak tas inn som krav ved rullering av utviklingsplanene.	Under oppfølging

Sak og dato	Oppfølging	Tiltak	Status
	Dette kan etter en risikovurdering være gjenstand for revisjon.		
144-2020 Tildeling av regionale, konkurranseutsatte forskningsmidler for 2021 17. desember 2020	Styret er opptatt av at det må prioriteres mer markert og at avsetning til prioriterte områder gjerne kan være høyere. Styret diskuterte områder som ønskes prioritert ved neste utlysning og hvordan tildelingsprosessen kan struktureres. Det ble også pekt på at det er viktig at bredden i sykehusenes virksomhet reflekteres i forskningsprosjektene som tildeles midler, herunder både medisinskfaglig og sykepleiefaglig forskning. I tillegg ble det diskutert virkemidler for å legge til rette for flere kvinnelige forskere.	Tas inn i styresak om målretting av regionale forskningsmidler for 2022.	Innarbeides i årsplan styresaker
145-2020 Oppdrag og bestilling 2021 – økonomiske resultatkrav 17. desember 2020	Styret understreker at helseforetakenes resultatkrav skal være styrebehandlet i de lokale helseforetakene før styrebehandling i Helse Sør-Øst RHF. Styret viste også til at det bør legges en plan slik at driftskreditten til Akershus universitetssykehus HF reduseres.	Krav om styrebehandling av resultatkrav formidles til helseforetakene. Nedbetaling av driftskreditt til Akershus universitetssykehus HF formidles til helseforetaket.	
146-2020 Organisering av samarbeidet med universitetene og høyskolene i Helse Sør-Øst 17. desember 2020	Styret støttet forslaget til vedtak, men pekte på at det i instruksjonen må tydeliggjøres at dette er et rådgivende organer for tildeling av forskningsmidler fra Helse- og omsorgsdepartementet og at beslutningen tilligger styret i Helse Sør-Øst RHF. Styret viste også til at det bør vurderes et opplegg for medvirkning.	Mandatet presiseres i tråd med styrets merknad.	

Sak og dato	Oppfølging	Tiltak	Status
149-2020 Sykehusinnkjøp HF – strategi 2020–2023 17. desember 2020	Styret sluttet seg til strategidokumentet, men understreker at endelig versjon av dokumentet må språkvaskes. Styret etterlyste en bedre drøfting av etisk handel og forsyningssikkerhet, samt hvordan en nasjonal innkjøpsfunksjon påvirker konkurransesituasjonen og muligheten for uheldige monopoldannelser. Styret var også enig i at den generelle eierstyringen av de felles eide helseforetakene bør forsterkes og at denne skal omhandle utviklingsretning for selskapene. Dette skal så danne utgangspunkt for selskapenes utviklingsarbeid.	Bearbeide og språkvask dokumentet i tråd med styrets innspill. Forsterking av den generelle eierstyringen.	Ny og oppdatert versjon av dokumentet er oversendt Sykehusinnkjøp HF Ivaretas i oppdragsdokumenter 2021 og i den løpende oppfølging av de felles eide helseforetakene
TEMASAK Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF – virksomhetsinnhold og lokalisering 17. desember 2020	Styret understreket at det må være tilstrekkelig dialog med aktuelle kommuner i den videre prosessen, inkludert mulighet for å gi innspill. Styret er positiv til den foreslåtte hovedstrukturen, men ber om at det ses nærmere på aktuelle justeringer for tilbudet i Gjøvik og i Elverum. Styret viste også til at det må være oppmerksomhet knyttet til risikobildet i perioden fra endelig sykehusstruktur er vedtatt og til nytt bygg tas i bruk. For å motvirke negative sysselsettingsmessige effekter av endret sykehusstruktur, kan det vurderes om Helse Sør-Øst har aktuelle støttetjenester hvor virksomheten kan flyttes som del av en helhetlig løsning.	Dialogmøter med kommunene.	Gjennomføres 27. og 29. januar 2021

Sak og dato	Oppfølging	Tiltak	Status
004-2021 Driftsorienteringer fra administrerende direktør 15. januar 2021	<i>Til punkt 1; Vaksinasjon av helsepersonell mot Covid-19:</i> Styret er positiv til at vaksinasjon av ansatte nå er i gang og ba administrasjonen om å være i dialog med myndighetene om ytterligere vaksinerings av helsepersonell. Styret ba også om at helseforetakene i fortsettelsen vurderer vaksinasjon til flere grupper ansatte. <i>Til punkt 2; Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF – virksomhetsinnhold og lokalisering:</i> Styret ber om at prosjektrapporten og samfunnsanalysen blir gjenstand for høring i samtlige kommuner i Innlandet. Av hensyn til den videre fremdriften bør høringsperioden begrenses til 6-8 uker. Styret understreket at høringsinstansene må oppfordres til å gi uttrykk både for sitt primære og sekundære syn på fremtidig sykehusstruktur i Innlandet. Videre presiserte styret at høringsinstansene må vurdere en helhetlig løsning. <i>Til punkt 3; Valg av rentefastsettelse pr. 1. januar 2021 på lån fra Helse- og omsorgsdepartementet:</i> Styret ber om at det vurderes mulighet for rentebinding med fremtidig oppstart, for eksempel på tidspunkt for konvertering av byggelån til langsiktig lån. Styret ba også om at det redegjøres for rentebetingelser i neste styremøte.	Tas opp i løpende dialog med myndighetene. Høringsprosess blir gjennomført. Styrets innspill ivaretas i høringsbrevet. Orientering til styret i driftsorientering fra administrerende direktør.	Er formidlet i møter med departementet og Folkehelseinstituttet Under oppfølging

4. 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 Åshild Bruun-Gundersen (FrP) til helse- og omsorgsministeren**Dokument nr. 15:1025 (2020-2021)****Innlevert: 22.01.2021****Sendt: 22.01.2021****Til behandling****Spørsmål**

Åshild Bruun-Gundersen (FrP): Har Helseministeren tillit til direktøren ved Sørlandet sykehus, når Helsetilsynet har konkludert med at sykehuset har brutt plikten til å tilby forsvarlige helsetjenester som følge av at flere pasienter er påført irreversible skader, og alvorlighetsgraden er så grov at tilsynssaken er oversendt politiet?

Begrunnelse

Adm.dir. Nina Mevold ved Sørlandet sykehus sier til NRK at hun tar ansvar for alt som skjer i organisasjonen. I lys av dette er det påfallende at en overlege ved ortopedisk avdeling i Flekkefjord fikk jobbe som ortoped i 11 år uten å være ortoped. I denne perioden har han systematisk og grovt uaktsomt skadet og lemlestet en rekke pasienter, som har fått sine liv ødelagt. Da NRK Sørlandet skrev om de mange pasientene han har skadet i denne perioden, ble overlegen flyttet til sykehuset i Kristiansand, hvor han fikk fortsette å operere og skade pasienter.

Selv da helsetilsynet startet gransking av legen, ville ikke Mevold fjerne legen fra vaktlistene. Kort tid senere feilopererte han pasienter igjen. Det var til slutt Helsetilsynet som 14.09.20 måtte frata legen autorisasjon fordi han var til fare for pasientene. I denne perioden har altså adm.dir. tatt lite ansvar for det som har skjedd i organisasjon.

Fra 2016-2019 kom det 28 tilsynssaker mot sykehuset. I 15 av sakene konkluderte Helsetilsynet med lovbrudd. 24 pasienter har fått medhold hos Norsk pasientskadeerstatning fra ortopediske saker fra Flekkefjord fra 2014-2020. I 2019 konkluderte Helsetilsynet med at Flekkefjord sykehus har drevet på en uforsvarlig måte. Da Sørlandet sykehus etablerte en bekymringstelefon i februar 2020, fikk de inn 450 henvendelser fra pasienter som mente seg feilbehandlet.

Finn Åge skulle operere et ankelbrudd, men endte opp med et amputert bein. Margret Annie hadde brukket håndleddet, og fikk satt inn to stålplater og tolv skruer i hånda, en feiloperasjon som førte til at hun ikke lenger kan bevege armen og har fått et liv i smerte og med funksjonshemning. En kvinne ble lagt inn med alvorlig infeksjon, men fikk ikke hjelp og døde. Dette er noen av de tragiske historiene fra personer som har måtte betale konsekvensene av en uforsvarlig drift og ledelse ved Sørlandet sykehus.

I spørretimen 12.02.20 svarte Helseministeren at undertegnede ikke skulle trekke noen forhåndskonklusjoner før tilsynssakene var avgjort i Helsetilsynet. Nå har Helsetilsynet konkludert. Sykehuset har over tid drevet med for stor risiko og har brutt sin plikt til å tilby pasienter forsvarlig helsetjenester. Saken er oversendt politiet for vurdering av eventuelle straffereaksjoner.

Svar

Bent Høie: Svaret er ennå ikke tilgjengelig

Skriftlig spørsmål fra Siri Gåsemyr Staalesen (A) til helse- og omsorgsministeren**Dokument nr. 15:976 (2020-2021)****Innlevert: 17.01.2021****Sendt: 18.01.2021****Til behandling****Spørsmål**

Siri Gåsemyr Staalesen (A): Hvilke bydeler og hvilke eksisterende tjenestesteder skal inngå i opptaksområdet til psykisk helsevern og TSB på Nye Aker sykehus, og når kan vi forvente at overføring av pasienter skal skje utfra eksisterende planer?

Begrunnelse

I konseptfasen er det lagt til grunn en betydelig samling av pasientbehandling innen psykisk helse og avhengighet på Nye Aker sykehus. Klinikken drifter i dag på mange steder, med til dels svært gamle lokaler.

Det er fortsatt uklart når nytt psykiatribygg på Nye Aker skal stå klart, og i hvilken prioritet dette byggetrinn og pasientoverføringen har. Denne pasientgruppen lever 20 år kortere enn normalbefolkningen, og rammes ofte av livsstilssykdommer og samtidige somatiske lidelser, som ikke behandles på en god nok måte. Et nytt samlet bygg, med nærhet til somatiske spesialisthelsetjenester og legevakt, vil være et løft for denne pasientgruppen og for samhandlingen internt i helseforetaket og med primærhelsetjenesten.

Med vedtaket i Helse Sør-Øst styresak sak 050-2019 ble det slått fast at:

«opptaksområdet og behandlingsaktiviteten på Aker ytterligere utvides i første etappe ved at de tre bydelene i Groruddalen overføres samlet til Oslo universitetssykehus fra AHUS allerede i 2030.»

Jeg har merket meg at helseforetaket og ulike styresaker omtaler Groruddalen som om denne delen av Oslo har tre bydeler, når det i realiteten omfatter fire bydeler (Alna, Grorud, Stovner og Bjerke).

For å være trygge på at denne pasientgruppen får den hjelpen de skal samlet, raskt og trygt, er det relevant å få slått fast hvilke bydeler, hvor mange som bor i opptaksområdet, hvordan de får hjelp i dag, hvor mange lokasjoner som skal slås sammen og når det nye bygget og tjenestetilbudet skal stå klart gitt dagens planer.

Svar

Bent Høie: Svaret er ennå ikke tilgjengelig

Skriftlig spørsmål fra Nicholas Wilkinson (SV) til helse- og omsorgsministeren**Dokument nr. 15:839 (2020-2021)****Innlevert: 04.01.2021****Sendt: 04.01.2021****Besvart: 11.01.2021 av helse- og omsorgsminister Bent Høie****Spørsmål**

Nicholas Wilkinson (SV): Føler statsråden seg trygg på at helseforetakenes planlagte sykehusbygg – særlig planene på Gaustad - ivaretar et føre-var-prinsipp hva gjelder framtidige klimaendringer og ekstremvær som jord- og flomskred, snøskred, fjellskred og kvikkleireras?

Begrunnelse

I byggeteknisk forskrift, TEK10, defineres sykehus som en type bygg med spesielt strenge krav som faller innenfor TEK10 §7-3. Paragrafen sier at «byggverk hvor konsekvensen av skred, herunder sekundærvirkninger av skred, er særlig stor, skal ikke plasseres i skredfaglig område.»

Ved planlegging av sykehus og andre helseinstitusjoner med det foretas en grundig kartlegging av geologi- og grunnforhold og etter min oppfatning må være bevist utover enhver rimelig tvil at tomte ikke vil kunne bli utsatt for skred eller ras.

I framtida vil klimaendringer og ekstremvær gi mer av alle typer skred: jord- og flomskred, snøskred, fjellskred og kvikkleireras. Det er fare for at forskrifter og regelverkendringer ikke i tilstrekkelig fanger opp potensielle klimaendringer og ekstremvær-situasjon 20, 30 eller 50 år fram i tid.

Det ser ut til at faglige advarsler om dårlige grunnforhold, og fare for skred eller flom fra f.eks. NVE og NGI av og til blir oversett eller overprøvd av andre faglige råd. Jfr. f.eks. nytt sykehus i Drammen (TU 21. febr 2018)

Sørlandet sykehus bygger et nytt psykiatribygg for nesten 900 millioner i et område hvor det er kvikkleire. Nå tar de etter Gjerdrum-skredet en ny vurdering på utbyggingen som allerede er i gang. (NRK Sørlandet 2. jan. 2021).

Sykehusbygg må bygges ut fra et føre-var-prinsipp.

Jeg føler meg ikke trygg på at planene for å bygge nytt sykehus på Gaustad, og nedleggelse av dagens Ullevål Sykehus planlegges ut fra et føre-var-prinsipp.

Gaustad planlegges, i motsetning til dagens Ullevål, i en skråning ned mot Sognsvannsbekken.

Området har hatt leirskred, rett nok tilbake i tid:

1953: Skred langs Gaustadbekken (kilde NGI: Rapport Fare- og risikokartlegging av kvikkleiereområder, Oslo kommune)

1950: Leirskred på sørsiden av dagens planområde (Kilde Rambøl 2020. Detaljregulering for Gaustadområdet. Fagrapport. Geologi og grunnforhold. Konsekvensutredning)

Fakultetsbygget/Livsvitenskapsbygget som er under oppføring i Gaustadbekkdalen, har blitt forsinket og vesentlig dyrere enn forutsatt pga av at det var et langt større innslag av kvikkleire enn antatt. Det måtte gjøres et betydelig arbeid for å sikre massene mot utglidning. (Uniforum 26 og 27.8.2020 samt TU 31.8.20)

Svar

Bent Høie: Min er erfaring er at de regionale helseforetakene er seriøse utbyggere og ved alle større sykehusutbygginger gjennomføres det omfattende planarbeid med konsekvensutredninger i forkant av byggestart. Planlegging av nye sykehusbygg følger plan- og bygningsloven, som gir det samlede rammeverket for planlegging og byggesak. Planlegging etter denne loven samordner statlige, regionale og kommunale oppgaver, og legger føringer for arealbruk, samfunnsutvikling og det enkelte byggetiltak.

Da representanten har rettet særlige spørsmål knyttet til planene på Gaustad og byggeteknisk forskrift, TEK 10, har jeg bedt om innspill fra Helse Sør-Øst. De har opplyst:

"På Gaustad er det gjennomført geotekniske undersøkelser både av aktuell byggetomt og omkringliggende områder. Utbygging av Nye Rikshospitalet ligger utenfor skredfarlig område. Det foreligger omfattende dokumentasjon på at områdestabiliteten er ivaretatt, og at fortsatt sikring av stabiliteten ivaretas i prosjektgjennomføringen. Det redegjøres nærmere for dokumentasjon og vurderinger i det følgende.

I forbindelse med Nye Rikshospitalet pågår reguleringsplanarbeidet, hvor det blant annet er stilt krav om konsekvensutredning for planene. For reguleringsplanarbeidet skal det i henhold til plan- og bygningsloven § 4 utarbeides planprogram som blant annet fastsetter krav til konsekvensutredning av geologi og grunnforhold. Reguleringsplan med konsekvensutredning skal legges ut til offentlig ettersyn hvor blant annet NVE som fagmyndighet er høringsinstans med innsigelsesmyndighet.

Plan- og bygningsloven med tilhørende TEK 17 (byggeteknisk forskrift) har samme kravformulering vedrørende §7.3 Sikkerhet mot skred, som det tidligere regelverket TEK10, som det henvises til i spørsmålstillingen. Det er riktig at kravet i denne bestemmelsen bare kan tilfredsstilles ved å plassere sykehusbygget utenfor skredfarlig område. Krav til sikkerhet mot fare som følge av naturforhold skal først og fremst ivaretas gjennom arealplanleggingen. Arealplaner skal hindre ny utbygging i områder som vurderes som flomutsatt eller utsatt for skredfare. Det berørte området for Nye Rikshospitalet på Gaustad er ikke klassifisert som skredfarlig i noen av de offentlige plankartverkene.

Når det gjelder grunnforholdene for Nye Rikshospitalet, er disse også vurdert i forbindelse med konseptfasen og den tilhørende reguleringsplanprosessen med konsekvensutredning.

I vurderingsgrunnlaget inngår geotekniske grunnundersøkelser gjennomført på store deler av området i løpet av 2019, og tidligere utførte grunnundersøkelser i forbindelse med utbygging av Rikshospitalet på 90-tallet. Det er også innhentet data fra andre grunnundersøkelser gjort i forbindelse med utbygging av Ris skole, ved Risbekken samt grunnundersøkelser sør for Ring 3 ved Universitetskrysset:

i. Undersøkelsene på området til Rikshospitalet viser at det generelt er bergdybder på 0 til 15 meter med løsmasser bestående primært av et øvre lag med tørrskorpeleire med bløtere leire ned til berget. Det er ikke påvist sprøbruddmateriale (kvikkleire) i de grunnundersøkelsene som har blitt utført i 2019 eller i de undersøkelsene som ble gjennomført på 90-tallet.

ii. Grunnundersøkelsene fra 2019 vurderte spesielt området rundt Sognsvannsbekken og Risbekken ettersom tidligere utførte undersøkelser indikerte at det kunne være bløtere leire i dette området. Undersøkelsene fra 2019 påviste leire som er lite sensitiv. Som en del av forprosjektet vil det i samråd med geoteknisk rådgiver bli vurdert supplerende undersøkelser av grunnforholdene i området langs Sognsvannsbekken og Risbekken.

iii. Grunnundersøkelsene ved Ris skole og sør for ring 3 ved Universitetskrysset viser at det har blitt påvist sprøbruddmateriale (kvikkleire).

Det er også gjort vurdering av sikkerhet mot skred og områdestabilitet. Undersøkelsene, som også representanten Wilkinson referer til som kilde, viste at det er registrert et leirskred i 1950 sør for ring 3, i området hvor Livsvitenskapsbygget blir bygget. Undersøkelsene viser imidlertid at det er et tydelig skille i grunnforholdene sør for ring 3 versus nord for ring 3. Sør for ring 3 er det bløtere leire og dypere til fjell, mens det nord for ring 3 er grunnere til fjell og tynnere lag av leire.

Utbygging av Nye Rikshospitalet ligger utenfor skredfarlig område jf. NVEs skredkart, og reguleringsplanområdet er ikke utsatt for skredmasser fra høyereliggende områder.

Sørvest for Rikshospitalet, i området mot Sognsvannsbekken, er det stor høydeforskjell i terrenget som tilsier at det kan være fare for skred dersom det påvises sprøbruddmateriale (kvikkleire) ved Sognsvannsbekken / Risbekken. Den geologiske vurderingen i konsekvensutredningen konkluderer imidlertid med at krav til områdestabilitet er ivaretatt i henhold til NVEs kvikkleireveileder (7/2014). Som vanlig prosedyre i en byggesak vil lokalstabiliteten vurderes nærmere i videre prosjektering.

Det er i denne sammenheng grunn til å nevne at det i forbindelse med idfasen for videreutvikling av Oslo universitetssykehus HF i april 2016 ble utarbeidet en rapport med tittelen «Spesifikk vurdering av risiko i byggefasen». Der ble blant annet grunnforholdene ved de tre lokalisasjonene Ullevål, Gaustad og Aker vurdert. I denne rapporten ble det påpekt at det er størst usikkerhet knyttet til grunnforholdene ved Ullevål, med tilhørende sannsynlighet for uønskede hendelser blant annet knyttet til setninger og bevegelser i grunnen i forbindelse med byggeaktivitet. Det er også slik at det ved tidligere utførte geotekniske undersøkelser på Ullevål fra 2015, er registrert bløt sprøbrudd- eller kvikkleire fra ca. 5 meter dybde til berg på mellom ca. 15 og 20 meter dybde".

Skriftlig spørsmål fra Siri Gåsemyr Staalesen (A) til helse- og omsorgsministeren **Dokument nr. 15:786 (2020-2021)**

Innlevert: 17.12.2020

Sendt: 17.12.2020

Besvart: 07.01.2021 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Siri Gåsemyr Staalesen (A): Hvor mange pasienter skal overføres til kommunen (Helse Sør-Øst forutsetter en reduksjon i behovet for sykehussenger med 15 prosent. Helse Sør-Øst har ikke sannsynliggjort hvordan målet skal nås, noe som medfører en høy risiko både for innbyggerne, sykehusene og kommunen), skal alle beboerne i Groruddalen tilhøre Aker, og planlegges det for nok sykehuskapasitet og for god nok kapasitet i psykiatrien, og blir ansatte og pasienter ivaretatt i perioden med bygging?

Begrunnelse

De neste 20 vil antall over 80 år doble seg. Likevel er sykehistilbudet i Oslo innrettet for en langt mindre og langt friskere befolkning enn vi faktisk har. Derfor er det i utgangspunktet gledelig at det er vilje nasjonalt til å bruke store summer på nye sykehusbygg i Oslo. Helse Sør-Øst har tidligere vært klare på at den sykehusløsningen de forslår for Oslo, med sykehus på Gaustad, Radiumhospitalet og Aker, er den beste. Men til tross for faglige utredninger, tegning og regning, opplever folk i byen usikkerhet. De føler seg ikke sikre på hvordan tilbudet vil se ut. Fagfolk, politikere, fagforeninger og engasjerte innbyggere stiller gode spørsmål, som de bør kunne forvente gode svar på direkte fra både landets helseminister og vårt største helseforetak. Beslutningen om nytt sykehus på enten på Ullevål eller Gaustad må fattes på bakgrunn av et godt faktagrunnlag og samtidig sørge for fremdrift i utbyggingsplanene, samt at beslutningen må være godt begrunnet og tilstrekkelig utredet. Mangel på klare svar skaper nå et så høyt konfliktnivå at vi frykter at pengene som er satt av til sykehus i Oslo vil brukes andre steder. Vi trenger raske avklaringer slik at vi kan komme i gang i Oslo, og slik at Aker blir bygget.

Svar

Bent Høie: Ny planlagt sykehusstruktur for Oslo universitetssykehus består av Nye Aker og Nye Rikshospitalet (Gaustad), Radiumhospitalet og ny regional sikkerhetsavdeling. Realisering av målbildet er alt i gang. Det pågår bygging av nytt klinikkbygg og protonsenters ved Radiumhospitalet. Byggene skal stå ferdig i 2024, og kreftbehandling ved Ullevål skal flyttes ut og samles med kreftbehandling på Radiumhospitalet. Første etappe av Nye Aker og Nye Rikshospitalet forventes å være ferdigstilt i 2030.

Norske sykehus benytter en felles nasjonal framskrivningsmodell ved planlegging og dimensjonering av nye sykehusbygg. Modellen tar utgangspunkt i dagens behandlingstilbud, som framskrives med befolkningsvekst og endring i alderssammensetning. I tillegg korrigeres det for forventede endringer i behov og behandlingsformer som følge av forventet endring i sykkelighet i befolkningen og klinisk praksis. For Oslo-prosjektene som er under planlegging og bygging er denne framskrivningen gjort til 2035. For etappe to av nye Aker og Nye Rikshospitalet vil det gjøres nye framskrivninger.

Helse Sør-Øst benyttet tidligere en såkalt høy utnyttelsesgrad for dimensjonering av nye sykehusbygg. Dette ble gjort både for Akershus universitetssykehus og nytt Østfoldsykehus på Kalnes. Nå bruker Helse Sør-Øst den nasjonale framskrivningsmodellen på samme måte som i de andre helseregionene, dvs. med en økt kapasitet og dermed fleksibilitet. Dette betyr at Oslo universitetssykehus er dimensjonert med 85 % utnyttelse av senger og med en åpningstid ved poliklinikkene på 8 timer. For psykisk helsevern og rusbehandling er det dessuten gjort en ekstra kvalitetssikring av framskrivningene, noe som resulterte i at det er lagt til ytterligere kapasitet ut over det som den nasjonale framskrivningsmodellen tilsier.

Dimensjoneringen av nye Oslo universitetssykehus tar hensyn til en forventet økning i befolkningen og økning i behovet, slik at det planlegges med en økning i antall senger både innen somatikk og psykisk helsevern. Når det gjelder behandlingsform tas det hensyn til en utvikling med økt dagbehandling og behandling i poliklinikk, samt pasientbehandling i eget hjem med økt bruk av teknologi. Dette medfører at økningen i antall senger ikke er like stor som befolkningsøkningen alene tilsier. Endret behandlingsform er en ønsket utvikling og i tråd med målene i Nasjonal helse- og sykehusplan.

Det er ikke slik at den nasjonale framskrivningsmodellen legger opp til en direkte overføring av et antall pasienter til kommunen. Det dreier seg om en ønsket endring i oppfølgingen av pasientene. Den omtalte endringen på 15% for sykehussenger gjelder for psykisk helsevern og rusbehandling og er akkumulert over en periode på 18 år, noe som gir en årlig effekt på under 1%. Dette innebærer en gradvis utvikling av samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen.

De regionale helseforetakene må se framskrivningene og dimensjoneringen av tilbudet i sammenheng med overordnede føringer og rammer. Det er et mål i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 å styrke det kommunale tilbudet innen psykisk helsevern og rusbehandling. Flere pasienter skal kunne få bedre tilbud ved å motta tilrettelagte tjenester i kommunen, mer intensive polikliniske behandlingsforløp, nettbasert behandling, eller teambaserte og ambulante tjenester.

Til tross for modeller for beregning av fremtidig kapasitetsbehov, vil det alltid være noe usikkerhet om fremtidig utvikling. Derfor har Helse Sør-Øst også fulgt opp føringer om at sykehusbygg som bygges og planlegges skal være fleksible nok til å håndtere endringer i behov.

Når det gjelder innbyggere i Groruddalen, skal de i fremtiden få sitt lokalsykehusstilbud dekket ved Nye Aker. Det er planlagt med at pasientene fra bydelene Alna, Grorud og Stovner fortsatt skal få sitt spesialisthelsetjenestetilbud ved Akershus universitetssykehus frem til Nye Aker er ferdigstilt. Spesialisthelsetjenesteansvaret for disse bydelene skal gradvis overføres til Oslo universitetssykehus. Innen somatikk vil dette skje i to etapper, slik at kapasiteten ved Akershus universitetssykehus utnyttes. Innen psykisk helsevern og rusbehandling vil alle bydelene overføres i første etappe. Samtidig skal det overføres aktivitet og helsepersonell fra Ullevål til Nye Aker. Dette betyr overføring av spesialisthelsetjenesteansvaret innen somatikk for bydelene Alna og Bjerke til Nye Aker i etappe 1, og for bydelene Grorud og Stovner i etappe 2. I tillegg pågår det et prosjekt for overføring av oppgaver til Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus som innebærer nye oppgaver, herunder kreftbehandling. Dette vil gi et mer helhetlig tilbud og mer helhetlige pasientforløp for de pasientene som har disse sykehusene som sine lokalsykehus.

Jeg vil ellers legge til at styret i Helse Sør-Øst i november 2020 ba om en utredning av en eventuell overføring av spesialisthelsetjenesteansvaret for somatikk for bydelen Alna fra Akershus universitetssykehus til Oslo universitetssykehus på et tidligere tidspunkt enn når bygningsmassen på Nye Aker er planlagt ferdigstilt.

Nybygg knyttet til eksisterende sykehusbygg vil innebære ulemper med støy og fremkommelighet både for pasienter og ansatte. Helse Sør-Øst opplyser at de har erfaringer med dette fra sykehusutbygging blant annet i Tønsberg og ved Radiumhospitalet. Erfaringer fra disse prosjektene vil bli benyttet i planlegging for ivaretagelse av pasienter og ansatte ved bygging av Nye Aker og Nye Rikshospitalet.

Skriftlig spørsmål fra Siri Gåsemyr Staalesen (A) til helse- og omsorgsministeren**Dokument nr. 15:785 (2020-2021)****Innlevert: 17.12.2020****Sendt: 17.12.2020****Besvart: 07.01.2021 av helse- og omsorgsminister Bent Høie****Spørsmål**

Siri Gåsemyr Staalesen (A): I rapport "sykehusplaner for Oslo" fremkommer det en rekke påstander, analyser og kostnadsberegninger som står i motstrid til den informasjonen som er lagt frem fra regjeringen, OUS og Helse Sør Øst.

Hva er statsrådets vurderingen av de viktigste punktene i rapporten, med særlig vekt på kritikk av saksbehandling, behov for samling av funksjoner i OUS, hva som skal til for utbygging av Aker sykehus og vurderinger av kostnader?

Svar

Bent Høie: Jeg vil i mitt svar kommentere på de fire ulike temaene som representant Staalesen viser til. Saksbehandlingen

Slik jeg oppfatter rapporten "Sykehusplaner for Oslo" redegjør den i liten grad for kritikk av saksbehandlingen. Det fremsettes imidlertid enkelte kritiske påstander, bl.a. om at en veileder for slike saker ikke skal være fulgt.

Proessen bak utbyggingene ved Oslo universitetssykehus har vært svært omfattende og grundig og har pågått over en rekke år. Saksgrunnlaget kan sies å strekke seg helt tilbake til samlingen av Helse Sør og Helse Øst i 2007 og opprettelsen av Oslo universitetssykehus i 2008. I korte trekk er følgende utredninger gjennomført

- Arealutviklingsplan 2025 (2012). Her foreslås det at Aker sykehus legges ned, at det etableres et storbysykehus på Ullevål og at regionsykehuset på Gaustad utvides. På sikt skulle Radiumhospitalet legges ned og flyttes til Gaustad.

- Idéfase OUS Campus Oslo - Idéfaserapport versjon 1.0 (2014). Her ble det presentert flere alternativer for full samling av all virksomhet enten på Gaustad eller Ullevål, sammen med flere varianter av delt virksomhet mellom Ullevål og Gaustad. Radiumhospitalet og Aker sykehus var forutsatt lagt ned på sikt. Rapporten ble sendt på høring og det ble gjennomført ekstern kvalitetssikring.

- Idéfaserapport versjon 2.0 (2015). En oppdatert versjon etter høring og ekstern kvalitetssikring hvor ulike alternativer ble presentert, inkludert delt løsning mellom Ullevål og Gaustad og full samling på Gaustad. Det ble pekt på at full samling på Gaustad kunne videreutvikles med et eventuelt lokalsykehus utenfor hovedsykehuset. Det ble anbefalt videre utredning av lokalsykehus og at man utredet kreftområdet spesielt.

- Idéfase fremtidens Oslo universitetssykehus, konkretisering etter høring (2015/2016) (inkluderer Radiumhospitalet og Regional sikkerhetsavdeling). Alternativet med samling av regionfunksjoner på Gaustad ble anbefalt, sammen med etablering av et eget lokalsykehus (lokalisert på enten Ullevål, Aker eller annet sted). Videre ble kreftområdet utredet spesielt, hvor videreutvikling av Radiumhospitalet ble anbefalt. Det ble gjennomført ekstern kvalitetssikring av rapporten.

- Konseptfaserapporter (2017 og 2018). Her er utbygging av Radiumhospitalet, Regional sikkerhetsavdeling, Aker og Rikshospitalet utredet og det er gjennomført eksterne kvalitetssikringer.

- Tilleggsutredninger (2019). Det er gjennomført tilleggsutredninger knyttet til barneverksamhet, fødselshjelp og gynekologi. Videre er det gjort vurdering av Ullevål som alternativ lokalisering til Gaustad. Disse tilleggsutredningene har også gjennomgått ekstern kvalitetssikring.

Som omtalt over ble det gjennomført høring av idéfasen og gjort justeringer basert på høringsinnspill, blant annet fra Oslo kommune. Det ble også gjennomført ekstern kvalitetssikring av idéfasen, hvilket førte til justeringer.

Oslo kommune ga i 2014 følgende tilbakemelding på Idéfase OUS Campus Oslo - Idéfaserapport versjon 1.0 (2014):

«Samlet vurdering: Oslo kommune vil ikke anbefale at alternativet med samling på Ullevål tas med i den videre prosessen...» (Byrådssak 1095/14).

Oslo kommune ga i 2016 følgende tilbakemelding på Idéfase fremtidens Oslo universitetssykehus, konkretisering etter høring (2015):

«Oslo kommune anbefaler alternativ 3, med en delvis samling på Gaustad og med etablering av

lokalsykehusfunksjoner utenfor hovedsykehuset. Nytt lokalsykehus bør plasseres på Aker. Denne løsningen vil gi de største positive virkninger for overordnet byutvikling, samtidig som det vil styrke tilgjengeligheten til sykehus tilbudet for Oslos innbyggere.» (Byrådssak sak 1006/16)

Videre kan det pekes på følgende uttalelse fra bystyret i Oslo kommune i 2018:

«Med dette som utgangspunkt støttes målbildet om å realisere Oslo universitetssykehus HF med et samlet og komplett regionsykehus inkludert lokalsykehusfunksjoner på Gaustad, et lokalsykehus på Aker og et spesialisert kreftsykehus med protonsentre på Radiumhospitalet.» (Brev fra Oslo kommune 30.10.2018) Utredningene har fulgt egen veileder for helseforetakene; Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter, og inkluderer som omtalt over ekstern kvalitetssikring av konseptfasene og tilleggsutredningene. Basert på innspill fra høringer, ekstern kvalitetssikring og fra tillitsvalgte og fagmiljøer ved OUS er det gjort en rekke justeringer som har ført til forbedringer i prosjektet:

- Virksomhet for barn, fødselshjelp og kvinnesykdommer er innarbeidet
 - Jevnere fordeling av antall fødsler mellom Aker og Rikshospitalet
 - Større lokalsykehusfunksjon på Rikshospitalet (understøtte traumevirksomheten)
 - Kirurgiske pasienter fordeles slik at traumevirksomheten på Rikshospitalet understøttes
 - Flytting av trykktank fra Ullevål til Rikshospitalet i etappe 1
 - Flytting av høysmitteisolater fra Ullevål til Aker i etappe 1
 - Nye bygg ved Oslo universitetssykehus dimensjonert for økt kapasitet sammenliknet med tidligere (85 % utnyttelsesgrad av senger, som for resten av landet)
 - Alle Groruddalsbydelene skal høre til opptaksområdet til Aker
 - Psykisk helsevern prioriteres i etappe 1 med overføring av ansvaret for alle Groruddalsbydelene
- Saken har vært styrebehandlet en rekke ganger i både Oslo universitetssykehus og Helse Sør-Øst, og har et forsvarlig saksgrunnlag for de beslutninger som er fattet.

Behov for samling av funksjoner

Oslo universitetssykehus har behov for å slå sammen likeartet aktivitet for å fremme bedre kvalitet i pasientbehandlingen og mer effektiv drift, samt for å videreutvikle gode helsetjenester for pasientene i Oslo og regionen.

En samling av regionsfunksjoner er viktig både for å ivareta og utvikle kompetanse, faglig utvikling og god ressursutnyttelse inkludert utnyttelse av spesialisert utstyr. Dette vil også gi én dør inn for alle pasienter som har behov for spesialiserte regionale tjenester ved Oslo universitetssykehus. I dag er det i mange tilfeller uklart om slike pasienter skal til Ullevål eller Rikshospitalet og det finnes eksempler på at dette har fått konsekvenser for pasienter, blant annet i rapporter fra Helsetilsynet. En samling av regionale funksjoner vil også gi bedre grunnlag for forskning og innovasjon.

Helseforetak og sykehus i andre deler av regionen og landet forøvrig mangler spesialister innen flere fagfelt, både blant leger og sykepleiere. Det er derfor viktig at man ikke legger opp til en sykehusstruktur i Oslo som legger beslag på mer helsepersonell enn nødvendig.

Behovet for samordning av spesialisthelsetjenester i Oslo var sentralt da regjeringen Stoltenberg i 2007 ble besluttet å slå sammen tidligere Helse Sør, som hadde ansvaret for Rikshospitalet på Gaustad, og Helse Øst som hadde ansvaret for Ullevål universitetssykehus. I 2008 var 23 av 28 regionfunksjoner (spesialiserte funksjoner som kun skal dekkes ett sted i en region) på to steder i Oslo. I 2020 er det fortsatt dublering av 22 av 28 regionfunksjoner – avansert behandling av blodsykdommer er nå samlet på Rikshospitalet. Samlingen av blodsykdommer er nettopp et eksempel på hva man kan oppnå – avdelingen får nå testet ut helt nye behandlinger og over halvparten av pasientene deltar i kliniske studier. Behovet for å samle den høyspesialiserte behandlingen er ikke blitt mindre i 2021, med økende medisinsk spesialisering og mangel på kompetanse som blant annet spesialsykepleiere.

For Nye Oslo universitetssykehus er samlingen av lands- og regionfunksjonene ett av de bærende økonomiske elementene for å kunne håndtere investeringen. En slik samling gir økonomiske gevinster, men viktigst av alt er at en slik samling legger til rette for bedre bruk av helseressurser.

Utbygging av Aker sykehus

Rapporten «Sykehusplaner for Oslo» tar utgangspunkt i den tidligere fremlagte idéskissen, «Parksykehuset», hvor en ser for seg å bygge et Aker sykehus med færre funksjoner og med lavere egendekning enn det de vedtatte planene legger opp til. Pasienter tilhørende Aker vil da måtte få sine helsetjenester vel så mye fra Ullevål som fra Aker, hvilket innebærer mange oppstykkede pasientforløp for pasienter i Oslo. Samhandlingen med storbylegevakten på Aker og forsknings- og undervisningsaktivitet på Aker vil svekkes. Alternativet oppnår ikke samling av høyspesialiserte funksjoner før om flere tiår, hvor man ser for seg å flytte hele Rikshospitalet til Ullevål. Alternativet innebærer at det fortsatt vil være mange dører inn i Oslo i flere tiår framover, og er et helt annet konsept enn det vedtatte konseptet som er anbefalt av Oslo universitetssykehus og Helse Sør-Øst.

I vedtatte planer skal Aker sykehus utvikles som et sykehus for befolkningen i Groruddalen, i tillegg til befolkningen i en til to andre bydeler i Oslo. Nye Aker vil bli et stort akuttsykehus. Innbyggerne i bydelene Grorud, Stovner og Alna får i dag dekket sine behov for spesialisthelsetjenester ved Akershus universitetssykehus, som er et av Norges mest moderne sykehus. Hovedhensikten nå er å erstatte arealene på Ullevål og øke kapasiteten i hovedstadsområdet. Dette skjer ved utbygging av både Aker og Rikshospitalet. Samtidig skal spesialisthelsetjenesteansvaret for Oslo-bydelene som i dag sogner til Akershus universitetssykehus gradvis overføres til Oslo universitetssykehus. Innen somatikk vil dette skje i to etapper, slik at kapasiteten ved Akershus universitetssykehus utnyttes. Innen psykisk helsevern og rusbehandling vil dette skje for alle i første etappe.

Utbyggingen på Aker har vært en del av målbildet siden det ble vedtatt i 2016 og er tett integrert med øvrige planer i Oslo universitetssykehus. Utbyggingen på Aker må derfor ses i sammenheng med resten av målbildet, øvrige byggeplaner og vurdering av kapasitet og aktivitet ved både Oslo universitetssykehus og Akershus universitetssykehus. Helse Sør-Øst opplyser at det er avgjørende at det flyttes aktivitet og helsepersonell fra Ullevål til Nye Aker, slik at man kan bygge opp sykehuset med den kompetansen som Oslo universitetssykehus har. Alternativet vil være å rekruttere personell fra resten av regionen og landet. En slik løsning vil tappe regionen og landet for fagpersoner, og det vil også være svært krevende å bygge opp et nytt sykehus fra bunnen av rent bemanningsmessig. Helse Sør-Øst viser her til erfaringen som ble gjort ifm. overføringen av spesialisthelsetjenesteansvaret for bydeler fra Aker sykehus til Akershus universitetssykehus. Dette er lærdom en vil dra nytte av i Oslo.

Helse Sør-Øst opplyser videre at det ikke er et reelt alternativ å overføre spesialisthelsetjenesteansvaret for bydelene Grorud, Stovner og Alna til Nye Aker samtidig. En slik overføring ville medført at Akershus universitetssykehus mistet en betydelig del av sitt opptaksområde på én gang, og at man dermed ville ha ledig kapasitet ved et av Norges nyeste sykehus. En slik løsning er ikke samfunnsøkonomisk forsvarlig. Overføringen fra Akershus universitetssykehus må skje gradvis, i tråd med befolkningsveksten i opptaksområdet og slik at man hele tiden bruker mest mulig penger på pasientbehandling og ikke bygg. Befolkningen i Groruddalen vil altså få sine spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern og rusbehandling dekket ved Aker sykehus fra etappe 1, mens overføring av spesialisthelsetjenester innen somatikk blir fasedelt med overføring av ansvaret for bydelene Alna og Bjerke fra etappe 1 og for Grorud og Stovner fra etappe 2.

Jeg vil ellers legge til at styret i Helse Sør-Øst i november 2020 ba om en utredning av en eventuell overføring av spesialisthelsetjenesteansvaret for somatikk for bydelen Alna fra Akershus universitetssykehus til Oslo universitetssykehus på et tidligere tidspunkt enn når bygningsmassen på Nye Aker er planlagt ferdigstilt.

Sykehuse finansieres ut fra hvor mange innbyggere de har ansvar for. En samtidig overflytting av alle Groruddalsbydelene til Nye Aker, ville følgelig medført at en stor del av Akershus universitetssykehus sitt budsjett ble overført til Oslo universitetssykehus. Dersom kapasiteten ikke utnyttes på en god måte, samtidig som kostnadene for bygg og utstyr i stor grad er de samme, vil resultatet bli et svekket helsetilbud til innbyggerne som sogner til Akershus universitetssykehus.

Oslo kommune har inngått avtale med Helse Sør-Øst ved Oslo universitetssykehus om utbygging av ny storbylegevakt på Aker, hvor Oslo universitetssykehus skal leie arealer. Virksomheten som er planlagt her bygger på målbildet som ble vedtatt i 2016 og henger altså sammen med øvrige planer for virksomheten ved Nye Aker.

Vurderinger av kostnader

De økonomiske analysene i rapporten som representanten viser til baserer seg på overordnede analyser og vurderinger. De kan dermed ikke sammenlignes med dokumentasjonsgrunnlaget for Nye Oslo universitetssykehus, som har vært gjenstand for en grundig utredningsprosess, ekstern kvalitetssikring og gjentatte styrebehandlinger både i Oslo universitetssykehus og Helse Sør-Øst. Tallene og analysene som fremkommer i rapporten er ikke dokumentert og fremstår urealistiske.

I rapporten oppgis det at den alternative planen vil ha en samlet investeringskostnad på 61,2 mrd. kroner fram til 2045, og at tilsvarende tall for Nye Oslo universitetssykehus er 81,7 mrd. kroner. Den alternative løsningen anslås med andre ord å være 20 mrd. kroner rimeligere fram til 2045. Det er da forutsatt at Helse Sør-Øst må investere 35 mrd. kroner i perioden 2037-2045, dvs etter at begge etapper av utbyggingen av nye Oslo universitetssykehus er ferdigstilt. Blant annet legges det til grunn at Rikshospitalet må rehabiliteres etter 2035, og det oppgis at dette koster 25,6 mrd. kroner (inkl. byggelånsrenter). Til sammenligning anslås det at ved deres alternativ vil det koste 20,9 mrd. kroner (inkl. byggelånsrenter) å bygge et helt nytt «Rikshospital» på Ullevål.

Rapporten legger altså til grunn at det vil bli dyrere å rehabilitere det eksisterende Rikshospitalet enn å bygge hele «Rikshospitalet» på nytt på Ullevål. Dette fremstår som urealistisk og lite troverdig. Videre er

det i rapporten ikke regnet inn noen salgsverdi for Ullevål i de vedtatte planene, mens det er regnet inn salgsverdi for Rikshospitalet ved deres alternativ med flytting til Ullevål. Dette er to eksempler på hvordan det oppstår forskjeller i milliardklassen, og at det ikke er sammenlignbare forutsetninger og modeller. I følge Helse Sør-Øst framstilles også økonomien for Oslo universitetssykehus feilaktig i rapporten. Som et eksempel på dette har forfatterne bak rapporten benyttet Oslo universitetssykehus' tall fra økonomisk langtidsplan i perioden 2019 til 2035, men lagt til grunn sine egne estimer i 2045. I 2045 har de, for å kompensere for høyere kapitalkostnader i sitt alternativ, redusert lønnskostnadene til Oslo universitetssykehus med ca. 1,7 mrd. kroner. Dette benytter de videre i rapporten til å hevde at lønnskostnadene som prosent av driftsinntektene vil falle vesentlig og medføre en nedbemanning på 13 % hvis Nye OUS realiseres. Dette vil ikke være tilfelle og fremkommer ikke av Oslo universitetssykehus sine egne planer.

For det alternative prosjektet, «Parksykehuset», er det lagt inn forbedring i driftsresultatene som ikke er dokumentert med gevinstplaner. Forfatterne av rapporten planlegger blant annet med en vesentlig reduksjon av "andre driftskostnader", som inkluderer varekostnader, kjøp av helsetjenester, IKT-kostnader, pasientreiser og FDV (forvaltning drift og vedlikehold). Varekostnader, kjøp av helsetjenester, IKT-kostnader og pasientreiser utgjør i størrelsesorden 60 pst. av andre driftskostnader. Dette er kostnadsdrivere som er nært knyttet til aktivitetsveksten og/eller ikke i vesentlig grad er påvirkbare gjennom et byggeprosjekt. For å oppnå gevinstmålene må forfatterne bak rapporten legge til grunn om lag 50 pst. reduksjon av kostnader som normalt er påvirkbare ved byggeprosjekter. Igjen fremstår tallene som urealistiske.

Jeg vil understreke at i det alternative prosjektet får en ikke startet realisering av gevinstene ved samling av regions- og landsfunksjoner før i 2045. I de vedtatte planene skjer dette allerede fra 2030-31. Gevinstene knyttet til samling av regions- og landsfunksjoner er et av de bærende elementene for gevinstrealisering og økonomisk bærekraft. Gevinstene henger sammen med at en med samling av funksjoner kan slippe dublering av spesialiserte leger, sykepleiere, radiografer etc., og at en dermed kan bruke mer arbeidskraft på dagtid (slipper dublering på natt og i helg).

Etter min vurdering gir dessverre fremstillingen i rapporten «Sykehusplaner for Oslo», både ved sammenlikningen av investeringsnivå og resultatutvikling, et misvisende bilde av prosjektet Nye Aker og Nye Rikshospitalet og den økonomiske situasjonen for Oslo universitetssykehus. Jeg finner det ikke dokumentert at det alternative prosjektet som presenteres i rapporten skal være raskere, billigere eller bedre for pasienten.

Skriftlig spørsmål fra Hege Haukeland Liadal (A) til helse- og omsorgsministeren

Dokument nr. 15:781 (2020-2021)

Innlevert: 16.12.2020

Sendt: 17.12.2020

Besvart: 04.01.2021 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Hege Haukeland Liadal (A): Hvordan ser andelen ut i prosent for de ulike RHF-ene i forhold til kjøp fra ideelle virksomheter de tre første kvartal i 2020, og hvordan vil statsråden følge opp målsettingen om en økning i 2021?

Begrunnelse

Regjeringen har en klar politikk for å styrke ideelle virksomheters rolle som leverandører av helse- og omsorgstjenester. Det synes jeg er bra. Utfordringen er om det blir med målsettingen.

Svar

Bent Høie: Regjeringen vil styrke ideelle virksomheters rolle som leverandører av helse- og omsorgstjenester. I statsbudsjettet for 2020 satt regjeringen seg som mål å doble ideelles andel av den samlede helse- og omsorgssektoren på sikt til 10 prosent målt i kostnader. Målet gjelder både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. De regionale helseforetakene er i foretaksmøtet januar 2020 bedt om å følge opp måltallet i spesialisthelsetjenesten innenfor rammene av anskaffelsesregelverket. Videre er de bedt om å videreutvikle sine strategier for å øke andelen ideelle over tid, og vurdere mulighetene for å stille kvalitetskrav som bedre tar hensyn til leverandørenes særegenheter, inkludert bruk av frivillige og likemannsarbeid. De regionale helseforetakene skal

rapportere på dette i årlig melding 2020 som kommer i mars 2021. De regionale helseforetakene rapporterer årlig og ikke per kvartal på kjøp fra private til Helse- og omsorgsdepartementet. De regionale helseforetakenes rapportering på bruk av private i 2019 viser en positiv utvikling i kjøp fra ideelle leverandører fra året før.

I Prop. 1 S (2020–2021) for Helse- og omsorgsdepartementet er det redegjort for regjeringens plan for å nå måltallet om ideell vekst. Planen inneholder en rekke tiltak på både kort og lang sikt for både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. De regionale helseforetakene har fått flere langsiktige oppdrag om å prioritere ideelle som vil bli fulgt opp også i 2021.

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

Dokument nr. 15:663 (2020-2021)

Innlevert: 29.11.2020

Sendt: 07.12.2020

Besvart: 16.12.2020 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Kjersti Toppe (Sp): Vil statsråden sikre at spesialisthelsetjenestetilbud i Sykehuset Innlandet HF ikke blir lagt ned eller redusert i påvente av investeringsmidler til nytt sykehus, vil statsråden garantere at midlene som Sykehuset Innlandet HF har spart inn skal brukes i Innlandet i henhold til fremdriftsplanen, og vil statsråden ta samfunnsanalysen, som Helse Sør Øst snart legger frem, på alvor og eventuelt justere planene for Sykehuset Innlandet HF om den viser behov for det?

Begrunnelse

Viser til at det er klart politisk krav i Innlandet at pasientene i Innlandet skal sikret et godt sykehusstilbud også i årene fram til ny sykehusstruktur er realisert. Spørsmålsstiller er kjent med at Sykehuset Innlandet HF har store innsparingskrav for å kunne ta opp lån til å kunne gjøre nødvendige investeringer for å sikre bygging av et Mjøsseykehus. I tillegg vil det være behov for investeringer i de andre sykehusene som vil bestå. Innsparingskravene gjør at tilbud, som som både innbyggerne i Innlandet og fagfolk mener er viktige og avgjørende for å ha tilstrekkelig kapasitet, blir lagt ned eller vurderes å samles med et mindre tilbud i sum. Det vil kunne føre til at kommunene, som allerede er presset økonomisk, vil få økt behandlingsansvar. At flere pasienter må behandles i kommunene bare fordi fagmiljøene i sykehus skal sentraliseres for å bli større, fremstår for veldig mange som et paradoks, og mange er bekymret for at dette går ut over sårbare pasientgrupper og eldre. Det er også en bekymring for at utbygging av Nye OUS vil påvirke investeringer i andre helseforetakene i Helse Sør Øst generelt og Innlandet HF spesielt, fordi den økonomiske risikoen for Nye OUS er så stor.

Svar

Bent Høie: Det er Sykehuset Innlandet HF og Helse Sør-Øst RHF som har ansvar for å sørge for nødvendige spesialisthelsetjenester til befolkningen i Innlandet.

Helse- og omsorgsdepartementet har innhentet en redegjørelse fra Helse Sør-Øst RHF. Helse Sør-Øst opplyser at regionen har en intern lånemodell hvor det regionale helseforetaket holder tilbake avskrivningslikviditet fra helseforetakene til regionalt prioriterte investeringsprosjekter. Det enkelte helseforetak får som følge av dette en fordring på det regionale helseforetaket. Når et helseforetak skal investere i et regionalt prioritert investeringsprosjekt, blir likviditet tilbakeført fra det regionale helseforetaket og fordringen redusert.

Sykehuset Innlandet HF har over lang tid opparbeidet en fordring på Helse Sør-Øst RHF, og denne likviditeten skal sammen med låneopptak fra Helse- og omsorgsdepartementet benyttes til nytt Mjøsseykehus. Nytt Mjøsseykehus er innarbeidet i økonomisk langtidsplan.

Sykehuset Innlandet HF har i tillegg spart opp midler gjennom positive driftsresultater. Midlene kan blant annet brukes til investeringer i vedlikehold, oppgradering, utstyr mv. ved alle lokalisasjoner. I tillegg kommer midler som tilføres Sykehuset Innlandet HF i de årlige budsjettene.

Helse Sør-Øst opplyser at det er risiko knyttet til alle de store byggeprosjektene i Helse Sør-Øst, både når det gjelder investeringenes størrelse og den planlagte gevinstrealiseringen. Det regionale helseforetaket har god økonomistyring og klare oppfølgingsregimer. Det avsettes også regionale reserver i de årlige budsjettene for å kunne håndtere eventuelle avvik fra planene.

Helse Sør-Øst opplyser at framtidig sykehusstruktur i Innlandet gir muligheter for en bedre utnyttelse av

ressursene. En samling av funksjoner vil blant annet bety lavere beredskapskostnader, bedre arealutnyttelse og medfører betydelige driftsgevinster. I tillegg vil nye bygg tilrettelegge for en mer effektiv drift. Disse driftsgevinstene muliggjør reinvesteringer i gjenværende bygg i Sykehuset Innlandet HF.

Det framtidige målbildet er i tråd med føringer i utviklingsplanen for Sykehuset Innlandet fram mot 2035. Alle endringer som gjøres i tiden framover skal bidra til utviklingen av dette målbildet.

Det legges til grunn at fagområder og funksjoner som kan og bør samles, så langt det er mulig, skal samles i forkant av iverksettelse av ny sykehusstruktur og framtidig innflytting i et nytt Mjøssykehus.

Helse Sør-Øst RHF har ansvar for å påse at Sykehuset Innlandet HF har tilstrekkelig kapasitet og kompetanse også i mellomperioden fra beslutning om ny sykehusstruktur blir fattet til nytt Mjøssykehus tas i bruk.

Samtidig med arbeidet med samling av fagområder og funksjoner skal Sykehuset Innlandet HF prioritere samhandling med primærhelsetjenesten, desentraliserte spesialisthelsetjenester og utvikling av prehospitale tjenester. Denne satsningen er i tråd med Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023, og vil forsterkes gjennom pågående etablering av helsefelleskap.

Funn og vurderinger fra samfunnsanalysen vil inngå i beslutningsunderlaget i den samlede anbefalingen til ny sykehusstruktur i Innlandet. Saken skal etter planen behandles i styret i Sykehuset Innlandet HF 15. januar og i styret i Helse Sør-Øst RHF 4. februar 2021. Oppstart av konseptfaseutredning for Mjøssykehuset planlegges i 2021 gitt vedtak om dette i styret i Helse Sør-Øst RHF. Byggestart vil i så fall bli i 2024/2025.

Jeg vil også behandle saken i foretaksmøte.

Skriftlig spørsmål fra Marius Meisfjord Jøsevoll (SV) til helse- og omsorgsministeren
Dokument nr. 15:584 (2020-2021)

Innlevert: 27.11.2020

Sendt: 27.11.2020

Besvart: 03.12.2020 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Marius Meisfjord Jøsevoll (SV): Hvor mye mer har veksten i bevilgninger til somatisk helse vært enn til psykisk helse, i prosent, fra 2013 og fram til framlagt budsjett for 2021?

Begrunnelse

Veksten i ressursbruk i spesialisthelsetjenesten har gått ned de siste par årene etter sterkere vekst fra 2013 til 2017. Det er fortsatt store geografiske forskjeller i befolkningens bruk av noen typer tjenester. Nedgangen i ventetid i somatisk sektor har stoppet opp, men det er en positiv utvikling på mange nasjonale kvalitetsindikatorer. Produktiviteten i den somatiske sykehustjenesten var ganske stabil i perioden 2015-2019. Dette fremkommer i rapporten SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2019 som beskriver utvikling og status for spesialisthelsetjenesten.

I 2019 utgjorde kostnadene til spesialisthelsetjenesten 151,6 mrd. kroner, en vekst på 1,4 prosent fra året før. Siden 2008 har veksten vært på 20 prosent. Fra 2008 til 2016 økte kostnadene mer enn befolkningen, men dette avtok årene etter og har nærmet seg veksten i befolkningen. I perioden frem til 2013 økte kostnadene i somatisk sektor og psykisk helsevern noenlunde i takt. I de påfølgende årene har veksten i somatisk sektor vært større enn for psykisk helsevern. I 2019 var det noe sterkere vekst i kostnader til somatisk sektor enn til psykisk helsevern, mens det var en realnedgang i kostnader til spesialisert rusbehandling (TSB).

Svar

[Svaret med tabell i pdf-format](#) [Svaret finnes kun som pdf-fil]

Skriftlig spørsmål fra Rigmor Aasrud (A) til helse- og omsorgsministeren**Dokument nr. 15:576 (2020-2021)****Innlevert: 26.11.2020****Sendt: 26.11.2020****Besvart: 03.12.2020 av helse- og omsorgsminister Bent Høie****Spørsmål**

Rigmor Aasrud (A): Kan statsråden bekrefte at han deler oppfatningen av at en lokalisering ved Mjøsbrua betyr i umiddelbar nærhet av Mjøsbrua?

Begrunnelse

Innlandet har det lenge pågått en debatt om sykehusstruktur og gjennom et omfattende arbeid ble det stor oppslutning om at det skal bygges et nytt hovedsykehus ved Mjøsbrua. Dette vil gi flere pasienter et bedre tilbud enn det fragmenterte tilbudet som dagens struktur gir. Mjøsbrua er og vil bli utviklet som et kollektivt knutepunkt og ligger sentralt i det nye store Innlandsfylket.

Nå er det igjen blitt en debatt om lokalisering av sykehuset og enkelte mener at "ved Mjøsbrua" er et begrep som tøytes slik at områder lengre unna også kan være aktuelle som et sted for lokalisering. For deler av Innlandet, som for eksempel Gran og Lunner, vil reiseavstanden til flere sykehus som A-hus, Ringerike og Oslo, være kortere enn et sykehus lokalisert lengre unna enn Mjøsbrua. Når mange har arbeidsplassen sin i Oslo-området vil avstanden til et nytt hovedsykehus påvirke hvor befolkningen velger å bruke sykehus.

Svar

Bent Høie: Styret i Helse Sør-Øst vedtok i møte 31. januar 2019 i sak 005-2019 framtidig målbilde for Sykehuset Innlandet. Vedtaket ble stadfestet av meg i foretaksmøte 19. mars 2019.

Målbildet for Sykehuset Innlandet HF innebærer at helseforetaket skal videreutvikles med en samling av spesialiserte funksjoner innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig rusbehandling i et nytt akuttisykehus, Mjøsbrua. Videre skal det være et akuttisykehus på Tynset og fortsatt sykehusdrift ved to av dagens somatiske sykehus, i form av ett akuttisykehus og ett elektivt sykehus med døgnfunksjoner. Prehospitale tjenester og lokalmedisinske sentra skal videreutvikles.

I Helse Sør-Øst sin styresak 005-2019 31. januar 2019 ble det også vedtatt at den fremtidige sykehusstrukturen i Innlandet må ivareta en balanse mellom østlige og vestlige deler av sykehusområdet. Videre skal det også avklares hvilke av dagens sykehus som skal være henholdsvis akutt- og elektivt sykehus, og behovet for investeringer i de av dagens sykehus som skal videreføres skal utredes. Dette utredes nå av Helse Sør-Øst i samarbeid med Sykehuset Innlandet. Som en del av dette arbeidet er det også gjennomført samfunnsanalyser, hvor det er gjennomført analyser blant annet av reisetider og rekruttering knyttet til ulike analysepunkt ved Mjøsbrua.

Helse Sør-Øst opplyser at med dagens sykehusstruktur i Innlandet er det i overkant av 21 000 innbyggere i opptaksområdet til Sykehuset Innlandet som har kortere reisetid til Ringerike sykehus i Vestre Viken enn til nærmeste sykehus i eget helseforetak. Disse innbyggerne er i all hovedsak bosatt i Gran og Lunner kommuner og tilnærmet alle innbyggerne i disse to kommunene har i dag kortere reisevei til Ringerike sykehus enn til sykehuset i Gjøvik. Hvis sykehuset i Gjøvik ikke videreføres i ny struktur, og befolkningen på Hadeland i stedet sogner til Mjøsbrua, vil antallet innbyggere med kortere reisevei til Ringerike sykehus øke til 22 000.

Helse Sør-Øst søker nå å utvikle en helhetlig løsning som skal gi innbyggerne i Innlandet et godt tilbud av spesialisthelsetjenester. Lokalisering av Mjøsbrua og avgrensning av hvilket område som omfattes av definisjonen "ved Mjøsbrua" må avklares av Helse Sør-Øst, og vurderes opp mot den helhetlige løsningen som velges for Sykehuset Innlandet. Her inngår også desentraliserte tjenestetilbud, en ny luftambulansbase, et akuttisykehus og et elektivt sykehus. Helse Sør-Øst har opplyst at de planlegger et vedtak i denne saken første kvartal 2021.

Jeg vil også behandle saken i foretaksmøte.

Skriftlig spørsmål fra Tore Hagebakken (A) til helse- og omsorgsministeren**Dokument nr. 15:541 (2020-2021)****Innlevert: 23.11.2020****Sendt: 23.11.2020****Besvart: 02.12.2020 av helse- og omsorgsminister Bent Høie****Spørsmål**

Tore Hagebakken (A): Hva vil statsråden gjøre for å styrke kapasiteten til å analysere koronatester i Innlandet, slik at dette ikke forsinker kommunenes arbeid med testing, isolering, smittesporing og karantene (TISK)?

Begrunnelse

Helsedirektoratet satt et mål om at inntil fem prosent av befolkningen i en kommune må kunne testes i løpet av én uke, hvis vi får en ny stor smittebølge i Norge. I Nord-Fron opplevde de et stort smitteutbrudd fordi det lokale asylmottaket nylig fikk overført en eller flere beboere med korona fra andre mottak. Kommunen satte opp en mobil teststasjon på mottaket torsdag kveld og alle til stede på mottaket ble testet.

De aller fleste prøvesvarene kom lørdag og søndag, men mandag morgen venter kommunen fortsatt på noen prøver. For at kommunene skal kunne gjøre sitt arbeid med testing, isolering, smittesporing og karantene (TISK), er man avhengig av at sykehusene også har kapasitet til å analysere prøvene.

Svar

Bent Høie: Kommunene gjør, og har over det siste halvåret gjort, en formidabel innsats i bekjempelsen av koronaviruset. Deres arbeid med og oppfølging av TISK-strategien (teste-isolere-smittesporing-sette i karantene) er helt avgjørende for å håndtere pandemien over tid. For å få dette til er det veldig viktig at prøvesvar foreligger hurtig fra laboratoriene.

Nylig var det kapasitetsproblemer ved Sykehuset Innlandet som innebar lengre svartider enn ønsket på koronaanalyser. Dette skyldtes at sykehuset fikk et brått økende antall prøver inn til laboratoriet. Lavere bemanning på grunn av helg og en teknisk feil på hovedinstrumentet søndag 22. november førte til at Sykehuset Innlandet oversteget to døgners svartid på noen av prøvene fra Nord-Fron.

Helsedirektoratet følger tett med på svartidene for koronaanalyser i hele landet og avbøtende tiltak vurderes fortløpende dersom utviklingen noe sted går i feil retning.

Skriftlig spørsmål fra Karin Andersen (SV) til helse- og omsorgsministeren**Dokument nr. 15:535 (2020-2021)****Innlevert: 18.11.2020****Sendt: 23.11.2020****Besvart: 30.11.2020 av helse- og omsorgsminister Bent Høie****Spørsmål**

Karin Andersen (SV): Norge og verden står midt i en pandemi, en sykdom som rammer lungene og mange vil rammes av langtidsvirkningen. I denne situasjonen velger Helse Sør Øst å legges ned lungesykehuset Granheim og samlokalisere behandlingen på Lillehammer, noe som innebærer en reduksjon av antall senger til døgnrehabilitering fra 25 til 10 senger. Det er ikke lagt inn økning på kommunenes rehabilitering for å veie opp reduksjonen.

Hva er det i dagens sykdomsbilde som tilsier behov for færre lungerehabiliteringsplasser i spesialisthelsetjenesten?

Svar

Bent Høie: Jeg viser til mitt svar til stortingsrepresentant Karin Andersen på skriftlig spørsmål 2. november. I svaret viste jeg blant annet til informasjon fra Helse Sør-Øst RHF.

Ifølge Helse Sør-Øst vil flytting av spesialisert lungerehabilitering inn i akutt sykehus bidra til tettere samarbeid og mer sømløs overgang mellom akuttbehandling og rehabilitering, samt sikre god og rask tilgjengelighet for tilsyn og behandling ved eventuelle sykdomsforverring.

Ikke alle pasienter har behov for døgnbehandling. Målsettingen er å gi et differensiert døgn-, dag- og poliklinisk rehabiliteringstilbud som på best mulig måte møter pasientenes behov for mestring av egen hverdag og samtidig kunne leve best mulig med sin lungesykdom.

Helse Sør-Øst har med bakgrunn i representanten Andersens spørsmål gitt ytterligere informasjon om sine planer for spesialisert lungerehabilitering i Sykehuset Innlandet HF.

Helse Sør-Øst viser til økt oppmerksomhet på utredning av pasientene og et intensivt behandlingstilbud i oppstartsfasen, økt tilbud om polikliniske rehabiliteringsprogrammer, etablert ambulant tjeneste der det anses hensiktsmessig og styrking av veiledningstilbudet til kommunene.

Når det gjelder representanten Andersens henvisning til den pågående pandemien sier Helse Sør-Øst at Sykehuset Innlandet, i likhet med andre helseforetak, har utviklet et rehabiliteringstilbud til covid-19-pasienter. Tilbudet ble iverksatt i mai 2020. Rehabiliteringstilbudet gis av et tverrfaglig rehabiliteringsteam som består av lungelege, lungesykepleier, lungefysioterapeut, sosionom og psykiatrisk sykepleier. Ved avdelingen som har ansvar for tilbudet er det også tilgang til ergoterapeut, ernæringsfysiolog, nevropsykolog, logoped og spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering.

Helse Sør-Øst viser også til at en relativt stor andel av de som har gjennomgått alvorlig covid-19-sykdom vil ha behov for inneliggende spesialisert rehabilitering og tett oppfølging i etterkant. Disse pasientene vil fortsatt bli prioritert i Sykehuset Innlandets tilbud om spesialisert lungerehabilitering, uavhengig av lokalisasjon og antall senger.

Jeg legger til grunn at Helse Sør-Øst RHF i sine vurderinger i denne saken ivaretar sitt sørge-for-ansvar for pasienter med lungesykdom, og at de nye tiltakene bidrar til et fremtidsrettet og kvalitativt godt tjenestetilbud til pasientgruppen ved Sykehuset Innlandet.

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>