

Saksframlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret Helse Sør-Øst RHF	11. mars 2021

Sak 032-2021**Driftsorienteringer fra administrerende direktør*****Forslag til vedtak:***

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Hamar, 3. mars 2021

Cathrine M. Lofthus
administrerende direktør

1. Høring om ny sykehusstruktur i Innlandet

Etter vedtak i styret om å gjennomføre en høringsrunde om fremtidig struktur i Sykehuset Innlandet, ble høringsbrev sendt ut. Adressater er alle kommuner og fylkeskommunen i Innlandet. Samtidig er alle velkommen til å levere høringsinnspill. Etter forespørsel fra flere kommuner er høringsfristen justert fra 22. mars til 26. mars.

Helse Sør-Øst RHF og Sykehuset Innlandet HF har gjennomført møter med kommunene, og helseministeren har også gjennomført et møte med ordførerne i Innlandet.

Etter at alle høringsinnspill er gjennomgått, vil disse oppsummeres og fremlegges styret i egen sak. Det tas sikte på å styrebehandle sak om ny sykehusstruktur i Innlandet både i Sykehuset Innlandet og i Helse Sør-Øst RHF i løpet av våren.

Høringsbrevet kan leses her: [Høringer - Helse Sør-Øst RHF \(helse-sorost.no\)](https://helse-sorost.no/horinger)

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

Styret ble som del av styresak 013-2021 *Driftsorienteringer fra administrerende direktør*, i styremøtet 4. februar 2021, informert om at Drammen tingrett i skjønn av 15. januar 2021 har fastsatt erstatning for eiendommen Jacob Borchs gate 6, 113/285 i Drammen kommune til 630 millioner. Eie 1 AS har 12. februar 2021 begjært overskjønn over tingrettens utmåling av erstatning for eiendommen. Begjæringen innebærer at lagmannsretten skal foreta en fullstendig ny behandling av om erstatningen skal fastsettes etter salgs- eller bruksverdien, samt en fullstendig ny vurdering av erstatningsutmålingen. Helse Sør-Øst RHF har tilsvaksfrist til 11. mars 2021, og vil innen fristen inngi tilsvaks svar og be om at erstatningen settes lavere enn i underskjønnet.

3. Alternative modeller til miljøsertifisering

I 2011 fikk helseforetakene krav om å innføre miljøledelse etter NS-EN ISO 14001. Alle landets helseforetak er miljøsertifisert og gjennomfører årlig tredjepartsrevisjon med Kiwa. Ved å arbeide systematisk med miljøledelse har helseforetakene etablert kompetanse innen de nødvendige fagområdene, innført gode styringsprosesser og hatt en kontinuerlig forbedring av drift og miljøprestasjon.

Nytteverdien av tredjepartssertifisering har de siste årene vært et tema til diskusjon i regionene. Flere helseforetak påpeker at årlige tredjepartsrevisjoner for å opprettholde ISO 14001-sertifikatet, er for ressurs- og kostnadskrevende sett opp mot effekten som oppnås. Samfunnet har endret seg det siste tiåret, og behovet for tredjepartssertifisering for å sørge for at arbeid med klima og miljø ivaretas i spesialisthelsetjenesten er ikke det samme i dag som i 2011.

På bakgrunn av innspill fra helseforetakene har Samarbeidsutvalget for klima og miljø (felles utvalg for de fire regionale helseforetakene) utredet alternative modeller til miljøsertifisering i helseforetakene. Formålet med å vurdere alternative modeller til miljøsertifisering er ikke å nedskalere arbeidet, men å finne hensiktsmessig modeller tilpasset utviklingen i samfunnet og drift av sykehus.

Samarbeidsutvalget utarbeidet et *Rammeverk for miljø og bærekraft i spesialisthelsetjenesten*. I rammeverket legges det opp til å videreføre forbedringssystematikken i ISO 14001 og i tillegg styrke samarbeidet på tvers med FNs bærekraftsmål som felles målområder. Bærekraftsmålene vil også være førende for felles fagrevisjoner som skal bidra til erfaringsdeling av beste praksis i arbeidet med klima og miljø. Samarbeidsutvalget anbefaler at det blir frivillig for helseforetakene å videreføre tredjepartrevisjon fra 2022. Som en erstatning for tredjepartsertifisering beskriver rammeverket systematisk rapportering på arbeidet med miljøledelse i lederlinjen. Det anbefales at klima og miljø er årlig fast tema i et oppfølgingsmøte mellom helseforetakene og det regionale helseforetaket, og en det er en forventning til at helseforetakene årlig rapportere på temaet til lokalt styre.

Å flytte dialogen helseforetakene har med et eksternt revisjonsselskap, til oppfølgingsmøte mellom aktuelle helseforetak og det regionale helseforetaket, kan potensielt bidra til å gi en bedre miljøprestasjon i helseforetakene.

I 2020 ble saken behandlet i de fire regionale helseforetakene, både i ledermøter og i møter med de administrerende direktørene i helseforetakene. Det var tilslutning til samarbeidsutvalgets anbefaling om å implementere *Rammeverk for miljø og bærekraft*, og at det blir frivillig for helseforetakene å videreføre tredjepartsertifisering av miljøledelsessystemet fra 2022.

Saken har også vært fremlagt de konserntillitsvalgte, som har gitt innspill om at det er viktig at miljøprestasjonen i helseforetakene bedres uavhengig av sertifisering. Videre har de konserntillitsvalgte påpekt at de regionale helseforetakene må stille tydelig krav til arbeidet med klima og miljø i helseforetakene og utarbeide klare planer for revisjoner på tvers av foretakene.

De fire administrerende direktørene i de regionale helseforetakene behandlet saken i januar 2021 og ba samarbeidsutvalget for klima og miljø om å utarbeide en felles sjekkliste med miljøindikatorer til bruk i årlig oppfølgingsmøte mellom det regionale helseforetaket og helseforetakene. Leder for samarbeidsutvalget ble bedt om å gå i dialog med Helse- og omsorgsdepartementet, før det endelig kan konkluderes om det skal være frivillig for helseforetakene å videreføre tredjepartsertifisering.

Under følger et eksempel på tema til felles fagrevisjon på tvers av helseforetakene med utgangspunkt i FNs bærekraftsmål nr. 12 *Ansvarlig forbruk og produksjon*.



Bærekraftig forbruk og produksjon handler om å gjøre mer med mindre ressurser. I sykehus er det er stort forbruk av materiell og det er viktig å redusere unødig forbruk av ressurser, sikre gjenvinning og ombruk, samt redusere avfallsmengdene i alle deler av tjenestenes livssyklus. Spesialisthelsetjenesten har stor innkjøpsmakt og skal være en pådriver for miljøvennlig innkjøp.

Vestre Viken HF hadde i 2020 en besparelse på to millioner kroner ved å gjenbruke, reparere og kjøpe brukte møbler i stedet for å kjøpe nye møbler. Ved å gjennomføre felles fagrevisjon med tema ansvarlig forbruk og produksjon og spesifikt se på møbelforvaltning i helseforetakene, kan praksis fra Vestre Viken HF videreføres og bidra til mindre avfall, reduserte utslipp og bedre økonomi.

For øvrig har pandemien bidratt til betydelig reduksjon i reisevirksomhet for ansatte i 2020. I Helse Sør-Øst viser data fra klimaregnskapet at flyreiser for ansatte i regionen er redusert med 78 % fra 2019 til 2020 (tilsvarer 2 107 tonn CO₂). Pandemiens påvirkning på klima og miljø i helseforetakene vil fremkomme i *Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar 2020*, som legges frem for styret i april.

4. Risikovurdering etter tredje tertial 2020

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

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

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

Endringer i oppsett for risikovurdering

Risikovurderingen er primært et ledelsesverktøy som skal hjelpe ledelsen til å gjøre gode prioriteringer og identifisere områder der det er nødvendig å ha spesiell oppmerksomhet kommende periode.

I forbindelse med gjennomgang av risiko etter andre tertial 2020 ble det gjort vurderinger av om systemet for risikovurdering var hensiktsmessig i forhold til behovet for oppfølging av overordnet risiko på regionalt nivå.

Oppsettet for risikovurderingen etter tredje tertial 2020 er derfor endret noe fra oppsettet som har vært benyttet tidligere:

- Risiko vurderes i tre nivåer (høy, moderat og lav)
- Risikomatriisen endres for å gi et bedre bilde av når det må iverksettes spesielle risikoreduserende tiltak ut fra at risiko ikke er akseptabel. I utgangspunktet gjelder dette all risiko som ikke er registrert som «lav»

Sannsynlighet		Konsekvens		Risikomatriise						Fargekode	
1	Meget liten	1	Ubetydelig	Sannsynlighet	5						
2	Liten	2	Lav		4						
3	Moderat	3	Moderat		3						
4	Stor	4	Alvorlig		2						
5	Svært stor	5	Svært alvorlig		1						
						1	2	3	4	5	
						Konsekvens					

Rød	Høy
Gul	Moderat
Grønn	Lav

Risikostyring etter tredje tertial

For å redusere risiko må det iverksettes spesielle tiltak med sikte på å redusere sannsynlighet og/eller konsekvens i forhold til et uønsket resultat for området. Gjennom risikostyringen iverksettes spesielle tiltak når områder er forbundet med mer en akseptabel risiko. Dette er i utgangspunktet tiltak som kommer i tillegg til den daglige kontroll- og oppfølgingsvirksomheten.

Tiltakene som inngår i risikostyring etter tredje tertial vil måtte endres med tanke på måloppnåelse i året før og nye styringsbudskap som mottas i begynnelsen av året. De nye styringsbudskapene vil også kunne føre til at nye eller justerte risikoområder må tas inn. Per tredje tertial arbeides det fortsatt med oppfølging og nødvendig korrigerende tiltak som var tatt inn i tertialrapporteringen til styret etter andre tertial.

Nytt risikoområde

Med bakgrunn i arbeidet som pågår med videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF, er det per tredje tertial tatt inn et nytt Risikoområde 15: Risiko forbundet med videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF.

Oversikt over risikovurdering og tiltak etter tredje tertial 2020

Tabellen nedenfor viser risikovurdering etter andre tertial 2020 sammen med risikovurdering etter tredje tertial 2020. Dette gir et bilde over den historiske utviklingen av risiko. Begge vurderingene viser risiko ved vurderingstidspunktet.

Risikoområde 1: Risiko for ikke å nå mål om høyere vekst innen psykisk helsevern og rusbehandling enn for somatikk			
Risiko på vurderingstidspunktet	<i>Sannsynlighet</i>	<i>Konsekvens</i>	<i>Inngangsrisiko</i>
• etter andre tertial 2020	2	3	Moderat
• etter tredje tertial 2020	2	3	Moderat
Risikoområde 2: Risiko for at manglende behandlingsskapasitet medfører lange ventetider og at pasientavtaler ikke overholdes			
Risiko på vurderingstidspunktet	<i>Sannsynlighet</i>	<i>Konsekvens</i>	<i>Inngangsrisiko</i>
• etter andre tertial 2020	4	4	Høy
• etter tredje tertial 2020	3	3	Moderat
Risikoområde 3: Risiko for redusert kvalitet i pasientbehandlingen, inkludert pasientsikkerhet og korridorplasser			
• etter andre tertial 2020	3	3	Moderat
• etter tredje tertial 2020	3	3	Moderat
Risikoområde 4: Risiko for ikke å nå mål for pakkeforløp for kreftpasienter			
Risiko på vurderingstidspunktet	<i>Sannsynlighet</i>	<i>Konsekvens</i>	<i>Inngangsrisiko</i>
• etter andre tertial 2020	2	3	Moderat
• etter tredje tertial 2020	2	2	Lav
Risikoområde 5: Risiko for ikke å nå målet for redusert bruk av bredspektret antibiotika			
Risiko på vurderingstidspunktet	<i>Sannsynlighet</i>	<i>Konsekvens</i>	<i>Inngangsrisiko</i>
• etter andre tertial 2020	4	3	Moderat
• etter tredje tertial 2020	3	3	Moderat
Risikoområde 6: Risiko for uønsket variasjon i pasientbehandlingen			
Risiko på vurderingstidspunktet	<i>Sannsynlighet</i>	<i>Konsekvens</i>	<i>Inngangsrisiko</i>
• etter andre tertial 2020	3	3	Moderat
• etter tredje tertial 2020	3	3	Moderat
Risikoområde 7: Risiko forbundet med utdanning og rekruttering			
Risiko på vurderingstidspunktet	<i>Sannsynlighet</i>	<i>Konsekvens</i>	<i>Inngangsrisiko</i>
• etter andre tertial 2020	3	3	Moderat
• etter tredje tertial 2020	3	3	Moderat
Risikoområde 8: Risiko forbundet med HMS og arbeidsmiljø			
Risiko på vurderingstidspunktet	<i>Sannsynlighet</i>	<i>Konsekvens</i>	<i>Inngangsrisiko</i>
• etter andre tertial 2020	3	3	Moderat
• etter tredje tertial 2020	4	3	Moderat
Risikoområde 9: Risiko forbundet med manglende informasjonsdeling på tvers av løsninger og enheter, samt sen innføring av mobile løsninger			
Risiko på vurderingstidspunktet	<i>Sannsynlighet</i>	<i>Konsekvens</i>	<i>Inngangsrisiko</i>
• etter andre tertial 2020	3	3	Moderat
• etter tredje tertial 2020	3	3	Moderat

Risikoområde 10: Risiko forbundet med etablering av standardisert og fornyet infrastruktur			
Risiko på vurderingstidspunktet	<i>Sannsynlighet</i>	<i>Konsekvens</i>	<i>Inngangsrisiko</i>
• etter andre tertial 2020	5	4	Høy
• etter tredje tertial 2020	3	4	Moderat
Risikoområde 11: Risiko forbundet med informasjonssikkerhet og personvern			
Risiko på vurderingstidspunktet	<i>Sannsynlighet</i>	<i>Konsekvens</i>	<i>Inngangsrisiko</i>
• etter andre tertial 2020	2	5	Moderat
• etter tredje tertial 2020	2	4	Moderat
Risikoområde 12: Risiko forbundet med styring og gjennomføring av prosjekt for nytt sykehus i Drammen			
Risiko på vurderingstidspunktet	<i>Sannsynlighet</i>	<i>Konsekvens</i>	<i>Inngangsrisiko</i>
• etter andre tertial 2020	4	2	Moderat
• etter tredje tertial 2020	4	2	Moderat
Risikoområde 13: Risiko forbundet med styring og gjennomføring av prosjekt Nye Oslo universitetssykehus			
Risiko på vurderingstidspunktet	<i>Sannsynlighet</i>	<i>Konsekvens</i>	<i>Inngangsrisiko</i>
• etter andre tertial 2020	4	3	Moderat
• etter tredje tertial 2020	4	3	Moderat
Risikoområde 14: Risiko forbundet med håndtering av covid-19			
Risiko på vurderingstidspunktet	<i>Sannsynlighet</i>	<i>Konsekvens</i>	<i>Inngangsrisiko</i>
• etter andre tertial 2020	2	3	Moderat
• etter tredje tertial 2020	2	3	Moderat
NYTT Risikoområde 15: Risiko forbundet med videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF			
Risiko på vurderingstidspunktet	<i>Sannsynlighet</i>	<i>Konsekvens</i>	<i>Inngangsrisiko</i>
• etter tredje tertial 2020	3	3	Moderat

Oversikt over risikoreduserende tiltak og nye vurderinger av restrisiko etter gjennomførte tiltak vil bli tatt inn i tertialrapporteringen til styret etter første tertial 2021.

5. Psykisk helsevern barn og unge og spiseforstyrrelser

Den siste tiden har det vært en økt oppmerksomhet mot barn og unge sin psykiske helsesituasjon. Tilbakemelding fra helseforetak og sykehus og tall fra Norsk Pasientregister indikerer en økning i behandlingsbehov for barn og unge innen psykisk helsevern, spesielt innenfor spiseforstyrrelser.

Data fra Norsk Pasientregister for Helse Sør-Øst viser en 4,6 prosents økning av henvisninger til psykisk helsevern for barn og unge i 2020 sammenlignet med 2019. Antall polikliniske konsultasjoner innen psykisk helsevern for barn og unge økte samtidig med 6 % fra 2019 til 2020 og andel fristbrudd er redusert. Ventetiden er også noe kortere i 2020 enn i 2019.

Det har også vært en klar økning i 2020 av barn og unge som er i behandling for spiseforstyrrelser, med en 23,2 prosents økning innen poliklinikk og en 17 prosents økning innen døgnbehandling. Pasientgruppen med spiseforstyrrelser er blant de få pasientgrupper

hvor antallet pasienter øker under pandemien. Det har samtidig vært en økning i pasientgruppen med spiseforstyrrelser gjennom flere år og den største økningen er ved Oslo universitetssykehus HF.

Økningen i antallet døgnopphold skyldes til en viss grad en økning i antall opphold per pasient. Økende aktivitet innen dagopphold kan tyde på at behovet for døgnbehandling også vil fortsette å vokse de neste årene.

Helse Sør-Øst RHF har avholdt et møte med ledernettverket i psykisk helsevern og rusbehandling i regionen for å høre deres beskrivelser og vurderinger av situasjonen. Helseforetakene og sykehusene beskriver en økning i antallet henvisninger knyttet til spiseforstyrrelser, men det beskrives også økning i henvisninger knyttet til unge med depresjon, selvskading og selvmordstanker/-planer. Inntrykket lederne har er at det er en større grad av alvorlighet enn tidligere og at barn og unge har høyere symptomtrykk når de blir henvist.

Fra døgnavdelinger rapporteres det om barn og unge med spiseforstyrrelse med stor symptombelastning og lav BMI. Oslo universitetssykehus HF melder om en økning i antall episoder med sondeernæring og vedtak om holding. Flere av lederne setter utfordringene i sammenheng med nedstengte skoler og andre fritidstilbud under pandemien.

Anoreksi er den psykiske lidelsen med høyest dødelighet blant psykiske lidelser. Dødeligheten er knyttet til somatiske komplikasjoner, men også til selvmord. Utredning og behandling av spiseforstyrrelser forutsetter tilstrekkelig kompetanse og rammer og ressurser til å gjennomføre behandlingen. Prognosen er god for mange, men det er likevel en gruppe som har langvarig spiseforstyrrelse og betydelige somatiske komplikasjoner. Alle barn og unge med mistanke om spiseforstyrrelse bør henvises til spesialisthelsetjenesten. Rask oppstart av utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten øker sannsynligheten for rask symptomkontroll og bedre prognose.

Det er grunn til bekymring knyttet til situasjonen som nå rapporteres fra psykisk helsevern for barn og unge, og som underbygges av tall fra Norsk Pasientregister. Gruppen av barn og unge med spiseforstyrrelser har hatt en relativt stor økning i 2020. Det er samtidig registrert en økning av barn og unge med spiseforstyrrelser gjennom de siste årene, og derfor må man vise varsomhet med å konstatere direkte årsaksforklaringer mellom konsekvenser av pandemien og antallet unge pasienter i behov av behandling for spiseforstyrrelser.

Helse Sør-Øst RHF følger situasjonen tett og har bedt alle helseforetakene og de private ideelle sykehusene med opptaksområder redegjøre for situasjonen, utarbeide planer og iverksette tiltak som gir økt behandlingsskapasitet. Dette gjelder både for psykisk helsevern barn og unge generelt, og for spiseforstyrrelser spesielt. Det pågår også dialog med private institusjoner som Helse Sør-Øst RHF har avtale med innen spiseforstyrrelser, for om mulig å gjøre kjøp av tilleggskapasitet. Helseforetakene og de private ideelle sykehusene redegjør for planer og tiltak på oppfølgingsmøtene nå i mars og det vil bli gitt oppdatert status til styret i styremøtet.

6. Intensivkapasitet og beredskap i sykehusene

Behandlingskapasitet ble et viktig område da det i februar/mars 2020 ble konstatert at koronapandemien rammet Norge. En kartlegging fra mars 2020 viste at det var 157 bemannede intensivplasser i Helse Sør-Øst. Det fantes beredskapsplaner for å øke antall plasser til 392, men analyser viste at pandemien kunne komme til å kreve langt større kapasitet.

Regjeringen ga de fire regionale helseforetakene i oppdrag å planlegge for en bølge med 4500 Covid-19 pasienter på sykehus samtidig, hvorav 1200 på intensiv. For Helse Sør-Øst ville dette gi en topp på rundt 2500 innlagte pasienter med Covid-19, hvorav 678 pasienter på intensiv.

Helseforetakene og de private ideelle sykehusene med opptaksområder fikk i mars oppdrag om å utviklet planer for å møte en stor pandemibølge. Det ble raskt utviklet trinnvise planer for hvordan personell og areal kunne omdisponeres ved en økning i antall Covid-19 pasienter, og kritisk infrastruktur som forsyning av gass, vann og strøm ble gjennomgått. Styret i Helse Sør-Øst RHF behandlet planene i styresak 027-2020.

Ved en pandemi vil personell måtte omdisponeres og aktivitet prioriteres. Fagmiljøene har utviklet teambasert modeller med lavere dekning av intensivsykepleiere enn det vi har i en normal situasjon. I en krisesituasjon er målet er å redde flest mulig liv med de ressursene som er tilgjengelig og i situasjon hvor helsetjenesten er overbelastet vil ikke kvaliteten på behandlingen holde samme nivå som i en normalsituasjon. Det er gjennomført internopplæring for sykepleiere i intensivbehandling i helseforetak og sykehus for å understøtte de trinnvise planene med nedtak av aktivitet og omdisponering av personell.

I løpet av 2020 er situasjonen når det gjelder medisinsk teknisk utstyr, forbruksmateriell, legemidler og smittevernutstyr bedret betydelig (jf. styresak 139-2020). Antall respiratorer er mer enn doblet og det er etablert store lagre av smittevernutstyr. Samtidig er det viktig å påpeke at i risikovurderinger som ble gjort i april og november kommer knapphet på kyndig personell ut som den største begrensningen (jf. styresakene 027-2020 og 139-2020).

Våren 2020 fikk Oslo universitetssykehus HF oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF om å ivareta en regional koordinering av intensivkapasiteten i regionen. Helseforetaket ble bedt om å gjenoppta denne funksjonen i november 2020 i forbindelse med den andre bølgen av pandemien. Med økende smitte og et økt antall pasienter med Covid-19, slik situasjonen har utviklet seg i Helse Sør-Øst fra slutten av februar 2021, vil flere pasienter være i behov av intensivbehandling. Trinnvise planer for å øke kapasitet vil da iverksettes, i tillegg til at pasienter fordeles på tvers av helseforetak for å utnytte de samlede ressursene i regionen best mulig.

Det er særlig Akershus universitetssykehus HF som har hatt et økt antall innleggelser av pasienter med Covid-19. I uke 9 besluttet derfor helseforetaket å gå i gul beredskap og i den forbindelse er det etablert tiltak svarende til trinn 1 i helseforetakets opptrappingsplan. Dette innebærer at noe planlagt kirurgisk aktivitet reduseres slik at intensivkapasitet frigjøres til å håndtere flere intensivpasienter med Covid-19. Oslo universitetssykehus HF, men også andre helseforetak, bidrar til å avlaste Akershus universitetssykehus for enkelte intensivpasienter i tråd med de planer som er etablert. Helse Sør-Øst RHF ga 3. mars Oslo

universitetssykehus HF et tilleggsoppdrag om å ivareta en rolle som koordinerende AMK, slik at det raskt kan fattes beslutninger om transport av pasienter på tvers av helseforetak og sykehus.

De første to månedene i 2021 har aktiviteten vært tilnærmet normal samtidig som det er mangel på faste vikarer grunnet strenge karantenebestemmelser. Dette har gitt en krevende situasjon. Mot sluttet av februar og i begynnelsen av mars er det økte smittetall med et økt antall innleggelser, og tiltakene som er omtalt over er iverksatt for å møte denne situasjonen. Samlet sett er helsetjenesten bedre rustet i mars 2021 enn for ett år siden. Samtidig er det tydelig hvor avhengig helsetjenesten er av utenlandske vikarer og spesielt vikarer innen intensivsykepleie. Helse Sør-Øst RHF har bedt alle helseforetakene og de private ideelle sykehusene i regionen om vurdering av egen intensivkapasitet og status for arbeidet med økt antall utdanningsstillinger generelt og innen intensivsykepleie spesielt. Helseforetakene og de private ideelle sykehusene redegjør for vurderinger og planer på oppfølgingsmøtene nå i mars. Det vises forøvrig til punkt 14 i denne saken om fordeling av utdanningsstillinger i intensivsykepleie. Helse Sør-Øst RHF vil videre igangsette et prosjekt for vurdering av intensivkapasiteten i regionen og vil komme tilbake til styret med informasjon om dette. Et slikt prosjekt vil imidlertid ikke røkke ved de planer som er lagt for håndtering av intensivpasienter under pandemien.

7. Sentralisering av prøver til screeningprogrammet mot livmor-halskreft og overgang til HPV-primærscreening

I 1995 ble det innført et landsdekkende screeningprogram for livmorhalskreft. Kvinner i alderen 24-69 år har regelmessig fått innkalling for å ta livmorhalsprøve og det er gjennomført en mikroskopisk undersøkelse (cytologi) av prøven. I forbindelse med at det innføres en ny testmetode, hvor prøven testes for humant papillomavirus (HPV), har Helsedirektoratet bedt om at analysene samles på færre lokalisasjoner.

Styret i Helse Sør-Øst RHF besluttet i styresak 085-2017 å sentralisere behandlingen av prøver til screeningprogrammet mot livmorhalskreft til Sykehuset i Østfold HF, Akershus universitetssykehus HF og Oslo universitetssykehus HF.

Det er et mål at den nye HPV-testen skal innføres som metode for primærscreening for alle kvinner i alderen 34-69 år i programmet mot livmorhalskreft innen utgangen av 2021. Kvinner i alderen 24-34 år skal fortsatt undersøkes med cytologi. Innføringen skal gjøres kontrollert og gradvis, for å sikre kvaliteten på laboratorieanalysene og ressurstilgang for oppfølging av pasienter.

Arbeidet med å planlegge og gjennomføre sentraliseringen av analysene i Helse Sør-Øst har vært prosjektorganisert med en styringsgruppe, en prosjektleder og en regional arbeidsgruppe med representanter fra avgivende og mottagende helseforetak, Kreftregisteret, Norsk forening for allmennmedisin og Norsk gynekologisk forening.

Omleggingen har vært mer kompleks enn i andre helseregioner, fordi det i Helse Sør-Øst skal sentraliseres virksomhet fra 10 laboratorier til tre offentlige sykehuslaboratorier.

Endringen har medført omstillinger for alle laboratorier. De private laboratoriene har forestått analyser av over 100 000 prøver per år i screeningprogrammet, fordelt utover i regionen. Dette forholdet har ytterligere komplisert overføringen av oppgavene.

Innføring av ny screeningmetode og sentralisering av analyser er videre avhengig av innføringen av det regionale systemet for laboratoriedatainformasjon (LVMS), blant annet fordi det er nødvendig å kunne randomisere prøvene i overgangsperioden og for å kunne gjøre oppslag mot Kreftregisterets nasjonale prøvehistorikk. Forsinkelsene i framdriften av LVMS-innføringen har således gitt forsinket framdrift for prosessen med å sentralisere analyser. Sykehuset Østfold HF har LVMS som laboratoriedatasystem, Sykehuset i Vestfold HF har LVMS som laboratoriedatasystem for patologi og Akershus universitetssykehus HF fikk innført LVMS som laboratoriedatasystem for patologi i november 2020. Innføringsløpet ved Oslo universitetssykehus HF pågår.

Grunnet forsinkelser i lokal tilrettelegging av arealer og utstyr, samt tilgang på LVMS, har Oslo universitetssykehus HF inngått en avtale med Sykehuset i Vestfold HF om en tidsavgrenset avlastning av analysevirksomhet.

Pandemien i 2020 har medført at programmet fra Kreftregisterets side ble satt på hold i en periode. Tiltak knyttet til pandemien har også gitt andre direkte og indirekte forsinkelser av framdriften i prosjektet, spesielt ved Oslo universitetssykehus HF.

Kreftregisteret har underveis i prosjektet redusert kravene til varighet og omfang av randomisering, hvilket har redusert tidsbruken for overgangen til HPV-tester. Avlastningsavtalen mellom Oslo universitetssykehus HF og Sykehuset i Vestfold HF har også redusert tidsbruk og risiko for prosjektet.

Helsedirektoratet har før pandemien brøt ut angitt at sentraliseringen av analyser bør være ferdig innen utgangen av 2021. Som følge av de ulike forsinkelsene som er beskrevet ovenfor, vil ikke overgangen til HPV-tester kunne ferdigstilles i Helse Sør-Øst innen denne fristen. I Sykehuset Østfold HF vil hele prosessen være ferdig innen 1. kvartal 2022 og ved Akershus universitetssykehus HF vil prosessen kunne være ferdig innen januar 2023. Forutsatt at Oslo universitetssykehus HF kan innføre LVMS i mai 2021, vil helseforetaket ha overtatt alle sine prøver i januar 2024. Alle kvinner i Helse Sør-Øst mellom 34 og 69 år vil imidlertid ha fått tilbud om ny HPV-test som primærscreeningmetode innen januar 2023 ettersom Sykehuset i Vestfold HF avlaster Oslo universitetssykehus HF. Endringen i tidsplan vil ikke ha konsekvenser for gjennomføring av screening generelt sett, da kvinner i alderen 34-69 år vil tilbys screening med cytologi inntil ny metode for denne gruppen er innført.

8. Avtalespesialister og samordnet henvisningsmottak innen psykisk helsevern

Avtalespesialistene er en viktig del av spesialisthelsetjenesten og står for om lag en av fire polikliniske konsultasjoner i Helse Sør-Øst. I styresak 050-2018 ble det fremlagt en regional plan for avtalespesialistområdet.

Den regionale planen for avtalespesialistområdet beskrev en videreutvikling av området, blant annet gjennom utprøving av en pilot for samordnet henvisningsmottak innen psykisk helsevern. Bakgrunnen for dette er at pasienter som henvises til avtalespesialist ikke får

sine rettigheter vurdert i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2, jf. § 2-1 b annet ledd. Alle henvisninger til helseforetakene eller til private ideelle sykehus med avtale med et regionalt helseforetak, rettighetsvurderes. Denne forskjellsbehandlingen av henvisninger til ulike deler av spesialisthelsetjenesten har det over tid vært et sterkt ønske om å endre.

I oppdragsdokumentet for 2018 fikk de regionale helseforetakene i oppgave å prøve ut tre ulike modeller for rettighetsvurdering i avtalepraksis. Alle regionene påpekte at det var særlige utfordringer i psykisk helsevern og det var ønske om å samle erfaringer med rettighetsvurdering i felles henvisningsmottak. I et felles henvisningsmottak tilknyttet et distriktpsykiatrisk senter (DPS), vil alle henvisningene fra fastlegene bli prioritert og deretter fordelt til DPS-enes ulike tilbud og til avtalepsykiatere og -psykologer.

I Helse Sør-Øst ble det etablert et prosjekt som planla piloter for felles henvisningsmottak ved to DPS og rettighetsvurdering i solopraksis både innen psykisk helsevern og somatikk. Det ble etablert et godt samarbeid med Legeforeningen og Psykologforeningen både regionalt og interregionalt. Imidlertid klarte verken Helse Sør-Øst RHF eller de andre regionale helseforetakene å gjennomføre de planlagte pilotene med felles henvisningsmottak. I Helse Sør-Øst ønsket ikke avtalespesialistene i opptaksområdene til de to DPS-ene å delta. Pilotene i solopraksis ble stoppet i februar 2020 pga. pandemien.

Det ble høsten 2020 gjennomført forhandlinger mellom de fire regionale helseforetakene og Den norske legeforening (Legeforeningen) og Norsk psykologforening (Psykologforeningen). Partene ble enige om et nytt punkt i rammeavtalen «Felles henvisningsmottak og rettighetsvurdering i psykisk helsevern – «en-vei-inn» for henvisninger». De reviderte rammeavtalene gjelder fra 1. mars 2021.

Det nye punktet i rammeavtalene om rettighetsvurdering og felles henvisningsmottak i psykisk helsevern vil kunne innebære en likere og mer hensiktsmessig prioritering av henvisninger til spesialisthelsetjenesten og samtidig gi en bedre oversikt og utnyttelse av samlet kapasitet. Ved å etablere en-vei-inn for henvisninger vil pasientrettighetene ivaretas, samtidig som det blir enklere for fastlegene å henvise pasienter til spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern. Etablering av felles henvisningsmottak vil trolig føre til en stor endring i henvisningspraksis og prioritering.

Det er i rammeavtalene, protokolltekst og underlagsdokumentasjon fra de ulike regionene lagt et godt fundament for videre prosesser. Det er i noen grad åpnet for lokale tilpasninger, da regionene har ulike utfordringer. Videre vil deling av erfaringer, dokumenter og arbeidsmåter være viktig og kunne bidra til at alle regionene lykkes. De regionale helseforetakene er i dialog med profesjonsforeningene for å planlegge og koordinere den videre prosessen med å etablere felles henvisningsmottak ved alle DPS-ene i de fire regionene. Partene er enige om at en må starte med noen DPS for å samle erfaringer før en utvider ordningen. Allerede eksisterende samarbeid og konkretisering av samarbeidsavtaler mellom helseforetakene og avtalespesialistene, vil være et viktig utgangspunkt.

Per februar 2021 er det 287 avtalespesialister i psykologi og 163 avtalespesialister i psykiatri i Helse Sør-Øst. Videre er det 33 DPS i regionen. Det legges nå planer for et prosjekt for etablering av felles henvisningsmottak for å koordinere arbeidet ut mot helseforetakene/DPS-ene og avtalespesialistene i regionen. Arbeidet vil bygge på erfaringer fra de tidligere planlagte pilotene for rettighetsvurdering i felles henvisningsmottak og sluttrapporten fra dette prosjektet.

9. Forskning om Covid-19 i helseforetak og sykehus

Da koronapandemien rammet Norge for ett år siden var det et stort behov for ny kunnskap. Hvem rammes av alvorlig sykdom og hvilken behandling er nyttig, var to av flere viktige spørsmål det var behov for svar på. Forskere i Norge og i resten av verden har bidratt i utviklingen av ny og viktig kunnskap. Det siste året er det publisert mer enn 100 000 medisinske artikler om Covid-19.

Gjennom internasjonalt samarbeid er det utviklet nye vaksiner mot Covid-19 og det er gjennomført utprøving av disse på rekordtid. Utviklingen av de nye mRNA-vaksinene mot Covid-19 representerer en medisinsk milepæl.

Helsetjenesten har fått ny kunnskap om hvilken behandling som er nyttig ved Covid-19, men også hva som ikke virker og kan være skadelig. Norske intensivmedisinske miljøer kan vise til svært gode resultater. Samtidig er det mange ubesvarte spørsmål og det er blant annet behov for mer kunnskap om langtidsvirkninger av Covid-19 og hvordan rehabilitering kan bidra til å gjenvinne funksjoner.

I mars 2020 ble det handlet raskt. Den 11. mars etablerte Norge et pandemiregister på rekordtid, ved å bygge videre på et eksisterende og velfungerende nasjonalt intensivregister i Bergen. Pandemiregisteret har bidratt med avgjørende informasjon om norske pasienter gjennom hele pandemien.

Regjeringen bevilget i mars midler til koronaforskning. Forskningsrådet gjennomførte en utlysning i dialog med de regionale helseforetakene. Flere stiftelser og organisasjoner bidro med midler. Det ble raskt tildelt 130 millioner kroner til i alt 30 forskningsprosjekter. Viljen til å samarbeide om utlysningen var viktig for en effektiv og godt koordinert vurderings- og tildelingsprosess.

De regionale helseforetakene tildelte i mars 20 millioner kroner til en landsdekkende studie kalt NOR-Solidarity. Studien inngår i et internasjonalt forskningssamarbeid under ledelse av Verdens helseorganisasjon og har gitt norske pasienter tilgang til utprøvende behandling for Covid-19. De regionale helseforetakene har nylig overført 10 millioner kroner til det nye europeiske forskningsinitiativet EuSolidAct. Oslo universitetssykehus HF skal, på vegne av europeiske samarbeidspartnere, lede arbeidet med en ny og fremtidsrettet plattform for utprøving av behandling ved Covid-19 og nye pandemier.

Midler til forskning i sykehusene kommer fra egne budsjetter og eksterne kilder, i tillegg til midler fra de regionale helseforetakene. Helse Sør-Øst RHF tildelte i 2020 over 30 millioner kroner til forskningsprosjekter om Covid-19 (jf. styresak 144-2020) og en rekke innovasjonsprosjekter er støttet gjennom målrettede tildelinger våren 2020.

Det er på kort tid etablert mye forskning om Covid-19 i sykehus, og i universitets- og høyskolemiljøene. Det er arbeidet med å etablere god forskningsstøtte, dataverktøy og løsninger for lagring av biologisk materiale. Det er samtidig begrenset hvor mange studier en pasient kan delta i på samme tid og det er viktig at studiene får rekruttert tilstrekkelig antall pasienter slik at de kan gi pålitelige svar. Derfor kan ikke alle initiativ og studier gis prioritet, og det vil alltid være nødvendig å vurdere prosjekter når det gjelder etikk, personvern, kvalitet og gjennomførbarhet. Omfanget av prosjekter er så stort at

koordinering og prioritering av forskningen er blitt nødvendig. Av denne grunn har de regionale helseforetakene etablert en koordineringsordning og i vår region har Oslo universitetssykehus etablert en internt koordinering av Covid-19-forskningen.

Koronapandemien viser viktigheten av at forskning er en integrert del av pasientbehandlingen. Resultatene samfunnet nyter godt av ville ikke kommet uten gode og dynamiske forskningsmiljøer, god koordinering og tilføring av ekstra ressurser. Samtidig har Norge sett hvor viktig det er med internasjonalt samarbeid og større studier som raskt kan gi pålitelige svar.

10. Læring og mestring i helsetjenestene

Helse- og omsorgsdepartementet ga følgende oppdrag i tilleggskokumentet til oppdragsdokumentet 2019:

«De regionale helseforetakene skal gjennomføre et forprosjekt for gjennomgang og revisjon av lærings- og mestringstjenestene i spesialisthelsetjenesten. Tilsvarende oppdrag vil bli gitt til Helsedirektoratet som skal gjennomføre et forprosjekt for gjennomgang av oppgavedeling og samhandling mellom lærings- og mestringstjenestene i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. De to forprosjektene skal koordineres og ansvaret for koordineringen legges til Helse Sør-Øst RHF. Arbeidet skal gjennomføres, og legges fram for Helse- og omsorgsdepartementet, innen medio mai 2020.»

I møtet mellom de administrerende direktørene i de regionale helseforetakene den 16. desember 2019, ble det besluttet å etablere et interregionalt prosjekt for å svare ut oppdraget. Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene (RHF-ene) fikk siden en føringer fra Helse- og omsorgsdepartementet om at lærings- og mestringstjenester til den samiske befolkningen skulle inngå i forprosjektene.

Helse Sør-Øst RHF har ledet arbeidet med RHF-enes prosjekt og har også sørget for koordinering mellom RHF-enes forprosjekt og Helsedirektoratets forprosjekt. RHF-ene har i samråd med Helsedirektoratet valgt å utarbeide en felles forprosjektrapport med sammenstilte anbefalinger, slik at dette kan danne grunnlaget for videre arbeid.

En ressursgruppe bestående av lærings- og mestringstjenestene i helseforetakene, nasjonale og regionale kompetansemiljøer innen læring og mestring, Helsedirektoratet og brukerrepresentanter, har deltatt i to arbeidsseminarer. Deltakere i prosjektgruppen har besøkt tre samiske miljø i nord-, sør- og lulesamiske områder og har hatt møter med senter for samisk helseforskning.

Som et ledd i arbeidet med forprosjektet er det gjennomført en spørreundersøkelse i spesialisthelsetjenesten om lærings- og mestringstjenestene. Kartleggingen omfattet landets helseforetak og de private ideelle sykehusene med opptaksområder. Regional kompetansetjeneste for pasient- og pårørendeopplæring i Helse Sør-Øst har bidratt med et notat om begreper og tilbud i pasient- og pårørendeopplæring, pasientforløp og helsekompetanse til befolkningen for øvrig.

Helsedirektoratet har i sitt forprosjekt blant annet lagt til grunn rapporter fra Statistisk sentralbyrå og Nasjonal kompetansesenter for læring og mestring innen helse.

Forprosjektet i spesialisthelsetjenesten er presentert og behandlet i alle regionale brukerutvalg to ganger. Tillitsvalgte har vært involvert i styringsgruppen for prosjektet.

Forprosjektene har avdekket utfordringer og forbedringsområder for lærings- og mestringsvirksomheten, herunder:

- Det mangler en felles forståelse av hva som ligger i begrepet læring og mestring, og hvilke tiltak som inngår i læring og mestring.
- Rapporten påviser store variasjoner i tilgjengelighet, organisering og innhold av tilbud både i helseforetak og kommuner. Det varierer hvem som får tilbud, og det er risiko for at de minst ressurssterke gruppene ikke fanges opp i spesialisthelsetjenesten.
- Læring og mestring synes ikke tilstrekkelig integrert i arbeidet med pasientforløp, kravene til dokumentasjon er svak og arbeidet har svak lederforankring. Det kan tyde på at oppgavene innen læring og mestring ikke prioriteres på samme måte som andre lovpålagte oppgaver.
- Samhandling ser ut til å være et underprioritert område med store lokale variasjoner. De lovpålagte samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner om læring og mestring oppfyller ikke Helsedirektoratets anbefalinger om konkretisering, brukermedvirkning, forpliktelse, tilgjengelighet og vedlikehold.
- Før Covid-19-pandemien var ny teknologi lite benyttet i lærings- og mestringsvirksomheten. Mange har digitalisert mer av arbeidet i 2020. Dette har gitt mer fleksibilitet og alternative måter å følge opp arbeidet på. Det er mangler i lærings- og mestringstilbud tilrettelagt for den samiske befolkningen.

Brukermedvirkning inngår i alt lærings- og mestringsarbeid og er derfor integrert i flere av rapportens anbefalinger:

- Det utvikles nasjonale føringer for læring og mestring i helse- og omsorgstjenesten som kan tydeliggjøre blant annet begrep, målgruppe, kompetanse, organisering, oppgavedeling og samhandling, samt nye arbeidsmåter. Det anbefales at læring og mestring inngår i alle relevante pakkeforløp, veiledere og retningslinjer.
- Datagrunnlaget om læring og mestring kan styrkes gjennom hensiktsmessig verktøy for dokumentasjon, oppfølging av virksomheten og ved å inkludere aktivitetsdata om læring og mestring i nasjonale registre.
- Nasjonal veileder for de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner kan tydeliggjøre krav til likeverdighet mellom partene i prosessen for avtaleinngåelse.
- Samhandling om lærings- og mestringstilbud bør være et prioritert område i helsefelleskapene.
- Helseforetak og kommuner må samarbeide om utvikling av lærings- og mestringstilbud tilpasset hvert av de samiske språkområdene, og det bør sees nærmere på hvordan lærings- og mestringstilbud bør tilpasses til personer med innvandrerbakgrunn.

- Det videre arbeidet må vurdere hovedretninger for hvilken oppgavedeling, ansvarsplassering og organisering av lærings- og mestringsvirksomheten som er mest hensiktsmessig for måloppnåelse.

Oppdraget som ble gitt de fire RHF-ene er svart ut gjennom fellesrapporten som ble godkjent i møtet mellom de administrerende direktørene i RHF-ene den 18. januar 2021. Rapporten er oversendt Helse- og omsorgsdepartementet.

11. Drift av ambulansefly knyttet til RescEU-programmet

Helsedirektoratet og EU har inngått en avtale om å drifte et ambulansefly som kan stå i beredskap for transport av pasienter med høyrisikosmitte under rescEU-programmet.

I foretaksmøte 10.6.2020, ble de regionale helseforetakene, med henvisning til Stortingets vedtak om Nasjonal helse- og sykehusplan, bedt om å:

«legge til rette for stasjonering av et jetfly i Tromsø, om mulig gjennom anskaffelse av et jetfly som norsk bistand for transport av pasienter med "høy-risiko for smitte" under RescEU-programmet. De regionale helseforetakene skal bistå Helsedirektoratet i forhandlingene med EU. Når en avtale ev. er undertegnet, vil det være de regionale helseforetakenes oppgave å etablere og drifte jetflyet i tråd med avtalen, og sikre at dette også inngår i den nasjonale helseberedskapen.»

I foretaksmøte 13.11.2020 ble dette fulgt opp med følgende oppdrag:

Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å:

- inngå en operatøravtale for drift av et ambulansefly med tilhørende medisinsk utrustning og materiell som kan stå i beredskap for transport av pasienter med høyrisiko-smitte under rescEU-programmet.
- etablere en vaktordning for medisinsk besetning for EU-oppdrag og bruke det nasjonale kompetansemiljøet for CBRNE-beredskap til å utvikle ordningen. Besetningen skal sikres nødvendig opplæring og trening, og det skal vurderes å etablere et interregionalt samarbeid om medisinske og operative prosedyrer knyttet til oppdrag for EU.
- i samarbeid med Helsedirektoratet etablere et rammeverk og rutiner som sikrer oppfølging av krav i avtalen med EU, samt nødvendig dokumentasjon og rapportering på kravene. Herunder skal det utarbeides system for registrering og refusjon av faste kostnader og kostnader knyttet til oppdrag utført for EU.
- legge til rette for at denne flyressursen kan inngå i den nasjonale luftambulansetjenesten når den ikke er på EU-oppdrag, herunder sørge for medisinsk bemanning, jf. også krav i foretaksmøte 10. juni 2020.
- utarbeide prinsipper for å fordele kostnadene knyttet til nasjonal bruk av flyet.

Det er enighet om at det er viktig at alle regionene bygger opp medisinske fagmiljøer som kan bidra inn i en vaktordning for EU-oppdraget. Det nasjonale kompetansemiljøet ved CBRNE-senteret ved Oslo universitetssykehus HF skal støtte opp under denne oppbyggingen.

Helse Nord RHF skal lede et prosjekt som ivaretar sammenheng mellom flere ulike delprosjekter som må gjennomføres for å få iverksatt drift av et ambulansefly knyttet til RescEU-programmet. Luftambulansetjenesten HF er gitt i oppdrag å gjennomføre et delprosjekt som omhandler selve anskaffelsen av flyressursen. Videre vil et delprosjekt omhandle den medisinske utrustningen av flyet og et delprosjekt vil omhandle nasjonal styring og koordinering av den medisinske bemanningen av flyet. Helsedirektoratet vil ha ansvar for et delprosjekt vedrørende internasjonal dialog, etablering av rutiner for samarbeid med EU og forvaltning av avtalen.

12. Nasjonal samordning og harmonisering av legenes spesialistutdanning

De regionale helseforetakene fikk tilleggsoppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet 21. juni 2019 vedrørende styrkning av det tverrregional samarbeidet for en nasjonal samordnet og harmonisert spesialistutdanning for leger:

«De regionale helseforetakene skal iverksette tiltak i 2019 for å styrke den nasjonale samordningen og harmoniseringen av legenes spesialistutdanning, herunder vurdere å etablere organisatoriske løsninger som kan ivareta dette tilfredsstillende på permanent basis. Arbeidet skal ledes av Helse Sør-Øst RHF»

Helse Sør-Øst RHF opprettet i forbindelse med oppdraget en arbeidsgruppe bestående av 2 representanter fra hver av helseregionene. Disse har i fellesskap beskrevet en rekke utfordringsområder som bør løses for å nå målet om en mer samordnet og harmonisert spesialistutdanning for leger. Til hvert av områdene er det identifisert flere konkrete tiltak hvor enkelte allerede er iverksatt, mens det for andre vil kreve et mer langsiktig arbeid.

I oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet ble de regionale helseforetakene bedt om å vurdere om de valgte organisatoriske løsninger er de som best mulig ivaretar den nasjonale samordningen av legenes spesialistutdanning. Arbeidsgruppen har vurdert om valget av fire regionale utdanningscentre (RegUt) har vært hensiktsmessig, gitt de oppgavene sentrene er tillagt. To alternative forslag har vært vurdert i tillegg til dagens løsning; 1) RegUt-ene legges til de regionale helseforetakene; og 2) etablering av ett felles nasjonalt utdanningscenter. En helt ny organisering vil mest sannsynlig skape nye utfordringer i en modell som ennå ikke har satt seg. Det er derfor enighet mellom regionene om at en videreutvikling av dagens struktur vil være den beste løsningen for å ivareta oppgavene fremover.

Tydlig ledelse og samarbeid mellom de fire RegUt-ene vurderes som avgjørende for en samordnet utdanning. Fremover skal det være RegUt-ene som i fellesskap tar tak i de utfordringene som arbeidsgruppen har identifisert. RegUt-ene må ta tak i nye utfordringsområder, foreslå og iverksette tiltak, samt evaluere disse. De regionale helseforetakene vil følge dette opp som oppdragsgiver overfor regionssykehusene. Uavklarte problemstillinger skal fremmes for et tverrregionalt forum, benevnt som tverrregional koordinerende arbeidsgruppe (TKA).

Et av de regionale RegUt-ene ivaretar rollen som koordinerende enhet og denne funksjonen vil rullere mellom regionene. Det koordinerende ansvaret er overført fra Helse Sør-Øst RHF til Helse Midt-Norge RHF fra 1. februar 2021. Hovedoppgavene til hvert enkelt RegUt er forøvrig tydelig beskrevet i «Mandat for regionalt utdanningscenter for leger i spesialisering».

TKA ledes av HR-/PO-direktøren i den regionen som til enhver tid har ansvaret for koordinerende RegUt, og består av de regionale fagdirektørene, HR-/PO-direktørene i regionene, lederne for de fire RegUt-ene og tillitsvalgte. Hensikten med opprettelsen av TKA er å sørge for en arena hvor de utdanningsansvarlige i de fire regionene møtes og diskuterer/enes om felles problemstillinger og utfordringer som ikke kan løses mellom de fire RegUt-lederne. TKA vil være en viktig struktur for å fremme samhandlingen mellom regionene og tydeliggjøre utdanningsansvaret for spesialistutdanningen av leger.

Omorganiseringen av spesialistutdanningen for legene er fortsatt ny og i utvikling. Det er behov for å vinne erfaringer for å finne gode og effektive løsninger for utdanningen. Dette gjelder områder som videreutvikling/digitalisering av kurs, håndtering av variasjon, vurdering og oppfølging av kvalitet, samt oppnåelse av høyspesialiserte læringsmål og læringsaktiviteter på tvers av regionene. Det er behov for kontinuerlig utvikling av Kompetanseportalen, som blant annet brukes for dokumentasjon av spesialistutdanningen. Kompetanseportalen skal for øvrig støtte mange detaljerte og kompliserte sammenhenger i spesialistutdanningen og samtidig ha et godt brukergrensesnitt for alle involverte.

Arbeidet som er gjennomført har vært nyttig for alle involverte. Det er en felles oppfatning at de nevnte strukturene og tiltakene som er etablert, vil bidra til å ivareta den fremdriften og utviklingen av spesialistutdanningen for leger som er ønskelig og i takt med samfunnsutviklingen. Endringen av spesialistutdanningen for leger må ses på som en langsiktig utviklingsprosess som skal gjennomføres samtidig med ordinær drift i sykehusene.

13. Nye faste stillinger for leger i spesialisering i Helse Sør-Øst

I Regjeringens tiltakspakke i forbindelse med Covid-19 pandemien, som ble lagt frem i slutten av mai 2020, ble det foreslått en midlertidig økning i antall stillinger for leger i spesialisering. Tiltaket fikk sin tilslutning i Stortinget og Helse Sør-Øst RHF ble tildelt 54 midlertidige stillinger for leger i spesialisering 1 (LiS 1-stillinger). LiS 1-stilling innebærer et utdanningsløp med 12 måneders tjeneste i sykehus og seks måneder i kommunene. Den 1. september 2020 starter følgelig 54 ekstra leger første del av sin spesialistutdanning. Disse stillingene er fullfinansiert i 2020 - 2021. Det vises for øvrig til orientering gitt til styret i Helse Sør-Øst RHF i sak 119-2020.

I statsbudsjettet for 2021 foreslo Regjeringen å opprette 100 nye LiS 1-stillinger, hvorav 50 av stillingene skal ha virkning fra høsten 2021 og de resterende 50 stillingene skal opprettes våren 2022. Videre foreslo regjeringen å bevilge 26,5 millioner kroner til de nye LiS 1-stillingene. Stortinget fattet bevilgningsvedtak om dette, og Helse Sør-Øst sin andel utgjør 27 nye stillinger med oppstart 1. september 2021 og 27 stillinger med oppstart 1. mars 2022.

I forbindelse med fordelingen av de midlertidige LiS 1-stillingene i 2020, ble det innhentet informasjon fra helseforetakene i regionen om hvor mange stillinger det er mulig å etablere. Denne kartleggingen er det tatt hensyn til i fordelingen av de nye, faste stillingene fra 2021. I tillegg er det vurdert i hvilken grad helseforetakene kan opprette stillinger med 3-delt tjeneste (medisin, kirurgi og psykisk helsevern), det er sette hen til hvor mange LiS 1-stillinger helseforetakene har fra før og det er også sett hen til hvilket befolkningsgrunnlag det enkelte helseforetak har ansvar for.

Når hele økningen på 100 faste, nye LiS 1-stillinger er på plass høsten 2022, vil det totale antallet LiS1-leger i spesialisthelsetjenesten i Helse Sør-Øst være 474. Antallet nasjonalt vil på samme tid være 1088 og dette er en økning på om lag 15 prosent sammenlignet med våren 2020. Økningen skal bidra til å dekke nåværende og fremtidige behov for utdanning av leger til kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Når økningen på 100 nye stillinger er fullt innført, vil den årlige kostnaden være om lag 206 millioner kroner.

Ved årsskiftet 2020/2021 har regionen 4 ubenyttede LiS 1-stillinger i forhold til tildelte hjemler fra Helsedirektoratet. Det er viktig at helseforetakene benytter alle tildelte hjemler, og de 4 ubenyttede stillingene legges derfor til fordelingen av de 54 nye stillingene. Tabellen under viser følgende fordeling av totalt 58 stillinger. Stillingene fordeles med tilhørende finansiering i 2021 innen rammene av tilskuddet i statsbudsjettet, og fordelingen er vist i tabellen under.

Helseforetak	Antall LiS 1 per år	Fordeling nye stillinger	Totalt antall LiS 1 per år
Akershus universitetssykehus HF	54	16	70
Oslo universitetssykehus HF	30	10	40
Sykehuset Innlandet HF	80	0	80
Sykehuset i Vestfold HF	36	2	38
Sykehuset Telemark HF	40	0	40
Sykehuset Østfold HF	44	6	50
Sørlandet sykehus HF	52	8	60
Vestre Viken HF	64	14	78
Diakonhjemmet Sykehus AS (samarbeider med Lovisenberg Diakonale Sykehus AS)	16	2	18
Totalt	414	58	474

14. Utdanningsstillinger for intensivsykepleiere i Helse Sør-Øst

Følgende oppdrag for 2021 er gitt fra Helse- og omsorgsdepartementet:

«Kompetanse og kapasitet i intensivbehandling skal styrkes. Dette omfatter blant annet at Helse Sør-Øst RHF skal opprette minst 54 nye utdanningsstillinger i intensivsykepleie. Utdanningsstillingene skal opprettes i tillegg til eksisterende utdanningsstillinger i intensivsykepleie i Helse Sør-Øst RHF. Samarbeid med UH-institusjonene skal vektlegges i gjennomføringen av oppdraget.»

Oppdraget ses i sammenheng med oppdrag om å utarbeide en behovsanalyse og plan for å sørge for tilstrekkelig tilgang til intensivsykepleiere på kort, mellomlang og lang sikt, og oppdraget om å utrede fremtidig behov for intensivkapasitet i spesialisthelsetjenesten.

I forbindelse med Covid-19 pandemien ble det gjort en kartlegging av antallet intensivsykepleiere som arbeider ved intensivpostene i helseforetakene i regionen. I etterkant er det også kartlagt antallet intensivsykepleiere som arbeider ved intermediær-, postoperative- og oppvåkningsenheter.

Det er ansatt om lag 1 200 intensivsykepleiere ved intensivenehetene i regionen. Gjennomsnittlig stillingsprosent er 79 %. Svært mange av intensivsykepleierne arbeider ekstravakter, slik at det er usikkert hvor mye det er mulig å mobilisere av ekstra kapasitet. Andelen intensivsykepleiere over 60 år utgjør nærmere 14 prosent av intensivsykepleiere som er tilknyttet intensivenehetene. Med dagens organisering kreves det i overkant av 5 hele stillinger for å dekke en intensivseng per døgn, hvis en ser bort fra fravær og utfordringer knyttet til helgebemannning. Det er i tillegg 267 intensivsykepleiere som er ansatt ved andre enheter enn intensivenehetene i regionen.

Høsten 2020 ble det også foretatt en kartlegging av antall utdanningsstillinger i intensivsykepleie i helseforetakene i regionen. Innrapportert tall fra helseforetakene vises i tabellen under.

Helseforetak	Utdanningsstillinger intensivsykepleie høsten 2020
Akershus universitetssykehus HF	17
Oslo universitetssykehus HF	41
Sykehuset Innlandet HF	14
Sykehuset i Vestfold HF	12
Sykehuset Telemark HF	3
Sykehuset Østfold HF	9
Sørlandet sykehus HF	15
Vestre Viken HF	13
Totalsum	124

Helse Sør-Øst RHF er som omtalt over pålagt å opprette 54 nye utdanningsstillinger i intensivsykepleie gjennom oppdragsdokumentet for 2021. Basert på foretatte kartlegginger av intensivsykepleiere i regionen, antall utdanningsstillinger i regionen, utdanningsinstitusjonenes kapasitet og fremtidig behov, mener administrerende direktør at det må opprettes ytterligere 10 nye utdanningsstillinger i intensivsykepleie, slik at det totalt sett opprettes 64 nye utdanningsstillinger i 2021. Dette kommer i tillegg til de utdanningsstillingene som helseforetakene alt har i sine planer for 2021.

Det vil være noe utfordrende for helseforetakene å opprette flere utdanningsstillinger enn det som allerede er planlagt i løpet av 2021, grunnet at budsjettprosessene allerede er slutført. Det er ikke ønskelig med en omprioritering slik at annen utdanningsaktivitet nedprioriteres, men at opprettelse av nye utdanningsstillinger kommer i tillegg til øvrige prioriteringer. Helse Sør-Øst RHF vil med bakgrunn i dette gi et tilskudd for 2021, for å

finansiere opprettelsen av de 64 nye utdanningsstillingene. Det vil være noe ulike oppstartstidspunkter for studiene i de ulike helseforetakene, og Helse Sør-Øst RHF setter av midler tilsvarende halvårseffekt for 2021.

Økt utdanningskapasitet forutsetter at det opprettes flere praksisplasser. Helseforetakene har gjennom de kartlegginger som er utført, gitt tilbakemelding om at det kan bli utfordrende med økning i praksisplasser dersom det ikke settes av ekstra ressurser til dette. Helse Sør-Øst RHF vil på denne bakgrunn tildele midler til frikjøp av praksisveiledere, slik at flere praksisplasser kan opprettes. Videre skal dette stimulere til at nye og mer effektive veiledningsmodeller kan utprøves og innføres.

Helse Sør Øst RHF setter med bakgrunn i dette av inntil 20 millioner som tilskudd for finansiering av utdanningsstillinger innen intensivsykepleie og styrking av praksisveiledning for 2021. En vil komme tilbake til behov for ytterligere finansiering i forbindelse med budsjettprosessen for 2022.

Fordeling av nye utdanningsstillinger innen intensivsykepleie er som vist i tabellen under.

Helseforetak	Nye utdanningsstillinger intensivsykepleie 2021
Akershus universitetssykehus HF	12
Oslo universitetssykehus HF	14
Sykehuset Innlandet HF	6
Sykehuset i Vestfold HF	4
Sykehuset Telemark HF	4
Sykehuset Østfold HF	8
Sørlandet sykehus HF	6
Vestre Viken HF	10
Totalsum	64

Ved fordeling av nye utdanningsstillinger er det sett hen til hvilket befolkningsgrunnlag det enkelte helseforetak har ansvar for, antallet intensivsenger per 100 000 innbygger og muligheten til å opprette nye/flere praksisplasser høsten 2021.

15. Oppgjør private helsetjenester 2020

I styresak 104-2020, *Private avtaleparter innen rehabilitering*, ble styret orientert om hvordan Covid-19 pandemien har påvirket de private avtalepartene innen rehabilitering. Styret vedtok en innretning på en kompensasjonsordning for å ivareta oppdraget fra foretaksmøtet den 17. april 2020, og administrerende direktør fikk fullmakt til å benytte inntil 130 millioner kroner utover ordinær avregning innen rehabilitering.

Styret ga sin tilslutning til følgende prinsipper:

- Kontantstøtte til ideelle avtaleparter
- Redusert krav til belegg
- Særskilt kompensasjon

I tillegg har Helse Sør-Øst RHF sett hen til hvilke ytelser som ble prioritert av Helsedirektoratet i prioriteringsnotat av 19. mars 2020.

Gjennom Covid-19 pandemien har Helse Sør-Øst RHF hatt løpende dialog med avtalepartene, både gjennom fellesmøter, individuelle møter, skriftlig informasjon og gjennom besvarelse av løpende henvendelser. I oktober 2020 avholdt Helse Sør-Øst RHF individuelle møter med samtlige 29 avtaleparter innen rehabilitering. Hensikten med disse møtene var å informere om styrets beslutning og gi informasjon om estimert kompensasjon og forventet tilbakebetaling for 2020.

Helse Sør-Øst RHF er i slutfasen med den endelige avregningen for 2020. Avtalepartene har i 2020, i likhet med øvrige år, varierende grad av måloppnåelse i forhold til inngått avtale. Dette har blant annet sammenheng med at avtalepartene har avtaler innen ulike spesialiteter, at Covid-19 pandemien har truffet avtalepartene ulikt og at avtalepartene har tilpasset seg på ulike måter. Det er imidlertid positivt å se at det i hovedsak var en økende aktivitet hos de private avtalepartene gjennom siste halvår.

Den økonomiske verdien av de ordinære avtalene innen rehabilitering er på i overkant av 1 400 millioner kroner i 2020. Det foreslås en kompensasjon på om lag 132 millioner kroner. Det er gjort noen siste oppdateringer av grunnlaget for de ulike prinsippene og elementene som den samlede kompensasjonsordningen bygger på etter gjennomgang med avtalepartene, og det er dette som har økt beløpet noe i forhold til opprinnelig estimat fremlagt for styret i styresak 104-2020. Helse Sør-Øst RHF har stilt krav om tilbakebetaling på i overkant av 90 millioner kroner fra de private avtalepartene. Tilbakebetalingen har sammenheng med at avtalepartene får månedlig a-konto utbetaling på 1/12 av avtaleverdien uavhengig av utført aktivitet.

Helse Sør-Øst RHF har betydelige avtaler også innen psykisk helsevern (ca. 600 millioner kroner) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (ca. 1 200 millioner kroner). I tråd med styringssignalene har avtalepartene innen disse områdene i stor grad klart å opprettholde aktiviteten på et høyt nivå gjennom 2020. For å ivareta avtalepartene i den krevende perioden og for å likebehandle avtalepartene, mener administrerende direktør at kravet til belegg også innen disse fagområdene må reduseres fra 95 til 90 prosent. I tillegg er det behov for særskilt kompensasjon til to avtaleparter. Samlet for disse to fagområdene vil kompensasjonen for 2020 være på 21,8 millioner kroner, hvorav 19,4 millioner kroner er knyttet til redusert krav til belegg.

16. Lukket kontrollhøring om Riksrevisjonens undersøkelse av helseforetakenes forebygging av angrep mot sine IKT-systemer

Kontroll- og konstitusjonskomitéen avholdt 22. februar 2021 en lukket kontrollhøring om Riksrevisjonens undersøkelse av helseforetakenes forebygging av angrep mot sine IKT-systemer. Høringen var lukket slik at den kunne omfatte gradert informasjon.

Komiteén hadde besluttet at høringen skulle omhandle, men ikke begrense seg til, følgende problemstillinger:

1. Hvordan er ansvaret for IKT-sikkerheten delt mellom aktørene i spesialisthelsetjenesten og hvordan fungerer samordning, ansvars- og oppgavefordelingen?
2. Bidrar de regionale IKT-leverandørene og helseforetakenes sikkerhetsstyring til å opprettholde et forsvarlig sikkerhetsnivå?
3. Hvordan tilrettelegger og følger de regionale helseforetakene opp at helseforetakene kan beskytte seg mot dataangrep?
4. Hvordan følger Helse- og omsorgsdepartementet opp IKT-sikkerhetsområdet i spesialisthelsetjenesten, og hvilke virkemidler tas i bruk?

Helse- og omsorgsminister Bent Høie deltok i høringen.

Fra Helse Sør-Øst deltok administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF, administrerende direktør i Sykehuset Østfold HF og administrerende direktør i Sykehuspartner HF.

Fra de øvrige regionene deltok de administrerende direktørene i hhv. Helse Nord RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Vest RHF. Fra Helse Vest RHF deltok også tidligere administrerende direktør. Videre deltok administrerende direktør ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF og administrerende direktør i Helse Nord IKT HF.

Direktoratet for e-helse deltok med fungerende direktør og Norsk Helsennett SF deltok med administrerende direktør.

Hver av de inviterte deltakerne kunne også ha med en bisitter.

Det vil bli utarbeidet referat fra høringen.

17. Deltakelse fra tillitsvalgte, vernetjeneste og brukere i prosjektstyrer

Ved behandling av styresak 124-2020 Oslo universitetssykehus HF – oppstart forprosjekt for Nye Aker og Nye Rikshospitalet, ga styret administrerende direktør fullmakt til å fastsette mandat for prosjektstyret for prosjektet. Styret utpekte leder av prosjektstyret og vedtok at det skal være to medlemmer i prosjektstyret utpekt av de ansattes organisasjoner. Øvrige medlemmer i prosjektstyret utpekes av administrerende direktør.

De ansattes organisasjoner ved Oslo universitetssykehus HF har i brev av 30. november 2020 til Helse Sør-Øst RHF, bedt om å få fire representanter i prosjektstyret. Av denne grunn foreslo administrerende direktør at de ansattes organisasjoner kunne få to medlemmer og en observatør (med tale- og forslagsrett), alternativt to medlemmer og to varamedlemmer (som får tilsendt alle saksdokumentene) i prosjektstyret. Dette var en løsning som ble ansett å være innenfor styrets vedtak. De ansattes organisasjoner ved Oslo universitetssykehus HF har i brev av 22. desember 2020 til administrerende direktør i Oslo universitetssykehus HF med Helse Sør-Øst RHF på kopi, fastholdt sitt standpunkt om fire representanter i prosjektstyret hvorav en fra hver av de tre største organisasjonene og en representant i tillegg.

I tidligere prosjekter av tilsvarende karakter har også administrerende direktør fått fullmakt til å utnevne prosjektstyrer. Dette gjelder blant annet for nytt sykehus i Drammen, Vestre Viken HF, jf. styresak 006-2017 og for nybygg psykisk helsevern i Kristiansand, Sørlandet sykehus HF, jf. styresak 055-2016, samt for nytt klinikkbygg og protonsentor ved Radiumhospitalet, Oslo universitetssykehus HF, jf. styresak 097-2019. Dette er prosjekter som nå er i gjennomføringsfase.

I Helse Sør-Øst har det i tidligere regionale byggeprosjekter ikke vært praksis at tillitsvalgte, vernetjeneste eller brukere har vært representert i prosjektstyrene. Tillitsvalgte, vernetjeneste og brukerrepresentanter har imidlertid hatt betydelige roller i helseforetakenes virksomhetsutviklings- og mottaksprosjekter, samt i medvirkningsgrupper og referansegrupper som leverer inn bidrag til byggorganisasjonen. Dette gjelder både i byggeprosjekter hvor Helse Sør-Øst RHF er prosjekteier og i byggeprosjekter hvor helseforetakene er prosjekteier.

På tross av tidligere praksis fremsatte administrerende direktør i nevnte styresak 124-2020, forslag om at det skulle være representasjon fra tillitsvalgte i prosjektstyret for Nye Aker og Nye Rikshospitalet. I tillegg ble det foreslått en brukerrepresentant som observatør. Dette medfører større involvering av tillitsvalgte enn tidligere og administrerende direktør har sett det som naturlig at dette gjelder alle byggeprosjektene hvor Helse Sør-Øst RHF er prosjekteier. Det vil være ulike forhold som avgjør hvordan tillitsvalgte, vernetjeneste og brukere fordeler seg på ulike virksomhets- og mottaksprosjekter, samt medvirkningsgrupper og referansegrupper i forbindelse med byggeprosjekter. Videre kan det også være aktuelt med ulik representasjon i de ulike fasene i et byggeprosjekt.

Styret i Vestre Viken HF har i sak 5/2021 anmodet Helse Sør-Øst RHF om at tillitsvalgte og vernetjenesten blir representert i prosjektstyret for nytt sykehus i Drammen, og at brukerutvalgets leder deltar som observatør i prosjektstyret.

Styret i Helse Sør-Øst RHF har generelt ikke tatt stilling til hvordan representasjonen i prosjektstyrene for regionale byggeprosjekter skal være, verken i antall eller fordeling blant aktuelle parter. Administrerende direktør som prosjekteier, eller helseforetaket som prosjekteier, vurderer representasjonen i hvert enkelt tilfelle og i mandatet for prosjektstyrene. Administrerende direktør mener at det fortsatt ikke er behov for en generell regulering av representasjonen i prosjektstyrene. På bakgrunn av henvendelsene det vises til ovenfor, har administrerende direktør diskutert saken i direktørmøtet med de administrerende direktørene i helseforetakene i regionen. Videre har Helse Sør-Øst RHF innhentet erfaringer fra andre regioner som viser en variasjon fra at prosjektstyrene ikke har representasjon fra tillitsvalgte/vernetjeneste, til at det er 1-2 representanter fra tillitsvalgte/vernetjeneste. Basert på de diskusjoner som har vært med andre regioner og de administrerende direktørene i helseforetakene i regionen, orienteres herved styret om de vurderinger som er gjort.

Oslo universitetssykehus HF legger ned et betydelig arbeid med virksomhetsutvikling og forankring i forbindelse med de nye byggeprosjektene for Nye Aker og Nye Rikshospitalet. I arbeidet med forprosjektet og dermed også i sakene i prosjektstyret for Nye Aker og Nye Rikshospitalet, vil det bli foretatt avklaringer og gjort prioriteringer innenfor besluttet konsept. I flere av disse sakene vil det finnes ulike alternativer for innlemming i forprosjektet. Med bakgrunn i den pågående reguleringen, utredningsarbeidet som er utført av Oslo universitetssykehus HF i forkant av oppstart forprosjekt og på grunn av erfaringene

fra Covid-19 pandemien, er det viktige avklaringer og prioriteringer som skal gjøres i forprosjektet. Det er således gode argumenter for å forsterke representasjonen av tillitsvalgte og vernetjeneste i den forbindelse, slik at forankringen skjer både lokalt i helseforetaket og ved behandling av saker i prosjektstyret. Ansattorganisasjonene ved Oslo universitetssykehus HF har pekt på hvilken representasjon de mener best ivaretar disse forholdene. Administrerende direktør mener det i denne saken og i den fasen prosjektet er i nå, er riktig å imøtekomme dette ønsket slik at prosjektstyret får tre representanter fra de ansattes organisasjoner og en representant fra vernetjenesten fra Oslo universitetssykehus HF. Mandatet for Nye Aker og Nye Rikshospitalet vil følgelig oppdateres med dette. Det presiseres at brukerutvalget allerede er representert i prosjektstyret med en observatør.

Når det gjelder byggeprosjekter som er i gjennomføringsfase er det viktig å påpeke at prosjektstyrets ansvar ligger i gjennomføring til tid, kost og kvalitet. Rom for endringer er da i utgangspunktet lukket og det betyr at det er mindre behov for avklaringer og prioriteringer. I tillegg er det fra prosjektstyrenes ledere påpekt at det er viktig at prosjektstyrene ikke blir for store, slik at det er effektive beslutningsorganer. På denne bakgrunn og basert på de diskusjoner det er henvist til over, mener administrerende direktør at det bør være tilstrekkelig med to representanter fra tillitsvalgte/vernetjeneste i prosjektstyrene for gjennomføringsprosjekter, i tillegg til en observatør fra brukerutvalget. Dette vil da gjelde for de gjennomføringsprosjektene som er nevnt over.

18. Ansattvalgte medlemmer til styret

Det er ny valgperiode fra og med 16.03.2021 til og med 15.03.2023. De ansatte i foretaksgruppen velger tre medlemmer, med varamedlemmer, til styret for Helse Sør-Øst RHF. Styret oppnevnte valgstyret for gjennomføringen av valget i sak 147-2020.

Valgprosessen er nå gjennomført. Valgresultatet er slik:

Styremedlemmer:

Kirsten Brubakk, Sykehuset Østfold HF
Lasse Bent Sølvberg, Sykehuset Innlandet HF
Christian Grimsgaard, Oslo universitetssykehus HF

Varamedlemmer:

1. Irene Kronkvist, Vestre Viken HF
2. Mette Vilhelmshaugen, Sunnaas sykehus HF
3. Rolf-André Oxholm, Oslo universitetssykehus HF
4. Hanne Indregard Lind, Sunnaas sykehus HF
5. Cathrin Snare, Oslo universitetssykehus HF

Alle innvalgte (faste og vara) innehar for tiden rollen som konserntillitsvalgte.

Valgstyret har hatt tre møter. Valget er gjennomført i samsvar med gjeldende «valgforskrift» hjemlet i Helseforetaksloven.

De fem hovedorganisasjonene krevde i felleskap at valget ble gjennomført som et forholdstallsvalg. Det innkom et felles listeforslag fra fire av hovedorganisasjonene (Unio,

LO, Akademikerne og YS). Listen tilfredsstilte valgforskriftens bestemmelser for listeforslag og bestemmelser for fastsetting av valgresultatet.

Enhver ansatt har klageadgang på gjennomføringen av valget, klagefristen er 17.03.2021.

Endringen i styrets sammensetning med hensyn til vararepresentanter vil bli meldt Brønnøysundregistrene.

19. 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 langtidspan 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

Sak og dato	Oppfølging	Tiltak	Status
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
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 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 arbeidet med økonomisk langtidsplan 2022-2025. Dialog med de to private ideelle sykehusene mtp. krav om full innfasing av inntektsmodellen.	Under oppfølging Under oppfølging
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.	Forholdet mellom innsatsstyrt finansiering og basisbevilgning utredes som del av arbeidet med økonomisk langtidsplan 2022-2025.	Under oppfølging
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

Sak og dato	Oppfølging	Tiltak	Status
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 ivarettatt på en god måte. Dette kan etter en risikovurdering være gjenstand for revisjon.	Oppmerksomhet på samarbeidsforholdene mellom store og små sykehus i et helseforetak tas inn som krav ved rullering av utviklingsplanene.	Under oppfølging
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.	Under oppfølging
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.	Mandatet er oppdatert

Sak og dato	Oppfølging	Tiltak	Status
004-2021 Driftsorienteringer fra administrerende direktør 15. januar 2021	<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.	Høringsprosess blir gjennomført. Styrets innspill ivaretas i høringsbrevet.	Under oppfølging Er ivaretatt i høringsbrev
007-2021 Foreløpig virksomhetsrapport per desember 2020 4. februar 2021	Styret ønsker at det ses nærmere på de enkeltforløpene innen pakkeforløp kreft hvor måltall ikke nås, slik at dette kan danne grunnlag for kontinuerlig forbedring. Styret ba om nærmere analyser av bemanningsutfordringene, herunder bruk av innleie og deltid i sykehusene. Forsinkelser i IKT-investeringene må følges opp.		Under oppfølging

Sak og dato	Oppfølging	Tiltak	Status
008-2021 Oppdragsdokument 2021 fra Helse- og omsorgsdepartementet og protokoll fra foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 14. januar 2021 - oppdrag og bestilling 2021 til helseforetakene i Helse Sør-Øst 4. februar 2021	Styret ber administrerende direktør følge opp at helseforetakene innfrir prioriteringsregelen både for kostnader og aktivitet. Styret pekte på at det i oppdragsdokumentet for Helse Sør-Øst RHF er angitt at nominell kostnadsvekst i 2019 skal sammenlignes med det samme i 2021. Styret mener at det blir mer riktig om man sammenligner reell kostnadsvekst i begge disse årene. For aktivitetsvekst ber styret om at aktivitetsutviklingen skal ta utgangspunkt i nivået i 2019. Styret ba om at innledningen i oppdragsdokumentet adresserer at etniske minoriteter skal ivaretas, herunder behovet for økt kulturell kompetanse for helsepersonell. Målet om likeverdige helsetjenester for alle skal vektlegges. Styret drøftet kravet om heltidskultur og økning av utdanningsstillinger. Det ble vist til kommende styresak om regional plan for utdanning og kompetanse, og temasak om utvikling innen bemanningsområdet.	Innarbeides i oppdrag og bestilling 2021 til helseforetakene i regionen. Tas som del av regional plan for utdanning og kompetanse og i sak om styringssystemer og utvikling innen bemanningsområdet.	Er ivaretatt i oppdrag og bestilling 2021 til helseforetakene Er innarbeidet i årsplan styresaker
009-2021 Regional delstrategi pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 4. februar 2021	Styret ba om at det ble presisert at målgruppen for strategien inkluderer alle medarbeidere og at det også presiseres at det skal arbeides for en åpen meldekultur.	Oppdatere strategien.	Strategien er oppdatert.
011-2021 Revisjonsplan 2021 for konsernrevisjonen Helse Sør-Øst 4. februar 2021	Styret ba om at det i et senere styremøte blir gitt orientering om revisjonene angående varsling slik revisjonsutvalget fikk i sitt siste møte.	Ivaretas av revisjonsutvalget.	Innarbeides i årsplan styresaker

Sak og dato	Oppfølging	Tiltak	Status
013-2021 Driftsorienteringer fra administrerende direktør 4. februar 2021	I neste møte vil styreleder orientere nærmere om rentebetingelsene på lån Helse Sør-Øst RHF har.		Temasak i styremøtet 11. mars 2021

20. 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 Nicholas Wilkinson (SV) til helse- og omsorgsministeren

Dokument nr. 15:1209 (2020-2021)

Innlevert: 05.02.2021

Sendt: 08.02.2021

Besvart: 15.02.2021 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Nicholas Wilkinson (SV): Mener statsråden det er rett at psykiske helsetilbud for unge, slik som Kringsjåtunet, nå legges ned midt i en pandemi som rammer unges psykiske helse så kraftig som det har vist seg å gjøre, og vil statsråden gjøre for å forhindre nedleggelsen?

Begrunnelse

Kringsjåtunet er et av helseforetakets i Sykehuset Innlandet sitt døgntilbud for ungdom, i alderen 12 - 18 år, innen psykisk helsevern. Enkelte av plassene er for ungdom med alvorlige spiseforstyrrelser. Det er også en egen skoleenhet i tilknytning til institusjonen. Sykehuset Innlandet vil nå legge ned Kringsjåtunet og kutte i antall døgnplasser for unge. En del barn og unge trenger å komme bort fra skolemiljøet eller hjemmesituasjonen for å få forsvarlig helsehjelp og være i stand til å ta imot opplæringstilbud. Ambulante team skal erstatte dagens tilbud. Under koronakrisa sliter enda flere barn og unge med psykiske lidelser, og tilfellene blir stadig mer alvorlige. Å legge ned psykiske helsetilbud for barn og unge vil kunne få dramatiske konsekvenser for de som rammes.

Svar

Bent Høie: Jeg er helt enig med representanten Nicholas Wilkinson i at det er behov for gode tjenester til barn og unge med psykiske lidelser også under pandemien. Barn og unge som har psykiske vansker/lidelser og/eller rusmiddelproblemer og er i behandling eller oppfølging, har behov for stabilitet og forutsigbarhet i relasjoner til andre. Vi vet også at noen vil kunne oppleve forverret tilstand under og etter pandemien og kan ha økt behov for hjelp og bistand. Jeg har derfor vært tydelig i mine anbefalinger til helse- og omsorgstjenestene om at barn og unge som har behov for behandling og oppfølging i helse- og omsorgstjenesten, skal sikres et helsetilbud, også under koronapandemien. Regjeringen har også iverksatt mange tiltak rettet mot sårbare barn og unge, og helsemyndighetene følger nøye med for å vurdere behov for ytterligere tiltak. Dette vil jeg i tilfelle komme tilbake til Stortinget om.

Det er de regionale helseforetakene som har ansvar for å planlegge og dimensjonere spesialisthelsetjenester. De skal sørge for at døgnkapasiteten innen psykisk helsevern er tilstrekkelig til enhver tid, men også sørge for en god balanse mellom døgn og poliklinisk/ambulante tjenester. De skal også legge nasjonale føringer til grunn. Samarbeid mellom tjenestenivåene er sentralt både i planlegging og gjennomføring av endringer. Dette er også tydeliggjort gjennom Nasjonal helse- og sykehusplan og opprettelsen av de nye helsefellesskapene. Jeg forutsetter og har tillit til at de planlegger og videreutvikler tjenestene basert på den beste tilgjengelige kunnskapen til et hvert tidspunkt, og at de samarbeider med kommunene og andre relevante aktører også om gjennomføring.

Jeg viser også til mitt svar på spørsmål 1110 fra representanten Aud Hove om Kringsjåtunet. Dette spørsmålet ble forelagt Helse Sør-Øst, og dette er også et underlag for mitt svar til representanten Wilkinson. Ifølge Helse Sør-Øst har divisjon Psykisk helsevern i Sykehuset Innlandet gjennomført en grundig prosess for å sikre en helhetlig utvikling av det framtidige tilbudet innenfor psykisk helsevern for barn og unge. Både ansatte, tillitsvalgte og representanter fra kommunehelsetjeneste har vært med i prosessen, der det er vurdert ulike forslag til endringer, deriblant flytting av døgnplasser fra Kringsjåtunet til divisjonens barne- og ungdomspsykiatriske avdeling på Sanderud. Mange unge får god hjelp både på poliklinikk og ved døgnenheter. Flere får likevel ikke det tilbudet som er best tilpasset den enkeltes behov. Sykehuset Innlandet HF viser også til at i gjennomsnitt seks av ti døgnplasser innen psykisk helsevern for barn og unge var i bruk i 2019 og 2020. De ønsker å samle tilbudene i et større fagmiljø for å kunne tilby et bredere tilbud til flere barn og unge som trenger døgnbehandling. Jeg har fått opplyst at de planlagte endringene ikke vil medføre økonomiske innsparinger, men at ressursene vil benyttes slik at flere barn og unge kan få tilbud om hjelp. Dette innebærer blant annet at døgnplassene ved Kringsjåtunet flyttes og samlokaliseres med døgntilbudet ved avdelingen på Sanderud. Døgnplassene legges altså ikke ned. Sykehuset Innlandet HF understreker at barn- og unge vil ivaretas i en egen, ny og moderne enhet ved sykehuset på Sanderud, adskilt fra voksne pasientgrupper. De viser også til at det over mange år har vært behandlingstilbud for ungdom på Sanderud, og erfaringen er at ungdoms særskilte behov ivaretas godt. Enhetene på Sanderud har også et skoletilbud, på lik linje med tilbudet ved Kringsjåtunet. Tilbudet er godt integrert i dagens behandlingstilbud, og vil være det også videre fremover. Tilbudet skal også videreutvikles. Ambulante team er en del av det helhetlige behandlingstilbudet som vil være tilknyttet ulike enheter og jobbe aktivt ute i pasientenes nærmiljø. Denne typen ambulant arbeid omtales andre steder som «hjemmesykehus». Akutt-team har vist seg å kunne forebygge innleggelser og ha en viktig rolle i behandlingen mellom døgn og poliklinikk. Sykehuset Innlandet HF understreker også at de legger føringene fra Nasjonal helse- og sykehusplan til grunn i sitt arbeid, og viser til at barn og unge er en av de prioriterte gruppene i helsefellesskapene. I omstillingsarbeidet legger de vekt på individuelle tilpasninger for pasientene gjennom samvalg og brukermedvirkning, og videreutvikling av samarbeidet mellom tjenestenivåene.

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

Dokument nr. 15:1178 (2020-2021)

Innlevert: 03.02.2021

Sendt: 04.02.2021

Besvart: 10.02.2021 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Hege Haukeland Liadal (A): Er statsråden fornøyd med at de ideelle tappes for egenkapital mens RHF'ene bruker lang tid på å finne løsninger, samt at de kommersielle har fått sitt oppgjør for 2020?

Begrunnelse

Under pandemien har mange ideelle helseaktører slitt pga tapte inntekter og kjøp av tjenester fra spesialisthelsetjenesten. De kommersielle har Regjeringen sikret inntektstapet for men ikke for de ideelle. Noe som framstår underlig sett at Regjeringen har et uttalt mål og krav til de ulike RHF'er om økt bruk/kjøp av tjenester fra de ideelle. De ideelle aktørene må selv gå en og en i møter med helseforetagsledelse og fremme sine krav om økonomisk kompensasjon. Mange ideelle melder tilbake at de enda ikke har fått kompensert for tapte inntekter og økte utgifter i 2020. Statsråden har gitt RHF'ene beskjed - men det følges ikke opp, eller det lar vente på seg noe som er svært alvorlig for de enkelte ideelle aktører.

Svar

Bent Høie: Jeg har innhentet informasjon fra alle de fire regionale helseforetakene om status og prosess for håndtering av kompensasjon for økonomiske konsekvenser av pandemien hos deres avtaleparter. Alle regioner har hatt både muntlig og skriftlig dialog med sine avtaleparter om dette fra et tidlig tidspunkt i pandemien. Som følge av at virksomhetene i til dels svært ulik grad har vært berørt av pandemien, at det foreligger ulike avtaler med de enkelte virksomhetene og av hensynet til en åpen dialog rundt den enkelte virksomhets situasjon, har møter som har vedrørt konkret grunnlag og innretning på kompensasjonen naturlig nok blitt gjennomført kun med representanter fra det regionale helseforetaket og den aktuelle virksomheten.

Smittesituasjonen og dens innvirkning på daglig drift hos de ulike virksomhetene har vært både uforutsigbar og varierende gjennom 2020, noe som har bidratt til at det har vært nødvendig å følge utviklingen over tid for å kunne ta stilling til både behov, innretning og beregning av kompensasjon til de private ideelle. Alle regioner bekrefter imidlertid at de i utgangspunktet har betalt ut månedlige akontobeløp til virksomhetene i tråd med den opprinnelige ytelsesplanen for 2020, med mindre annet har blitt avtalt mellom virksomheten og det regionale helseforetaket. Virksomhetene er følgelig hovedsakelig blitt tilført likviditet underveis i året uavhengig av eventuell aktivitetssvikt (dvs. som i et normalår). Informasjon fra Helse Sør-Øst RHF tilsier at de er i ferd med å ferdigstille avregningen for 2020 i disse dager, mens de øvrige tre regionene langt på vei har ferdigstilt arbeidet med kompensasjonen for 2020. Flere av regionene påpeker at de ikke kjenner seg igjen i beskrivelsen av situasjonen i stortingsrepresentantens spørsmål.

Skriftlig spørsmål fra Åshild Bruun-Gundersen (FrP) til helse- og omsorgsministeren

Dokument nr. 15:1167 (2020-2021)

Innlevert: 02.02.2021

Sendt: 03.02.2021

Besvart: 08.02.2021 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Åshild Bruun-Gundersen (FrP): Hva gjør statsråden for å sikre få fortgang i bruken av de øremerkede midlene til kjøp av privat kapasitet i spesialisthelsetjenesten, for å redusere helsekøene?

Begrunnelse

Gjennom budsjettforliket for 2021 mellom regjeringen og Fremskrittspartiet ble det bevilget 250 øremerkede millioner kroner til kjøp av privat kapasitet for å redusere helsekøene. Dette kommer i tillegg til de 600 millionene som ble bevilget i revidert nasjonalbudsjett for 2020. Fremskrittspartiet er svært misfornøyd med hvor lite av penger som ble brukt til kjøp av privat kapasitet i korona-året 2020, til tross for at vi også da fikk forhandlet inn midler til dette. Det er derfor viktig for oss å påse at årets midler raskt går til det formålet det er tiltenkt.

Svar

Bent Høie: Det er riktig som representanten skriver, at bevilgningene til de regionale helseforetakene er økt med 250 mill. kroner i 2021 for å øke omfanget av kjøp av tjenester hos private aktører for å redusere ventetider. Jeg har fulgt opp dette gjennom å gi de regionale helseforetakene i oppdrag å øke omfanget av kjøp av tjenester fra private sammenliknet med 2020 minst tilsvarende dette beløpet, målt i faste priser. Oppdragsdokumentet for 2021 ble lagt fram 14. januar 2021. De regionale helseforetakene må disponere midlene basert på vurderinger av befolkningens behov for spesialisthelsetjenester, den tilgjengelige kapasiteten i egne helseforetak og eksisterende avtaler med private, samt kapasiteten i det private markedet.

Jeg viser til at Stortinget har bedt regjeringen redegjøre for bruken av disse midlene i forbindelse med fremleggelsen av revidert nasjonalbudsjett for 2021. Jeg har derfor bedt de regionale helseforetakene om å i forkant av dette redegjøre skriftlig for departementet for hvordan bevilgningsøkningen knyttet til kjøp fra private benyttes, samt for budsjettet for kjøp av tjenester fra private i 2021 som helhet.

Skriftlig spørsmål fra Rigmor Aasrud (A) til helse- og omsorgsministeren

Dokument nr. 15:1146 (2020-2021)

Innlevert: 01.02.2021

Sendt: 01.02.2021

Besvart: 09.02.2021 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Rigmor Aasrud (A): Vil Høyres slagord om "Pasienten først" være førende for hvordan statsråden vil vurdere hvilket helseforetak pasientene i regionen skal få sitt tilbud fra ?

Begrunnelse

I Innlandet har styringsgruppa for nytt hovedsykehus sin innstilling skapt stor uro. Etter en lang prosess lykkes daværende styreleder Anne Enger å få enighet om et mål bilde og at et nytt hovedsykehus skulle lokaliseres ved Mjøsbua.

Nåværende styreleder uttalte at han opplever at denne enigheten var en skinnenighet etter at styringsgruppa anbefalte en annen plassering enn det daværende styret i Sykehuset Innlandet pekte på.

Den foreslåtte plasseringen gjør at deler av Vestoppland vil få kortere vei til flere sykehus i Oslo og Viken, noe som har ført til at flere kommuner varsler at de vil bytte til et helseforetak som ligger nærmere deres innbyggere om helseministeren følger opp styringsgruppas anbefalinger. Flyttinger til andre foretak er tidligere godkjent da Kongsvinger regionen ble overført til A-hus etter ønske fra kommunene i området.

I et intervju med avisen OA sier direktør for eierstyring i Helse Sør-Øst, Tore Robertsen – Det er ikke slik at kommuner på egen hånd kan bestemme hvilket helseforetak deres innbyggere skal søke til.

Svar

Bent Høie: Hovedregelen er at det ligger til de regionale helseforetakenes ansvar å vurdere og avgjøre hva som er mest hensiktsmessig organisering av underliggende helseforetak, og å beslutte deres opptaksområder. Det følger imidlertid av helseforetaksloven §30, pkt 6., at "vesentlige endringer i opptaksområdet for helseforetak" skal vedtas i foretaksmøte i de regionale helseforetakene, altså av helse- og omsorgsministeren. Det er imidlertid naturlig at de aktuelle kommunene blir rådført og får uttale seg i slike spørsmål.

I begrunnelsen for spørsmålet viser representanten til situasjon i Sykehuset Innlandet HF, hvor styringsgruppen for nytt hovedsykehus har fremlagt rapport som konkretiserer videreutvikling og innretning på det framtidige sykehusstilbudet. Dette etter et omfattende utredningsarbeid, hvor det har vært samhandling med kommuner og berørte aktører underveis i arbeidet. Helse Sør-Øst RHF har nylig invitert til en høring rundt den nye sykehusstrukturen i Innlandet. Jeg har også selv invitert til møte med ordførere og fylkesordførere i aktuelle kommuner og fylkeskommunen for å lytte av synspunkter på forslag til ny struktur. Det er vel kjent og fullt forståelig at det er stort engasjement og mange ulike synspunkter i denne saken. Samtidig er det lagt opp til en involverende prosess som skal sikre tilbakemeldinger og synliggjøre ulike synspunkt i saken.

Å utvikle pasientens helsetjeneste er en helsepolitisk ledestjerne for regjeringens arbeid på helseområdet. Det er også slik at pasienter gjennom Fritt behandlingsvalg-ordningen har mulighet til å velge mellom ulike offentlige og mange private behandlingssteder i Norge, og de er ikke låst til å kun kunne benytte tjenester i helseforetaket de er tilknyttet.

Formålet med arbeidet som nå pågår er å utvikle framtidsrettede og gode spesialiserte behandlingstilbud for hele befolkningen i Innlandet.

Skriftlig spørsmål fra Aud Hove (Sp) til helse- og omsorgsministeren

Dokument nr. 15:1110 (2020-2021)

Innlevert: 28.01.2021

Sendt: 28.01.2021

Besvart: 10.02.2021 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Aud Hove (Sp): Meiner statsråden at ein ved å ta ned så mange senger innanfor psykiatrien vil gje eit betre tilbod til dei som treng det mest, og meiner statsråden at det er klokt å samle tilbodet som barn og unge får ved barne- og ungdomspsykiatriskavdeling ved Kringsjåtunet i eit miljø med vaksne rusavhengige og sterkt psykotiske på det psykiatriske sjukehuset Sannerud?

Begrunnelse

«Hvordan kan nedleggelse av Kringsjåtunet styrke psykisk helse?» Spør Martina Andersson som er lærar ved skuleavdelinga ved barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling Kringsjåtunet i Sykehuset Innlandet. For ungdommar som kanskje ikkje har vore på skulen på to-tre år, som treng eit miljø som blir ein slags heim, men som samtidig treng å komme frå det daglege miljøet for å kome seg på fote att, er dette tilbodet viktig. Nå har Sykehuset Innlandet HF bestemt at dette tilbodet skal flyttast til Sannerud, ikkje for å spare

pengar, men for å fylgje utviklinga blir det opplyst. På Sannerud er det avrusings- og psykoseavdeling for vaksne og det uroar mange at barn og unge skal inn i lokaler saman med denne gruppa. Samtidig blir det færre plassar for barn og unge, frå 11 på Kringsjåtunet nå til 8 ved det nye.

Noko av svaret frå Sykehuset Innlandet er eit ambulerande team som da skal køyre kanskje 4 timar til Skjåk, hjelpe ein ungdom, for så å køyre attende att. Da blir det ikkje att mykje av arbeidsdagen til å hjelpe dei som sliter. Modige ungdommar står fram i nyheitene og er sterkt bekymra for at eit tilbod som har betydd at dei har fått lyst på livet att, nå ser ut til å bli fjerna.

Vi ser også drastiske kutt for psykiatrien generelt i Sykehuset Innlandet i dei nye planane frå Helse Sør-Øst. Det er allereie teke ned 60 senger sidan 2013 og nåverande 280 senger skal ned til 170. Vi ser også at politiet i stadig større grad må ta seg av denne pasientgruppa. Vi har døme på kommunar som no må kjøpe dyre, private tenester utanfor sitt eige fylke fordi pasientar ikkje får nødvendig tilbod hjå Sykehuset Innlandet.

Svar

Bent Høie: De regionale helseforetakene har ansvar for å planlegge og dimensjonere spesialisthelsetjenester. De skal sørge for at døgnkapasiteten innen psykisk helsevern er tilstrekkelig til enhver tid, men også sørge for en god balanse mellom døgn og poliklinisk/ambulante tjenester.

Spørsmålet fra representanten Aud Hove har vært forelagt Helse Sør-Øst. Helse Sør-Øst opplyser at divisjon Psykisk helsevern i Sykehuset Innlandet har gjennomført en grundig prosess for å sikre en helhetlig utvikling av det framtidige tilbudet innenfor psykisk helsevern for barn og unge. Både ansatte, tillitsvalgte og representanter fra kommunehelsetjeneste har vært med i prosessen, der det er vurdert ulike forslag til endringer, deriblant flytting av døgnplasser fra Kringsjåtunet til divisjonens barne- og ungdomspsykiatriske avdeling på Sanderud.

Helse Sør-Øst RHF viser til at Sykehuset Innlandet HF peker på at i gjennomsnitt seks av ti døgnplasser innen psykisk helsevern for barn og unge var i bruk i 2019 og 2020. Sykehuset Innlandet ønsker å organisere behandlingstilbudene slik at flere ungdommer kan nås med tilbud som er tilpasset den enkeltes behov. De viser til at nye behandlingsmetoder har gitt mindre behov for døgnbehandling innen psykisk helsevern for barn og unge. En større del av behandlingen blir utført både i hjem/skole og ved poliklinikkene. Mange unge får god hjelp både på poliklinikk og ved døgnenheter. Flere får likevel ikke det tilbudet som er best tilpasset den enkeltes behov. Enkelte trenger mer hjelp enn det polikliniske tilbudet, samtidig som det ikke er ønskelig eller hensiktsmessig med en innleggelse. For et barn eller en ungdom er innleggelse ved en døgnenhet et svært inngripende tiltak. Noen unge og deres familier ønsker heller ikke en slik løsning, selv om behandling og oppfølging i poliklinikk ikke er faglig tilstrekkelig. Sykehuset Innlandet HF vil samle tilbudene i et større fagmiljø for å kunne tilby et bredere tilbud til flere barn og unge som trenger døgnbehandling.

Dette innebærer blant annet at døgnplassene ved Kringsjåtunet ikke legges ned, men flyttes og samlokaliseres med døgntilbudet ved avdelingen på Sanderud. Representanten Aud Hove spør også om jeg mener at det er klokt å samle tilbudet som barn og unge får ved barne- og ungdomspsykiatriskavdeling ved Kringsjåtunet i et miljø med "...voksne rusavhengige og sterkt psykotiske" på Sanderud Sykehus. Sykehuset Innlandet HF understreker at barn- og unge vil ivaretas i en egen, ny og moderne enhet ved sykehuset på Sanderud, adskilt fra voksne pasientgrupper. De viser også til at det over mange år har vært behandlingstilbud for ungdom på Sanderud, og erfaringen er at ungdoms særskilte behov ivaretas godt. Enhetene på Sanderud har også et skoletilbud, på lik linje med tilbudet ved Kringsjåtunet. Tilbudet er godt integrert i dagens behandlingstilbud, og vil være det også videre fremover.

Sykehuset Innlandet HF opplyser videre at de planlagte endringene ikke vil medføre økonomiske innsparinger, men ressursene vil benyttes slik at flere barn og unge kan få tilbud om hjelp. Ambulante team er en del av det helhetlige behandlingstilbudet som vil være tilknyttet ulike enheter og jobbe aktivt ute i pasientenes nærmiljø. Denne typen ambulant arbeid omtales andre steder som «hjemmesykehus». Akutt-team har vist seg å kunne forebygge innleggelser og ha en viktig rolle i behandlingen mellom døgn og poliklinikk.

Representanten Aud Hove stiller også i sin begrunnelse spørsmål ved drastiske kutt for psykiatrien generelt i Sykehuset Innlandet i de nye planene fra Helse Sør-Øst. Det vises til at antall sengeplasser er redusert med 60 siden 2013. Dreining fra døgn- til dagbehandling er i tråd med nasjonale føringer. I tillegg har hele Sykehuset Innlandet gjennomført omstillinger de siste årene som følge av endret opptaksområde. Sykehustjenestene for befolkningen i Kongsvingerregionen ble den 1. februar 2019 overført fra Sykehuset Innlandet HF til Akershus universitetssykehus HF. Overføringen av Kongsvinger opptaksområde medførte en reduksjon i pasientgrunnlaget på 10 prosent i opptaksområdet til Sykehuset Innlandet. Antall sengeplasser ble justert i forhold til endret opptaksområde. Sykehuset Innlandet har i dag totalt 260 døgnplasser. I planene for framtidig sykehusstruktur ligger det inne totalt 230 døgnplasser.

Det foregår en kontinuerlig utvikling av tilbudene innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Dette gjøres på grunnlag av lokale behov og forhold, nye behandlingsmetoder som for eksempel nettbasert behandling, framskrivninger og andre relevante datakilder.

Samarbeid mellom tjenestenivåene er sentralt både i planlegging og gjennomføring av endringer. Dette er også tydeliggjort gjennom Nasjonal helse- og sykehusplan og opprettelsen av de nye helsefellesskapene. Sykehuset Innlandet HF understreker at de legger føringene fra Nasjonal helse- og sykehusplan til grunn i sitt arbeid, og viser til at barn og unge er en av de prioriterte gruppene i helsefellesskapene. I omstillingsarbeidet legger de vekt på individuelle tilpasninger for pasientene gjennom samvalg og brukermedvirkning, og videreutvikling av samarbeidet mellom tjenestenivåene.

Jeg forutsetter og har tillit til at de regionale helseforetakene planlegger og videreutvikler tjenestene basert på den beste tilgjengelige kunnskapen til et hvert tidspunkt, og samarbeider med kommunene også om gjennomføring av endringene.

Skriftlig spørsmål fra Bård Hoksrud (FrP) til helse- og omsorgsministeren

Dokument nr. 15:1091 (2020-2021)

Innlevert: 27.01.2021

Sendt: 27.01.2021

Besvart: 04.02.2021 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Bård Hoksrud (FrP): Vil helseministeren ta initiativ til at helsepersonell nå skal bruke smittevernutstyr, som vi vet bidrar til å redusere sjansene for smitte både hos ansatte og pasienter?

Begrunnelse

NRK kunne i går avsløre at helsepersonellet på blant annet Sykehuset Telemark i Skien hverken er pålagt eller bruker hansker eller munnbind konsekvent. Pasienten i gårsdagens NRK-avsløring handlet om døde etter å ha fått påvist korona på sykehuset. Hun er en av seks pasienter som har dødd etter å ha mulig blitt koronasmittet ved sykehuset. Hittil har sykehuset hatt 69 innlagte pasienter med covid-19. Av disse har 15 pasienter sannsynligvis blitt smittet på sykehuset.

Mens helsepersonellet på sykehuset ikke har krav til å bruke munnbind og hansker, er det faktisk påbud om å bruke munnbind for alle som besøker kjøpesentrene og butikker i byen, det ene ligger bare noen steinkast fra sykehuset. Det kan virke som at man anser smittefaren å være større på kjøpesentre enn på institusjoner der det ligger mennesker som er syke og med nedsatt immunforsvar og hvor det er påvist at pasienter har fått covid-19 på sykehuset. I følge NRK er det også slik at alle andre land i Europa nå har påbud om bruk av munnbind på sykehusene sine.

Svar

Bent Høie: Helse- og omsorgsdepartementet har i forbindelse med besvarelsen av dette spørsmålet vært i kontakt med Helse Sør-Øst RHF. De har innhentet en orientering fra Sykehuset Telemark HF, hvor sykehuset opplyser at de har fulgt Folkehelseinstituttets nasjonale råd for bruk av smittevernutstyr under hele pandemien. Sykehuset har en rekke tiltak for å redusere risikoen for smitte, utover bruk av munnbind. De ansatte følger basale smittevernrutiner, det er innført besøks- og adgangskontroll, det er utspørring/screening av pasienter og pårørende, pasienter blir isolert ved mistanke om smitte, det er lav terskel for testing, og krav til å holde mest mulig avstand.

Bruk av munnbind ved sykehuset er egentlig å betrakte som et supplerende tiltak, men har etter at smittetrykket økte i Grenland i desember, blitt brukt av sykehusets ansatte når det ikke har vært mulig å holde avstand. Sykehuset har likevel indikasjoner på at ansatte og pasienter kan ha blitt smittet – også når det har blitt brukt munnbind.

Når det gjelder covid-utbruddet ved en medisinsk avdeling ved sykehuset i desember, så har sykehuset orientert om at de skal gjennomgå alle smittetilfeller og gjennomgå en omfattende intern hendelsesanalyse. Da vil de blant annet vurdere om deres rutiner har vært gode nok, og om de har fulgt de rutinene de allerede har etablert. I tillegg har sykehuset på eget initiativ varslet Statens helsetilsyn om seks dødsfall. Helsetilsynet har sendt disse varslene videre til Statsforvalteren.

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

Dokument nr. 15:1053 (2020-2021)

Innlevert: 23.01.2021

Sendt: 25.01.2021

Besvart: 01.02.2021 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Tuva Moflag (A): Kan man forsvare forholdsmessigheten i tiltaket som hindrer kvinner fra Nordre Follo å ha med seg ledsager under fødsel, og vil helseministeren iverksette et testregime ved fødeavdelingene etter modell fra Danmark for å sikre at kvinner og par slipper så inngripende tiltak i en sårbar situasjon?

Begrunnelse

I en pressemelding lørdag ettermiddag opplyser Ahus følgende:

Fødende kan ha med seg en ledsager under fødsel unntatt ved smitte eller mistenkt smitte. Gravide og fødende fra Nordre Follo kommune betraktes som mistenkt smittet og kan ikke ha med ledsager under fødsel inntil smitteutbruddet er under kontroll.

Jordmorforbundet har tatt til orde for at man skal ta i bruk et testregime ved norske fødeavdelinger, slik at man kan avklare smittestatus til fødende og deres ledsager.

https://www.dagensmedisin.no/artikler/2020/10/26/for-streng-smittevernregler/?fbclid=IwAR1ZeEixGq7ZZAh9nIIeqZyNoV_MJEDWHwMgn4eBtpuE_no62icP5Dof1qU

Dette har blitt formelt etterspurt til helsedirektoratet høsten 2020.

Svar

Bent Høie: Jeg har fått følgende informasjon fra Helse Sør-Øst vedrørende situasjonen for fødende ved Akershus universitetssykehus:

Da det ble kjent at det var et utbrudd av det muterte viruset i Nordre Follo, ble det satt i verk særskilte tiltak for pasienter og ansatte med adresse Nordre Follo, for å beskytte mot spredning av den nye virusvarianten.

Lørdag 23.1 ble dette fulgt opp med innføring av besøkstopp til sykehusets behandlingssteder, og det ble lagt ut nyhetssak om dette på Ahus sine nettsider.

Kvinneklinikken fulgte opp dette ved å si at heller ikke partnere for fødende fra Nordre Follo kunne være med inn, av hensyn til den alvorlige smittesituasjonen. Dette ble også lagt ut på Ahus sine nettsider. Etter kort tid lørdag fikk sykehuset tilbakemeldinger som gjorde at man raskt valgte å vurdere dette på nytt. For å ta hensyn til behovet for å ha ledsager til stede ved fødselen, valgte man å legge til rette for at det kunne skje på en trygg måte også for fødende fra Nordre Follo. Derfor ble informasjonsteksten på ahus.no endret til «Ahus vil legge til rette for at fødende fra Nordre Follo kan ha med ledsager på en trygg måte.» Ledsager får også komme på besøk ved barselavdeling og observasjonspost for gravide, dersom det ikke foreligger smitte eller mistenkt smitte, og kan i så fall også være med på barselhotellet.

Det ble formidlet beskjed om dette internt, men i en hektisk situasjon skjedde ikke dette raskt nok. Ahus beklager derfor de ulike beskjedene de aktuelle fødende fikk, og belastningen knyttet til dette.

Når det gjelder testing ved fødeavdelingene og eventuell bruk av antigen-hurtigtester, gjorde Helsedirektoratet sammen med andre aktører en validering av antigen-hurtigtester høsten 2020.

Anbefalinger om bruk av antigen-hurtigtester og andre covid-19 tester ligger på FHI sine nettsider.

Anbefalingene omfatter ikke generell testing av fødende og evt. ledsager. En eventuell testing på fødeavdelingene må beslutes av det enkelte helseforetak i henhold til de gjeldende testkriterier.

Skriftlig spørsmål fra Bård Hoksrud (FrP) til helse- og omsorgsministeren

Dokument nr. 15:1039 (2020-2021)

Innlevert: 22.01.2021

Sendt: 25.01.2021

Besvart: 29.01.2021 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Bård Hoksrud (FrP): Den bekymringen som blant annet drosjenæringa i Skien opplever, og tilbakemelding de får på om at det er mange som er redde, vegrer seg for å reise til sykehus og ikke tør å reise med drosje. Dette er hverken bra for pasienten eller drosjenæringen som taper mange turer.

Vil statsråden sørge for at man ser på regelverket for pasienttransport så lenge vi er midt i en pandemi, slik at de som er redde for å reise sammen med andre kan få transport alene til og fra sykehus/behandling?

Begrunnelse

Vi står midt i en pandemi og i den forbindelse er det laget strenge retningslinjer/regler som sier at man skal holde minst en meters avstand. Det er regler om bruk av munnbind, hvor mange personer man kan få besøk av osv. Alt dette er forhold som alle bør/skal følge, og som gjentas av både helsemyndighetene og statsråder. De aller fleste er opptatt av å følge dette og tar forhåndsregler i hverdagen sin. Men når man trenger pasienttransport til og fra sykehus/helsetjenester, så gjelder plutselig ikke de samme reglene lenger, og kravet om minst en meters avstand er plutselig ikke så viktig lenger. Dette har medført at mange pasienter tar kontakt med både pasientreiser og transportører/drosjeselskapene for å prøve å få reise alene. Jeg vet at blant annet Skien Taxi SA og Kragerø Taxi DA og sjåførene der opplever at mange er bekymret/redde for å reise og frykter at når man er syk så kan det å bli smittet av en medpassasjer få fatale konsekvenser for den enkelte.

Svar

Bent Høie: Helse Sør-Øst RHF har informert departementet om at Sykehuset Telemark HF følger Folkehelseinstituttets Råd for transport av pasienter/brukere uten mistenkt eller bekreftet Covid-19, som er publisert på instituttets nettside.

Pasienter med mistenkt eller bekreftet Covid-19 transporteres alene i bil, og det tilrettelegges med forsterkede smitteverntiltak.

Sykehuset Telemark HF viser til at samkjøring av pasienter skjer i noen grad, ut fra tilgjengelig kapasitet. Helseforetaket understreker at det alltid gjøres vurderinger av om pasienten, utfra hans eller hennes kliniske tilstand har behov for alenebil, eller kan kjøre sammen med andre passasjerer.

Som eksempler opplyser helseforetaket at dialysepasienter ikke samkjører med andre pasienter. Kreftpasienter som trenger transport til og fra kur og som i utgangspunktet er i den beste perioden i behandlingssyklusen, dvs at benmargen og immunforsvaret fungerer tilnærmet normalt, kan være aktuelle for samkjøring. Derimot vil kreftpasienter som har blitt dårlige, eller er i en periode i behandlingssyklus hvor benmargen sannsynligvis ikke produserer normalt, få alenebil.

Rekvirent tar også ekstra hensyn til andre utsatte pasienter i bestillingene. Innenfor psykiatrien vil pasienter få alenetransport, dersom tilstanden tilsier det. Helseforetaket viser til at alle pasienter som skal ha drosjetransport i regi av Pasientreiser, blir screenet med spørreskjema for Covid-19.

Pasientreiser følger med på geografiske smitteutbrudd. Smittevernrutiner ivaretas, blant annet ved at både sjåfør og passasjerer bruker munnbind.

Sykehuset Telemark HF viser også til at det ved samtransport vektlegges bruk av store biler, dvs 8-16 seter, for å kunne sikre god avstand mellom sjåfør, passasjer og eventuelle medpassasjerer.

Jeg vil avslutningsvis understreke at det er viktig at både brukere og tjenesteytere føler en trygghet rundt det etablerte tilbudet, og at de tilbys god og aktuell informasjon om vurderinger knyttet til gjennomføring av tjenesten. Pasientreiser har på sin hjemmeside lagt ut en link til Folkehelseinstituttets ovennevnte råd, og henviser også brukere av tjenesten til å finne ytterligere informasjon om pasientreiser på helsenorge.no. De har også på sin hjemmeside lagt ut en orientering om den midlertidig ordningen som er etablert for bruk av egen bil, en ordning som åpner for å få dekket kostnader ved kjøring med egen bil under pandemien når reisen er over 10 km hver vei.

Skriftlig spørsmål fra Lene Vågslid (A) til helse- og omsorgsministeren

Dokument nr. 15:1026 (2020-2021)

Innlevert: 22.01.2021

Sendt: 22.01.2021

Besvart: 29.01.2021 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Spørsmål

Lene Vågslid (A): Mener helseministeren det er forsvarlig at pasienter ved sykehuset Telemark skal dele drosje med andre midt i en pandemi, og dersom statsråden mener dette er uforsvarlig vil statsråden ta grep for å sikre disse pasientene en trygg og forsvarlig transport som ikke utsetter dem for smitterisiko?

Begrunnelse

Taxiselskaper og pasienter ved sykehuset Telemark reagerer på at syke og svekkede pasienter må dele drosje til og fra sykehuset midt i en pandemi. Til sammenligning så får pasienter nå ved psykiatrien egen transport og det er kun en pasient i bilen.

Svar

Bent Høie: Helse Sør-Øst RHF har informert departementet om at Sykehuset Telemark HF følger Folkehelseinstituttets Råd for transport av pasienter/brukere uten mistenkt eller bekreftet Covid-19, som er publisert på instituttets nettside.

Pasienter med mistenkt eller bekreftet Covid-19 transporteres alene i bil, og det tilrettelegges med forsterkede smitteverntiltak.

Sykehuset Telemark HF viser til at samkjøring av pasienter skjer i noen grad, ut fra tilgjengelig kapasitet. Helseforetaket understreker at det alltid gjøres vurderinger av om pasienten, utfra hans eller hennes kliniske tilstand har behov for alenebil, eller kan kjøre sammen med andre passasjerer.

Som eksempler opplyser helseforetaket at dialysepasienter ikke samkjører med andre pasienter. Kreftpasienter som trenger transport til og fra kur og som i utgangspunktet er i den beste perioden i behandlingssyklusen, dvs at benmargen og immunforsvaret fungerer tilnærmet normalt, kan være aktuelle for samkjøring. Derimot vil kreftpasienter som har blitt dårlige, eller er i en periode i behandlingssyklus hvor benmargen sannsynligvis ikke produserer normalt, få alenebil.

Rekvirent tar også ekstra hensyn til andre utsatte pasienter i bestillingene. Innenfor psykiatrien vil pasienter få alenetransport, dersom tilstanden tilsier det. Helseforetaket viser til at alle pasienter som skal ha drosjetransport i regi av Pasientreiser, blir screenet med spørreskjema for Covid-19.

Pasientreiser følger med på geografiske smitteutbrudd. Smittevernrutiner ivaretas, blant annet ved at både sjåfør og passasjerer bruker munnbind.

Sykehuset Telemark HF viser også til at det ved samtransport vektlegges bruk av store biler, dvs 8-16 seter, for å kunne sikre god avstand mellom sjåfør, passasjer og eventuelle medpassasjerer.

Jeg vil avslutningsvis understreke at det er viktig at både brukere og tjenesteytere føler en trygghet rundt det etablerte tilbudet, og at de tilbys god og aktuell informasjon om vurderinger knyttet til gjennomføring av tjenesten. Pasientreiser har på sin hjemmeside lagt ut en link til Folkehelseinstituttets ovennevnte råd, og henviser også brukere av tjenesten til å finne ytterligere informasjon om pasientreiser på helsenorge.no. De har også på sin hjemmeside lagt ut en orientering om den midlertidig ordningen som er etablert for bruk av egen bil, en ordning som åpner for å få dekket kostnader ved kjøring med egen bil under pandemien når reisen er over 10 km hver vei.

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

Besvart: 01.02.2021 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

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 funksjonshemming. 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: De kritikkverdige forholdene som er avdekket ved Sørlandet sykehus HF er alvorlige, og har dessverre også rammet mange. Saken krever en god oppfølging på flere plan. Nå foreligger også konklusjonene etter Helsetilsynets gjennomgang. Fra før av foreligger en grundig rapport etter Helse Sør-Øst RHF's internrevisjon.

Det kan nok være enkelte punkter i representantens fremstilling av fakta i saken som sykehuset kan ha en litt annen oppfatning av, men jeg ser det ikke som hensiktsmessig å gå inn i detaljer og enkeltheter i mitt svar. Jeg vil derfor gi et litt mer overordnet bilde av hvordan saken er håndtert.

Departementet har bedt Helse Sør-Øst RHF om en kommentar til den siste utviklingen i saken. Helse Sør-Øst RHF ser naturlig nok svært alvorlig på at Statens helsetilsyn konkluderer med at det foreligger brudd på forsvarlighetsplikten, da det betyr at helseforetaket har drevet sin virksomhet på dette området med for stor risiko.

Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst gjennomførte i fjor en omfattende revisjon av Sørlandet sykehus HF som er oppsummert i rapporten «Revisjon etter uønskede hendelser ved Sørlandet sykehus HF» (datert 17. september 2020). Styret i Sørlandet sykehus HF har behandlet en omfattende plan for oppfølging av denne revisjonsrapporten. Denne har også vært behandlet i styret i Helse Sør-Øst RHF. Helse Sør-Øst RHF følger på bakgrunn av dette opp helseforetakets arbeid med å gjennomføre tiltak og forbedre pasientsikkerheten og kvaliteten, og mange tiltak er allerede gjennomført.

Helse Sør-Øst RHF har en tett oppfølging av helseforetakets behandling av tilsynsrapporten, og vil vurdere hvilke læringspunkter saken har for andre helseforetak i regionen. Helse Sør-Øst RHF forventer at Sørlandet sykehus HF svarer ut rapporten fra Statens helsetilsyn innen fristen som er satt for dette, og at sykehuset nå også vurderer sin konkrete oppfølging av denne. Sørlandet sykehus HF har som nevnt allerede en plan for oppfølging av konsernrevisjonen og har hatt et betydelig involveringsarbeid knyttet til denne. Helse Sør-Øst RHF vurderer at styret og ledelsen ved Sørlandet sykehus HF arbeider systematisk med å følge opp rapporten fra konsernrevisjonen, og forventer en tilsvarende oppfølging av rapporten fra Statens helsetilsyn.

I samsvar med den etablerte ansvarsfordelingen i spesialisthelsetjenesten, så tilligger det styret for helseforetaket å vurdere tillitsspørsmål og eventuelle konsekvenser for ledelsen i helseforetaket. Det er derfor ikke naturlig for meg å kommentere dette konkrete spørsmålet fra stortingsrepresentant Bruun-Gundersen. Jeg vil likevel understreke at jeg opplever at både Helse Sør-Øst RHF og Sørlandet sykehus HF tar denne saken på stort alvor.

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****Besvart: 27.01.2021 av helse- og omsorgsminister Bent Høie****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: Nye Aker sykehus vil få behandlingsansvar innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusavhengighet (TSB) for alle bydelene som nå sogner til Oslo universitetssykehus (OUS), og bydelene Alna, Grorud og Stovner som i dag sogner til Akershus universitetssykehus (Ahus). Innbyggerne i bydelene i Oslo som i dag får sine helsetjenester ved Lovisenberg Diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus, vil fortsatt bli ivaretatt ved disse sykehusene. Årsaken til at Helse Sør-Øst omtaler Groruddalen med tre bydeler i saker vedrørende sykehusplanene for Oslo, er at ansvaret for befolkningen i de tre bydelene Alna, Grorud og Stovner skal overføres til OUS ved bygging av Nye Aker. Bjerke bydel sogner i dag til Ullevål sykehus og vil også overføres til Nye Aker. Behandlingsansvar for alle de fire bydelene i Groruddalen vil samles til Nye Aker, både for somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling.

For pasientgruppen innenfor psykisk helsevern og TSB er ofte de distriktpsikiatriske sentrene (DPS) det første møtet med spesialisthelsetjenesten. I Oslo er det organisert slik at hvert DPS yter spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern for befolkningen i tre bydeler (opptaksområdet). Hvert DPS har poliklinikker, ambulante team og flere enheter/poster for døgntil behandling. Det er samhandling med den enkelte bydel i FACT-team (Flexible Assertive Community Treatment-team). Pasientene som prioriteres for FACT har ofte sammensatte og langvarige behandlingsløp.

I tillegg til desentraliserte tjenester i regi av DPS ytes døgntil baserte tjenester i avdelinger for spesialiserte funksjoner som akuttpsykiatri, alderspsykiatri, psykosebehandling, tverrfaglig spesialisert rusbehandling, spiseforstyrrelser, sikkerhetsavdelinger mv.

Nedenfor følger informasjon fra Helse Sør-Øst om organiseringen av psykisk helsevern og TSB ved OUS og ved Akershus universitetssykehus (Ahus) for innbyggerne i bydelene Alna, Grorud og Stovner.

" OUS har i dag ansvar for to DPS.

- Nydalen DPS, som har ansvar for bydelene Bjerke, Sagene og Nordre Aker: 130.838 innbyggere.

- Søndre Oslo DPS, som har ansvar for bydelene Østensjø, Nordstrand og Søndre Nordstrand: 142.331 innbyggere. Søndre Oslo DPS er samlokalisert med BUP OsloSyd (poliklinikk psykisk helsevern barn og unge) og Ruspoliklinikk Mortensrud.

Ahus har ansvar for psykisk helsevern for barn, unge og voksne, samt TSB for bydelene Alna, Grorud og Stovner i Oslo. Disse tre bydelene inngår i opptaksområdet til ett DPS:

- DPS Groruddalen, som har ansvar for bydelene Alna, Grorud og Stovner: 110.824 innbyggere. DPS Groruddalen består av to poliklinikker beliggende i henholdsvis Grorud og Alna, samt en døgnenhet beliggende i Nittedal (Skytta). BUP Grorud (poliklinikk psykisk helsevern barn og unge) og ARA Groruddalen (poliklinikk for avhengighetslidelser i kombinasjon med psykiske lidelser) er samlokalisert med deler av DPS Groruddalen.

OUS har i dag sykehusbaserte døgntilbud innen psykisk helsevern og TSB på følgende lokalisasjoner;

- Akuttpsykiatrisk avdeling på Ullevål
- Seksjon for psykosebehandling på Dikemark
- Seksjon for psykosebehandling på Gaustad
- Alderspsykiatrisk seksjon på Gaustad
- Regional seksjon for spiseforstyrrelser på Ullevål
- Ungdomsseksjonen psykisk helse, intermedieær døgnbehandling i Sognsvannsveien
- Ungdomsseksjonen psykisk helse, akutt døgnbehandling på Ullevål
- Barneseksjonen psykisk helse i Gjerdrums vei, Nydalen
- Seksjon for rus- og avhengighetsbehandling av unge på Gaustad
- Seksjon for rus- og avhengighetsbehandling voksne på Ullevål
- Seksjon for rusakuttmottak og avgiftning på Aker

I tillegg kommer regional sikkerhetsavdeling (RSA) som i dag er lokalisert til Dikemark. Det pågår et eget prosjekt for etablering av ny RSA. RSA er ikke planlagt lokalisert på Aker

Ahus har i dag sykehusbaserte døgntilbud innen psykisk helsevern og TSB for innbyggerne i bydelene Alna, Grorud og Stovner på følgende lokalisasjoner:

- Akuttpsykiatrisk avdeling på Nordbyhagen
- Avdeling spesialpsykiatri på Lurud, Skedsmokorset
- Alderspsykiatri på Skytta, Nittedal
- Ungdomspsykiatri ved Bråten behandlingssenter, Skjetten
- Ungdomspsykiatrisk klinikk på Nordbyhagen og
- ARA illegale rusmidler (avrusning for voksne) på Nordbyhagen
- ARA Klosteret døgn (døgnbehandling avrusning) i Lillestrøm

I Nye Aker skal alle de sykehusbaserte døgntilbudene som er opplistet over ved OUS og Ahus samles i nye bygg når fase 1 av utbyggingen av Nye Aker er ferdig. Innflytting i Nye Aker er planlagt til 2030. Helse Sør-Øst utreder muligheten for en trinnvis utbygging av første fase av Nye Aker, hvor tidligere ferdigstillelse er pekt på som en mulighet for bygg for psykisk helsevern og TSB. Uansett er all aktivitet innen psykisk helsevern og TSB prioritert inn i fase 1.

Det desentraliserte tilbudet som ytes på dagens DPS og BUP vil bestå. Ansvar for DPS Groruddalen vil overføres fra Ahus til OUS samtidig med åpning av Nye Aker.

Befolkningen i de fire bydelene i Groruddalen får i dag sykehusbaserte tjenester innen psykisk helsevern og TSB på 10 forskjellige geografiske steder. Ved Nye Aker samles de sykehusbaserte tjenestene innen psykisk helsevern og TSB på ett sted i én omgang.

Nye Aker vil gi en betydelig satsning på psykisk helsevern og TSB. Samlingen vil gi større fagmiljøer, bedre kvalitet, samlede pasientforløp og økt mulighet for flerfaglig samarbeid. I tillegg vil tjenestene være tettere på somatiske helsetjenester og det vil kunne utvikles bedre samarbeid og samhandling med den nye storbylegevakten.

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>