

## Saksframlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret Helse Sør-Øst RHF	14. juni 2018

**SAK NR 061-2017**

**ORIENTERINGSSAK: DRIFTSORIENTERINGER FRA ADMINISTRERENDE DIREKTØR**

***Forslag til vedtak:***

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Hamar, 7. juni 2018

Cathrine M. Lofthus  
administrerende direktør

## 1. Revisjoner av avtaleparter innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Konsernrevisjonen gjennomførte i 2017 en revisjon av seks private avtaleparter innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) hvor det ble undersøkt praksis innen rettighetsvurderinger og utskrivinger.

Revisjonsrapport 13/2017 omhandler rettighetsvurderinger ved Incognito klinikk, Blå Kors poliklinikk, A-senteret og Trasoppklinikken. Målet for revisjonen var å kartlegge og vurdere om det er etablert tilfredsstillende styring og kontroll over hele henvisningsprosessen, inkludert kvaliteten på rettighetsvurderingene. Revisjonen viser at det var etablert mange gode rutiner, men at det er behov for forbedringer slik at rettighetsvurderingene gjennomføres i tråd med prioriteringsveilederen for TSB. Videre var det behov for å bedre rutineene for journalføring. Anbefalingene gjelder for alle fire avtaleparter.

Revisjonsrapportene 11/2017 og 15/2017 omhandler utskriving til kommunene ved Fossumkollektivet og Phoenix Haga. Målet for revisjonene var å undersøke om avbrudd i behandlingen og utskriving til kommune håndteres i tråd med krav og føringer ved de to døgninstitusjonene. Revisjonen viste at det var etablert mange gode rutiner, men det ble anbefalt å tydeliggjøre fordelingen av ansvar og oppgaver knyttet til samhandling med kommunen. Videre var det behov for å bedre journalføringen og gjennomføre risikovurderinger ved avbrudd av behandling og utskrivinger.

Helse Sør-Øst RHF har fulgt opp den enkelte avtaleparts arbeid med å forbedre de forhold som er påpekt i rapportene, gjennom skriftlig kommunikasjon og separate møter med avtalepartene. I disse møtene ble rapportene gjennomgått og virksomhetene presenterte sine planer for å følge opp funnene. For å bidra til læring, også for de andre avtalepartene innen TSB, ble revisjonene satt opp som tema på fellesmøtet for alle de private avtalepartene 17. april 2018. Helse Sør-Øst RHF vil bruke tilrådingene fra Konsernrevisjonen som en del av faktagrunnlaget i en planlagt gjennomgang av rusfeltet hvor det vil bli vurdert om det skal gjøres endringer i hvilke private avtaleparter som kan gjøre rettighetsvurderinger.

## 2. Situasjonen i luftambulansetjenesten

Luftambulansetjenesten HF signerte 28. juni 2017 kontrakt med Babcock Scandinavian Air Ambulance (BSAA) AB om ambulanseflytjenester. Babcock skal overta som operatør 1. juli 2019. Det er i dag Lufttransport AS som driver ambulanseflyene.

Alle ambulanseflyene i Norge gikk av beredskap på ettermiddagen fredag 27. april 2018. Årsaken til dette var at forhandlingene mellom Norsk Flygerforbund og Babcock ble brutt. Beslutningen om å sette alle flyene på bakken ble tatt av ledelsen i Lufttransport FW AS. I ettertid har Lufttransport hatt utfordringer med å dekke opp alle vaktene til pilotene, spesielt i Nord-Norge. Det har følgelig oppstått utsettelse og forsinkelser av pasienttransporter i alle regioner.

Det er stor oppmerksomhet mot flyambulansetjenesten og situasjonen følges tett fra Luftambulansetjenesten HF og de regionale helseforetakene. Det er etablert daglig rapportering til Helse- og omsorgsdepartementet, der Luftambulansetjenesten HF beskriver status for beredskap og utviklingen fremover, mens helseforetakene rapporterer evt. medisinske konsekvenser.

Beredskapen for ambulansflyene har variert gjennom mai. I starten av uke 20 var det på landsbasis mange utmeldinger med tilsvarende konsekvenser, men etter dette er det meldt om tilnærmet normal ambulansflyberedskap. Enkelte oppdrag er overført til helikopter. Dette har i noen grad medført redusert lokal beredskap.

Det er satt i verk en rekke tiltak for å sikre beredskapen. To helikoptre fra Forsvaret er sendt til Finnmark på døgnberedskap. Det er videre leid inn et ekstra ambulansfly. Ytterligere tiltak vil raskt kunne settes inn ved behov. I tillegg er det mulig å utnytte kapasitet i den nye helikopterkontrakten Luftambulansetjenesten HF har inngått med Norsk Luftambulans AS. Den nye ambulansflyoperatøren Babcock har også mulighet til å gradvis ta over noen av flyambulansebasene dersom situasjonen krever det.

Det er ikke meldt om medisinske konsekvenser av betydning fra helseforetakene i Helse Sør-Øst. Imidlertid var begge flyene på Gardermoen ute av beredskap på dagvakt 8. mai, noe som medførte bekymringsmelding fra Luftambulansetjenesten ved Oslo universitetssykehus til Fylkeslegen i Oslo og Akershus om at liv og helse potensielt var truet. Denne meldingen er fulgt opp fra Oslo universitetssykehus og Helse Sør-Øst RHF. Fylkeslegen oversendte henvendelsen til Helsedirektoratet som videresendte til Helse- og omsorgsdepartementet.

I lys av situasjonen som har oppstått, er det framsatt et representantforslag i Stortinget om å annullere anbudet med selskapet BSAA, forlenge avtalen med Lufttransport FW AS og forberede offentlig drift av tjenesten på sikt. Luftambulansetjenesten HF, Helse Nord RHF og flere andre aktører deltok 24. mai 2018 på høring i Stortingets helse- og omsorgskomite i forbindelse med representantforslaget. Komiteens innstilling ble fremlagt 31. mai. Foreløpig dato for behandling i Stortinget er 7. juni.

I Helse- og omsorgsdepartementets pressemelding 4. mai 2018 redegjøres det nærmere om situasjonen og [Nye planlagte tiltak for trygg luftambulansberedskap](#). I pressemeldingen henvises det også til to tilgjengelige rapporter, en scenarierapport og en tiltaksrapport, utarbeidet av Helse Nord RHF.

### **3. Tidspunkt for overføring av Kongsvinger sykehus fra Sykehuset Innlandet HF til Akershus universitetssykehus HF**

Det vises til vedtak i foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF 29. juni 2017 om overføring av Kongsvinger sykehus fra Sykehuset Innlandet HF til Akershus universitetssykehus HF. Foretaksmøtet la til grunn at overføringen skal skje 1. januar 2019.

Et prosjekt ledet av Helse Sør-Øst RHF skal sørge for en vellykket overføring i tråd med foretaksmøtets vedtak. Prosjektets styringsgruppe ledes av administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF og er bredt sammensatt med representanter for de berørte helseforetakene, brukere og tillitsvalgte, samt observatør fra Kongsvinger kommune.

Det er i dag store ulikheter i IKT-porteføljen og IKT-plattformen mellom Sykehuset Innlandet HF og Akershus universitetssykehus HF og IKT-området ble tidlig i utredningsarbeidet løftet frem som en betydelig risikofaktor ved overføringen. Spesielt knytter dette seg til tilstrekkelig gjennomføringstid for å sørge for en trygg og sikker overføring av IKT-systemer og tilhørende

pasientdata. Grunnet kompleksiteten i arbeidet, kapasitet hos Sykehuspartner HF og eksterne leverandører har overføringstidspunkt 1. januar 2019 vist seg å ville medføre en betydelig økning i risiko.

Prosjektet har vurdert ulike alternativer for å redusere denne risikoen. Blant annet er det utredet mulighet for en todelt overføring, hvor virksomhetsoverføringen skjer 1. januar 2019, mens overføringen av IKT-systemer og tilhørende tilgang til pasientdata overføres på et senere tidspunkt. En slik løsning forutsetter imidlertid et komplekst avtaleregime mellom de berørte helseforetakene og vil kunne innebære uklare ansvarsforhold mellom helseforetakene, slik at løsningen vurderes å kunne utgjøre en risiko for pasientsikkerheten.

På denne bakgrunn anbefaler Helse Sør-Øst RHF å flytte dato for virksomhetsoverføring av Kongsvinger sykehus til 1. februar 2019. Dette vil bidra til å redusere gjennomføringsrisiko innen IKT-området, samtidig som det er vurdert som positivt at virksomhetsoverføring av ansatte, ansvar for pasientbehandlingen og tilgangen til IKT-systemer og pasientdata skjer på en felles dato. Et overføringstidspunkt på en annen tid enn ved årsskiftet vil innebære noe administrativt merarbeid knyttet til blant annet HR og økonomi, men dette er vurdert å kunne håndteres innenfor en akseptabel risiko.

Anbefalingen om å sette dato for virksomhetsoverføring til 1. februar 2019 støttes av en enstemmig styringsgruppe for prosjektet.

Helse Sør-Øst RHF har i brev datert 30.05.2018 bedt om Helse- og omsorgsdepartementets tilbakemelding på om en slik endring av overføringstidspunktet kan aksepteres.

#### **4. ForBedring 2018**

Rekordmange sykehusansatte har deltatt i den nye undersøkelsen ForBedring, som kartlegger medarbeidernes opplevelse av arbeidsmiljøet og pasientsikkerhetskulturen. Det ble sendt ut 66 846 elektroniske spørreskjema og hele 79% besvarte undersøkelsen innen tidsfristen.

Engasjement og opplevelse av lederatferden til nærmeste leder er temaene som oppnår høyest score i undersøkelsen. Sikkerhetsklima som kartlegger klima for å melde avvik og feil, trygghet til å ta opp kritikkverdige forhold og forhold som berører åpenhets- og læringskultur, får også gjennomgående høy score. Mer enn 80% svarer at de melder fra om avvik og hendelser som kan føre til skade eller feil og 87% mener de ville vært trygge om de var pasient der de jobber. Toppleders engasjement i pasientsikkerhetsarbeidet oppnår svært høy spredning. Foretakene varierer med hele 33 prosentpoeng på dette enkeltspørsmålet. Temaet har også høyeste andel målingsusikkerhet hvor hele 36% krysser av for «vet ikke/ikke relevant», slik at resultatene bør tolkes med stor varsomhet. Innen tema arbeidsforhold får medarbeiderne spørsmål om arbeidsbelastning og ressurser. Resultatet viser at dette temaet får lavere score enn de andre. «Arbeidsbelastningen min er for stor» oppnådde er score på 45.

Sykehuspartner har produsert mer enn 4 800 rapporter til ledere i helseforetakene og oppfølgingsarbeidet har startet opp i alle virksomheter. Foretakene har satt frist for etablering av tiltak senest 3 måneder etter at rapportene er mottatt. Hovedregelen for oppfølging av ForBedring er at medarbeidernes skal involveres i å fortolke resultatene og være med på å utvikle tiltak for sin egen enhet. Hele 67% av de som har svart på årets undersøkelse er litt eller helt enig i at det arbeides systematisk med å forbedre arbeidsmiljøet og pasientsikkerheten der de jobber.

## 5. Status etablering ny regional sikkerhetsavdeling (RSA) på Ila

Styret i Helse Sør-Øst RHF besluttet i styresak 070-2017 at det skal etableres ny regional sikkerhetsavdeling (RSA) på Ila. Det ble bevilget 33 MNOK til forprosjekt i statsbudsjettet for 2018.

På bakgrunn av styrets vedtak ble det høsten 2017 blant annet arbeidet med å optimalisere anleggets plassering på tomten og følge opp reguleringssaken. Styret behandlet ny sak om status for etablering av RSA i møte 01.02.18, styresak 10-2018, og fattet følgende vedtak:

1. *Styret tar status for ny regional sikkerhetsavdeling til orientering.*
2. *Administrerende direktør gis fullmakt til å utarbeide mandat for videreføring av prosjektet til forprosjekt når reguleringssaken er nærmere avklart.*
3. *Administrerende direktør gis fullmakt til å vurdere egnet tidspunkt for etablering av prosjektstyre.*

Styret ble i møtet 01.02.2018 orientert om at det hadde det vært dialog med Klima- og miljødepartementet (KLD) og Fylkesmannen og at det var avklart at Bærum kommune kunne igangsette reguleringsarbeidet på ordinær måte, med etterfølgende søknad til KLD om justering av markagrensen.

Planprogram fra Helse Sør-Øst RHF ble oversendt i februar og det var planlagt at dette skulle legges frem for behandling i planutvalget i mars 2018. Imidlertid har behandlingen av saken i Bærum kommune blitt utsatt. Det ble derfor avholdt et møte med øverste politiske ledelse i Bærum kommune den 27.04.2018 for å drøfte saken.

Planprogrammet ble lagt frem og behandlet i planutvalget i Bærum kommune i møte den 24.05.2018. Det ble fattet følgende vedtak:

1. *Forslag til planprogram for detaljregulering av ny sikkerhetsavdeling på Ila fremmet av Helse Sør-Øst, dokument 3897324, sendes på høring og legges ut til offentlig ettersyn, jf. Plan- og bygningsloven § 12-9.*
2. *Planprogrammet legges ut med to alternative lokaliseringer hhv nord og sør for dagens anlegg. Planutvalget anser nordalternativet som det med minst negativ virkning for bomiljø og omgivelsene.*
3. *Bærum kommune ber staten bekoste gang- og sykkelvei fra Grinivieien frem til RSA.*
4. *Bærum kommune ber staten bekoste vann og avløp frem til RSA.*

Helse Sør-Øst RHF sin foretrukne lokalisering har vært sør for Ila og det er også den plasseringen som er lagt til grunn i godkjent konseptrapport. Det vil i dialog med Bærum kommune avklares hvordan det videre utredningsarbeidet legges opp, og administrerende direktør vil på den bakgrunn etablere en revidert fremdriftsplan for prosjektet.

## 6. Samordnet anskaffelse av radiologiløsning og multimediearkiv

I styresak 040-2018 *Radiologiløsning for Helse Sør-Øst* ble administrerende direktør gitt fullmakt til å beslutte en eventuell samordnet anskaffelse av radiologiløsning og multimediearkiv. Bakgrunnen for dette er at aktuelle tilbydere av multimediearkiv i stor grad er de samme som leverer radiologiløsninger. Det vurderes å være fordelaktig ved å ha samme leverandør av både

radiologiløsning og multimediearkiv, og det kan derfor være fordelaktig å samordne anskaffelsesprosessene. Juridisk sett vurderes det å være mulig å samordne de to anskaffelsesprosessene.

Etter en samlet vurdering har administrerende direktør konkludert med at en samordnet anskaffelse er mest fordelaktig. Som følge av dette er den pågående anskaffelsen av multimediearkiv avlyst, og det vil bli etablert en felles anskaffelse av radiologiløsning og multimediearkiv.

## **7. Nybygg psykisk helsevern ved Sørlandet sykehus. Klagesak kontrahering**

Nybygg for psykisk helsevern ved Sørlandet sykehus er i forprosjektfase og det har pågått en prosess for valg av entreprenør for videre prosjektering og bygging gjennom andre halvdel av 2017.

Sykehusbygg er engasjert som prosjektleder og mottok etter utsendelse av opprinnelig tildelingsbeslutning en klage på at prosjektlederen var inhabil. Det ble konkludert med at prosjektlederen var inhabil og tildelingsbeslutningen ble annullert. Sykehusbygg har vurdert hvordan man skal håndtere denne situasjonen. Det primære alternativet var å se om inhabiliteten kunne avhjelpes. Etter konkurranse ble Metier OEC innleid for å vurdere om inhabiliteten har påvirket de delene av anskaffelsen som ikke kan gjennomføres på nytt (eksempelvis utarbeidelse av konkurransedokumentene). Metier OEC fant ikke tegn til at inhabiliteten har påvirket gjennomføringen av anskaffelsen. Etter separat konkurranse ble ÅF Advansia engasjert for å vurdere oppfyllelse av kvalifikasjonskravene og foreta en ny uavhengig evaluering av tilbudene. ÅF Advansia har evaluert tildelingskriteriene slik at BRG Entreprenør AS har det beste tilbudet.

Tilbyderne ble orientert av Sykehusbygg om innstilling 18.5.2018. Tilbyderne ble innrømmet klagefrist til 5. juni. Det er mottatt to klager innen fristen, fra henholdsvis Veidekke og Skanska. Dialogen mot disse håndteres av Sykehusbygg i tett samarbeid med advokatfirmaet Wikborg Rein & Co. Det vil bli gitt oppdatert informasjon om status i styremøtet.

## **8. «Forskning og innovasjon til pasientens beste» -Nasjonal rapport fra spesialisthelsetjenesten 2017**

De siste fem årene har de regionale helseforetakene i fellesskap utarbeidet rapporten «Forskning og innovasjon til pasientens beste». Rapportene er utarbeidet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet og skal vise eksempler på hvordan forskning og innovasjon bidrar til kunnskapsutvikling i og forbedring av pasientens helsetjeneste.

Sykehus har et spesielt ansvar for pasientrettet klinisk forskning og innovasjon i helsesektoren. Prosjektene som er presentert i rapporten viser blant annet viktigheten av registerforskning, befolkningsundersøkelser, store nasjonale kliniske studier, forskning på og bruk av teknologi, translasjonsforskning og samarbeid på tvers av profesjoner.

Prosjektene viser et utvalg av hva som skjer innen forskning og innovasjon i spesialisthelsetjenesten. I tillegg viser de at viktig forskning og innovasjon skjer i både små og store sykehus i alle fire helseregioner.

Noen av prosjektene har utgangspunkt i forskning som har pågått over flere tiår, mens andre nylig er blitt mulig grunnet ny teknologi. Pasientgruppene det forskes på er mange, ulike og i ulike alderskategorier. Gjennomgående for alle prosjektene og forskerne er et ønske om å kunne forklare sammenhenger, finne en bedre behandling eller forebygge sykdom slik at pasienter i dag, og kommende generasjoner, får den beste behandlingen. Forskning og innovasjon er også en forutsetning for videre kunnskapsutvikling i sektoren.

Rapporten presenterer også nasjonale nøkkeltall for forskning og innovasjon.

Helse Sør-Øst RHF har hatt ansvaret for utarbeidelse av rapporten.

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

Siden siste styremøte er følgende skriftlige spørsmål som omtaler Helse Sør-Øst RHF og/eller underliggende helseforetak besvart av Helse- og omsorgsministeren:

### **Skriftlig spørsmål fra Marit Knutsdatter Strand (Sp) til helseministeren**

**Dokument nr. 15:1730 (2017-2018)**

**Innlevert: 01.06.2018**

**Sendt: 04.06.2018**

**Til behandling**

#### **Spørsmål**

Marit Knutsdatter Strand (Sp): Oppland Arbeiderblad skriver 25. mai om Direktør Hege Lundring og avdelingssjef Anne Kristine Fagerheim Skaug ved sykehuset i Gjøvik, som opplever at Oslo-sykehusene har flere sykepleiere og legerressurser, opptil fire ganger så mange, som ved Sykehuset Innlandet. Hvorfor det er store forskjeller i kreftomsorgen innen Helse Sør-Øst, og mener statsråden denne bemanningen er tilstrekkelig for å ivareta landets sykeste mennesker på en forsvarlig måte?

#### **Svar**

Bent Høie: Svaret er ennå ikke tilgjengelig

### **Skriftlig spørsmål fra Tellef Inge Mørland (A) til helseministeren**

**Dokument nr. 15:1700 (2017-2018)**

**Innlevert: 30.05.2018**

**Sendt: 31.05.2018**

**Til behandling**

#### **Spørsmål**

Tellef Inge Mørland (A): Kan statsråden forsikre om at det ikke er inngått avtaler i det offentlig finansierte helsevesenet, tilsvarende den som i følge Aftenposten og Bergens Tidende ble forsøkt gjennomført med Oslo universitetssykehus, Ullevål, og hvilke tiltak vil statsråden iverksette for å hindre at fellesskapets helsevesen i fremtiden skal bli utsatt for lignende forsøk fra legemiddelselskaper?



**Begrunnelse**

Aftenposten og Bergens Tidende har 30.mai 2018 en sak med overskriften «Medisingigant la opp til å melke statens refusjonssystem». Saken handler om et legemiddelselskap som ga Oslo universitetssykehus, Ullevål tilbud på et vesentlig dyrere legemiddel, Lucentis, mot våt AMD (en øyesykdom), enn legemiddelet Avastin som man da brukte.

Rabatter på Lucentis, i kombinasjon med rabatter på andre legemidler fra det samme selskapet, ville likevel gjort til at Oslo universitetssykehus, Ullevål kom til å tjene økonomisk på denne løsningen, på tross av den vesentlig høyere prisen på Lucentis. I følge Aftenposten / Bergens Tidende ville man ved Ullevål sitte igjen med cirka fire millioner kroner, sammenlignet med fortsatt bruk av billigmedisinen. Samtidig ville legemiddelselskapet øke sine fortjenestemuligheter.

Grunnen til at dette skulle være mulig, var i følge Aftenposten / Bergens Tidende at man da ville utnyttet nøkkelen som finansierer norske sykehus maksimalt.

Gjennom en slik bruk av statens refusjonssystem, ville fellesskapet måttet finansiert en ekstraregning på 23 millioner kroner, i følge nyhetssaken.

Heldigvis satte øyelegene ved Ullevål foten ned for den foreslåtte løsningen. Slik saken er fremstilt i Aftenposten / Bergens Tidende fremstår imidlertid dette som en uakseptabel måte å forsøke å bruke fellesskapets helsevesen på.

**Svar**

Bent Høie: Svaret er ennå ikke tilgjengelig

**Skriftlig spørsmål fra Lars Haltbrekken (SV) til helseministeren**

Dokument nr. 15:1644 (2017-2018)

Innlevert: 23.05.2018

Sendt: 24.05.2018

Besvart: 01.06.2018 av helseministeren Bent Høie

**Spørsmål**

Lars Haltbrekken (SV): Mener helseministeren det er en klok bruk av midler når investering i nye sykehusbygg krever at helseforetak enten må spare så mye på drift at de ikke kan drive forsvarlig, eller selge eiendommer som gir vedvarende inntekter for sykehusene?

**Begrunnelse**

St. Olavs sykehus i Trondheim er i ferd med å selge pasienthotellet for å finansiere bygging av et nytt senter for psykisk helse. Pasienthotellet gir årlig omlag 20 millioner i inntekter og er således en langsiktig inntektskilde for sykehuset. Denne inntekten vil gå tapt dersom pasienthotellet selges.

**Svar**

Bent Høie: De regionale helseforetakene har ansvar for å tilby gode spesialisthelsetjenester til alle som trenger det. Helseforetakene har ansvar for å prioritere og planlegge det samlede tjenestetilbudet innenfor fastsatte rammer for virksomheten.

Jeg er kjent med at det er planer om å selge pasienthotellet ved St. Olavs hospital. Frigjorte midler skal benyttes til å finansiere etablering av et senter for psykisk helse. Etablering av senter for psykisk helse har vært et prioritert prosjekt ved St. Olavs hospital og Helse Midt-Norge over en lengre periode.

Etablering av senter for psykisk helse vil integrere det psykiske helsetilbudet i den samlede sykehusvirksomheten ved St. Olavs hospital på Øya, og Helse Midt-Norge opplyser at det vil gi et bedre samlet pasienttilbud.



**Skriftlig spørsmål fra Bård Hoksrud (FrP) til helseministeren**

**Dokument nr. 15:1628 (2017-2018)**

**Innlevert: 22.05.2018**

**Sendt: 22.05.2018**

**Besvart: 30.05.2018 av helseministeren Bent Høie**

**Spørsmål**

Bård Hoksrud (FrP): Kan helseministeren garantere at økt samarbeid med private helsetilbydere er hensyntatt i oppdragsdokumentene til RHF`ene og at helseforetakene forholder seg til dette når de legger planer for sine virksomheter?

**Begrunnelse**

Jeg har fra flere hold fått informasjon om at regionale helseforetak sier opp, reduserer eller lar være å inngå avtaler med private tilbydere innen helsesektor blant annet fordi de ønsker å bygge ut/opp egne offentlige tilbud.

For pasientene betyr dette redusert valgfrihet og er slik jeg ser det helt motsatt av hva regjeringens politikk sier både i Sundvoldplattformen og i dagens regjeringsplattform. Pasienter opplever og mener at valg av behandlingsted i alt for stor grad styres av at helseforetakene bestemmer at man skal benytte sykehusenes egne tilbud, og at pasientens egne ønsker og fastlegens anbefalinger ikke blir tatt hensyn til.

**Svar**

Bent Høie: [Lenke til svaret med tabell i pdf-format](#) [Svaret finnes kun som pdf-fil]

**Skriftlig spørsmål fra Karin Andersen (SV) til helseministeren**

**Dokument nr. 15:1609 (2017-2018)**

**Innlevert: 16.05.2018**

**Sendt: 16.05.2018**

**Besvart: 29.05.2018 av helseministeren Bent Høie**

**Spørsmål**

Karin Andersen (SV): Styret i Helse Sør-Øst skrinlegger det som skulle bli nytt, felles radiologisystem for alle sykehusene. Helseforetaket har brukt over 220 millioner på prosjektet og kostnader vil påløpe i 2018, noe som vil ramme sykehusene. Nå melder Sjukehus Innlandet om økonomisk krise og at de må kutte på nødvendige investeringer og kompetanseoppbygging og tiltak som vil ramme pasienter.

Hva gjør statsråden for å sikre at disse krisene ikke rammer pasientene og hvordan vil statsråden forsikre seg om det?

**Svar**

Bent Høie: Styret i Helse Sør-Øst RHF har vurdert at det ikke er tilrådelig å gå videre med innføring av den regionale radiologiløsningen og har besluttet å avbestille videre leveranser fra Carestream Health. Dette er basert både på erfaringene så langt, pilotprosjektet ved Sykehuset Innlandet HF, og at det ikke har lyktes med å etablere et regionalt standardisert oppsett for en regional radiologiløsning.

Det er beklagelig at innføring av en felles IKT-løsning for radiologi i regionen nå stoppes. Helse Sør-Øst RHF har hatt store utfordringer på IKT-området gjennom det siste året. Helse Sør-Øst RHF har informert departementet om at de arbeider med flere endringer i sin organisering av IKT-området.

Det er flere helseforetak som har behov for ny IKT-løsning for radiologi i regionen, og det er fortsatt et mål at radiologisk informasjon skal kunne deles elektronisk mellom foretakene i regionen. Dette er viktig for at helsepersonell ved sykehusene enkelt skal få tilgang til radiologisk informasjon, inkludert bilder, uansett hvilket sykehus pasienten kommer til.

Styret i Helse Sør-Øst RHF har besluttet at Oslo universitetssykehus HF gis i oppdrag å anskaffe en radiologiløsning som dekker foretakets behov. Samtidig skal denne avtalen kunne benyttes av øvrige helseforetak i regionen. Det vil bli lagt vekt på at arbeidet med anskaffelsen organiseres slik at det blir god

involvering av alle helseforetakene i regionen. I tillegg skal det anskaffes en kommunikasjonsløsning som gjør at radiologisk informasjon kan deles mellom sykehusene i regionen uavhengig av hvilken radiologiløsning helseforetakene benytter.

Styret for Helse Sør-Øst RHF vedtok i 2013 et budsjett på 478 mill. kroner til innføring av regionalt IKT-system for radiologi. Ved utgangen av 2017 er det brukt 221 mill. kroner på innføringsprosjektet ved Sykehuset Innlandet HF og øvrige regionale aktiviteter. Beløpet inkluderer ikke mottakskostnader i helseforetaket, som for eksempel opplæring.

Det er slik jeg oppfatter det, for tidlig å si noe om de totale kostnadene knyttet til beslutningen om å stoppe videre innføring av radiologiløsning, men ifølge Helse Sør-Øst RHF ligger et foreløpig anslag på om lag 114 mill. kroner. Det vil i tillegg påløpe et mindre avbestillingsgebyr. Dette er mye penger, og et slikt tap er sterkt beklagelig. De om lag 114 mill. kronene er kostnader helseregionen har hatt, og vil ikke bli belastet Sykehuset Innlandet HF. Det er Helse Sør-Øst RHF som har løsningen bokført i sine regnskaper og som i 2017 bokførte tapet på 114 mill. kroner. Sykehuset Innlandet HF betaler en såkalt tjenestepriis til Sykehuspartner HF for bruk av løsningen. Denne prisen beregnes med utgangspunkt i den del av løsningen som er tatt i bruk ved helseforetaket.

Det har vært en krevende situasjon for Sykehuset Innlandet HF, og Helse Sør-Øst RHF har gitt helseforetaket det som anses som en økonomisk kompensasjon for de kostnadene helseforetaket har hatt. Den økonomiske kompensasjonen er basert på en helhetlig vurdering av helseforetakets samlede merkostnader forbundet med leveranseprosjektet og for å ivareta pasientsikkerheten. Jeg følger med i denne situasjonen, og Helse Sør-Øst RHF informerer departementet fra det pågående arbeidet med planlegging og gjennomføring av ny anskaffelse av radiologiløsning, og hvordan de sikrer at påløpte kostnader for Sykehuset Innlandet HF ikke går ut over pasientene.

Representanten Andersen viser i sitt spørsmål til at "Sykehuset Innlandet melder om økonomisk krise og at de må kutte nødvendige investeringer og kompetanseoppbygging og tiltak som vil ramme pasienter." Helse Sør-Øst RHF har informert departementet om den økonomiske situasjonen ved Sykehuset Innlandet HF. Det er gitt en økonomisk kompensasjon til Sykehuset Innlandet HF fra det regionale helseforetaket, for å avhjelpe kostnadsbelastningen helseforetaket har hatt forbundet med radiologiløsningen. Denne kompensasjonen er gitt i 2018, for kostnadsbelastning både i 2017 og 2018. Konsekvensen for Sykehuset Innlandets regnskap i 2018 skal med dette være nøytralisert når det gjelder dette særskilte forholdet.

Avslutningsvis viser jeg til brev av 3. mai i år fra Stortingets kontroll- og konstitusjonskomité om denne saken, og mitt svarbrev til Stortinget. Jeg er som her nevnt kjent med at Riksrevisjonen har igangsatt en forvaltningsrevisjon av Helse Sør-Øst RHF's radiologiprojekt. Jeg mener det er positivt at vi på denne måten får en grundig gjennomgang av saken. Dette vil bidra til å gi et klarere bilde av hvorfor prosjektet ikke har lyktes, samtidig som det bidrar til kunnskap og læring for en samlet helsetjeneste.

#### **Skriftlig spørsmål fra Gisle Meininger Saudland (FrP) til helseministeren**

**Dokument nr. 15:1536 (2017-2018)**

**Innlevert: 09.05.2018**

**Sendt: 09.05.2018**

**Besvart: 22.05.2018 av helseministeren Bent Høie**

#### **Spørsmål**

Gisle Meininger Saudland (FrP): Kan helseministeren garantere at den nye direktøren for Sørlandet sykehus HF vil jobbe i tråd med regjeringens ønske om at Flekkefjord sykehus skal bestå med dagens funksjoner, og hvordan vil statsråden forsikre seg om at både den nye direktøren og styrelederen jobber for å opprettholde dagens funksjoner på Flekkefjord sykehus?

#### **Begrunnelse**

Jeg vil begynne med å takke helseministeren som i fjor vår sa klart og tydelig ifra at Flekkefjord sykehus skal bestå med de funksjoner det har.

Flekkefjord sykehus har i en årrekke levd med frykt for at livsviktige funksjoner for lokalbefolkningen endres eller legges ned under dekke av at pasientsikkerheten ikke er god nok.

I nasjonal helse og sykehusplan er det mye som tilsier at Flekkefjord sykehus skal bestå med eksisterende funksjoner. Det ble likevel av sykehusledelsen skapt en uro rundt Flekkefjord sykehus både før og etter Stortingets behandling av nasjonal helse og sykehusplan som fikk flere tusen mennesker til å gå i fakkeltog, mange tusen underskrifter ble levert statsråden personlig, samt engasjement fra både ansatte, befolkning, tilreisende, pasienter, politikere og andre.

Selv etter at statsråden i fjor vår bekreftet at Flekkefjord sykehus ville bestå med de funksjoner det har så ble det skapt usikkerhet rundt fremtiden til Flekkefjord sykehus. Daværende direktør på Sørlandet sykehus HF har møtt kritikk, -både fra lokalbefolkning, tillitsvalgte men også fra statsråden selv og har måttet gå av som leder for Sørlandet sykehus HF. Det vil snart bli ansatt en ny direktør for Sørlandet sykehus HF. Styreleder har også varslet at hun vil trekke seg i forbindelse med overgang til ny jobb.

#### **Svar**

Bent Høie: I foretaksmøte med de regionale helseforetakene i mai 2016 ble det lagt til grunn at alle helseforetak skal utarbeide utviklingsplaner. Som oppfølging av Stortingets behandling av Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019) ble det blant annet presisert at "sykehus som i dag har akuttkirurgisk tilbud, fortsatt skal ha dette når hensynet til pasienten gjør det nødvendig og kvalitet og pasientsikkerhet er ivarett".

I forbindelse med spørsmålet fra representanten Gisle Meininger Saudland har jeg henvendt meg til Helse Sør-Øst RHF. Helse Sør-Øst RHF viser i sitt svar til at de har hatt dialog med Sørlandet sykehus HF om utviklingsplanen. De har i sine tilbakemeldinger til Sørlandet sykehus HF lagt vekt på at utviklingsplanen må legge til grunn at det skal være akuttfunksjoner ved sykehusene i Arendal, Kristiansand og Flekkefjord, samt at den skal omhandle planer for utvikling av alle de tre sykehusene med en klar profil for alle lokalisasjonene. Videre har Helse Sør-Øst RHF lagt vekt på at kapasiteten ved alle lokalisasjonene må utnyttes.

Helse Sør-Øst RHF viser også til at styret i Sørlandet sykehus HF behandlet utviklingsplanen den 12. april i år. I vedtaket punkt 2 heter det:

"Styret vil videreutvikle en driftsmodell for SSHF med store akutt sykehus i Arendal og Kristiansand og akutt sykehus i Flekkefjord. Delregionale senterfunksjoner som PCI og ICD skal videreføres i tråd med gjeldende føringer fra Helse Sør-Øst RHF."

#### **Skriftlig spørsmål fra Tellef Inge Mørland (A) til helseministeren**

**Dokument nr. 15:1519 (2017-2018)**

**Innlevert: 07.05.2018**

**Sendt: 08.05.2018**

**Besvart: 22.05.2018 av helseministeren Bent Høie**

#### **Spørsmål**

Tellef Inge Mørland (A): Hva er årsaken til at andelen deltidsansatte ved Sørlandet sykehus er mer enn dobbelt så stor som ved Oslo universitetssykehus, og hvilke tiltak vil statsråden sørge for at blir satt inn for å redusere andelen deltidsansatte ved Sørlandet sykehus?

#### **Begrunnelse**

Tall NRK har innhentet fra de regionale helseforetakene, og publisert 7.mai 2018, viser at det er en betydelig variasjon i andelen deltidsansatte ved norske sykehus. For eksempel er andelen deltidsansatte ved Sørlandet sykehus 31%, mens den for Oslo universitetssykehus er 14%.

#### **Svar**

Bent Høie: I foretaksmøtet i de regionale helseforetakene i januar i år viste jeg til tidligere stilte krav om å etablere en heltidskultur i helseforetakene, og å redusere bruken av deltid. Dette er viktig for å bedre pasientsikkerheten og kvaliteten i pasientbehandlingen. Dette følges opp gjennom videre rapportering. Jeg viste også til at de regionale helseforetakene må arbeide systematisk med strategisk bemannings- og kompetanseplanlegging, gjennom målrettet å arbeide med å utdanne, rekruttere, beholde og utvikle medarbeidere. De regionale helseforetakene og helseforetakene lokalt må ha god dialog og godt samspill

med utdanningssektoren for å sikre at utdanningene har kapasitet, kvalitet og innhold som er tilpasset tjenestens og befolkningens behov.

Helse Sør-Øst RHF har informert departementet om at andelen deltidsansatte ved Sørlandet sykehus (SSHF) ikke er høyere enn andre sammenlignbare sykehus i Helse Sør-Øst. I andre tertial 2017 lå deltidsandelen på 37,5 prosent totalt, inklusiv midlertidige ansatte. For fast ansatte var andelen betydelig lavere, 29,5 prosent ifølge indikatoren «korrigert andel deltid». Dette er ifølge Hele Sør-Øst RHF på linje med gjennomsnittet i regionen. Det er Oslo universitetssykehus (OUS) som skiller seg positivt ut. Sammen med Akershus universitetssykehus (Ahus) og Sunnaas sykehus har de en vesentlig lavere deltidsandel enn de andre helseforetakene i Helse Sør-Øst. Det arbeides med læring på tvers av helseforetakene blant annet i det regionale HR-direktørmøtet.

Helseforetakene i Helse Sør-Øst arbeider løpende med å redusere deltidsbruken og styrke heltidskulturen blant alle yrkesgrupper. Det regionale helseforetaket har utarbeidet en felles heltidspolicy som er lagt til grunn for dette arbeidet. Arbeidet med å etablere heltidskultur bygger på følgende felles retningslinjer:

- Alle stillinger i helseforetakene skal i utgangspunktet lyses ut som heltidsstillinger, med oppgaver på en eller flere enheter i tråd med virksomhetens behov. Unntak må begrunnes.
- Fast ansatte kan av ulike grunner ha rett til eller behov for å redusere sin arbeidstid. Slike ordninger må likevel evalueres i forhold til behov og såfremt mulig tidsbegrenses.
- Alle deltidsansatte som ber om det, skal få en individuell vurdering av sine muligheter for hel stilling basert på virksomhetens behov og innenfor rammen av aktuelle arbeidstidsordninger, herunder ekstra vakter på kveld og helg.
- Ved nyrekruttering må det sikres en rimelig fordeling av oppgaver og en mest mulig jevn fordeling av belastende vakter på kveld og helg.

- Arbeidet med heltidskultur tilpasses foretakenes situasjon og muligheter, men det forutsettes at det iverksettes tiltak på flere plan

- o Strukturelle og individuelle tiltak
- o Rekrutteringstiltak og kompetansecfremmende tiltak
- o Holdningsarbeid og kulturfremmende tiltak

De regionale retningslinjene innebærer at helseforetakene i Helse Sør-Øst må påse at utlysning normalt skjer i hele stillinger, og at alle utlysninger som fraviker dette skal ha en konkret begrunnelse av hvorfor dette eventuelt er vanskelig. Alle deltidsansatte som ber om det skal dessuten få en individuell vurdering av sine muligheter for en hel stilling.

"Verktøykassen" som benyttes ute i helseforetakene skal uansett omfatte tiltak på følgende områder:

- Utlysings- og ansettelsespraksis, herunder fortrinnsrett for deltidsansatte
- Permisjonspraksis, dvs. redusere unødvendig bruk av permisjoner
- Bemanningenheter/vikarpooler
- Kombinerte stillinger (inkl. sengepost/ dagarbeidsenhet)
- Endrede arbeidstids-/turnusordninger (inkl. lengre dagvakter og flere helgevakter)
- Konvertering av variabel lønn til faste stillinger

Utviklingen i andelen deltid i hvert helseforetak og i foretaksgruppen som helhet, følges opp månedlig og tertialvis gjennom standard rapportering internt. Videre er deltidsutviklingen tema på de regionale HR-direktørmøtene. Helse Sør-Øst RHF rapporterer månedlig til departementet for alle helseforetakene samlet sett, på lik linje med de andre helseregionene.

Sørlandet sykehus har gjort en analyse av utviklingen av andelen heltid i perioden 2011 - 2017. Den viser at det ikke er ansatt flere sykepleiere i perioden, men at de hver for seg jobber mer, og at det er mange flere som arbeider 100 % enn tidligere. En stor andel av de som arbeider deltid, er turnusarbeidere med hovedsakelig arbeid hver 3. helg. Kartlegginger viser også at de aller fleste som arbeider deltid ønsker dette selv, fordi det gir dem en ønsket fleksibilitet i arbeidssituasjonen.

Sørlandet sykehus understreker at helseforetaket tilstreber en heltidskultur, og at det gjennom lengre tid har vært iverksatt tiltak for å sikre bedre utvikling på dette området. I tillegg til Helse Sør-Østs regionale heltidspolicy er det utarbeidet en egen foretaksvis heltidspolicy. Retningslinjene er utarbeidet i samarbeid med tillitsvalgte og omfatter ulike virkemidler og tiltak. Erfaringene etter seks år viser at det er nødvendig å benytte flere tiltak samtidig. Videre må det stilles krav til en viss fleksibilitet hos søkere ved nyansettelse i stillinger.

De viktigste tiltakene ved Sørlandet sykehus er følgende:

- Alle sykepleiestillinger lyses ut med arbeid både på helg og dagtid.
- Ansettelse i kombinasjonsstillinger mellom sengepost og poliklinikk.
- Gjennomgang av bemanningsplan, kompetansebehov og bruk av studentstillinger i helg.
- Organisasjonsavdelingen kontrollerer utlysning av deltidsstillinger og etterspør hvilke vurderinger ledere har gjort om mulighet for å utlyse 100 %.
- Etablering av en tverrgående bemanningsenhet. Enheten har ansatt sykepleiere som dekker korttidsfraværet ved 28 enheter i Kristiansand og Arendal. Disse jobber fleksibelt med 3-4 fagområder.
- Etablering av en trainee-ordning for nyutdannede sykepleiere som får fast jobb i 100 % stilling. Programmet går over to år, der kandidatene skal jobbe i 8 måneders perioder på tvers av kirurgiske og medisinske fagområder samt klinikk for psykisk helse.
- Ledere skoles i metodikk for å motivere medarbeidere til selv å ville jobbe fulltid.

Sørlandet sykehus legger vekt på at ansatte ved eventuelt behov for tilrettelegging i form av redusert stilling får dette bare for en tidsbegrenset periode. Det skal gjennomføres samtale om generelle muligheter for tilrettelegging før man innvilger søknad om redusert stilling. Søknader godkjennes for et år av gangen. Helseforetaket viser videre til at etablering av heltidskultur og reduksjon av deltid er en langsiktig prosess. Sørlandet sykehus arbeider med både holdninger og kultur hos ledere, medarbeidere og studenter. Det er opprettet en fast arbeidsgruppe som skal sette fokus på dette. Arbeidsgruppen innhenter blant annet erfaringer fra andre foretak, gjennomgår kartlegginger og analyser av ansatte i ulike stillingsandeler og utreder nye tiltak for arbeidsmiljøutvalg og ledelse. Temaet heltidskultur inngår også i undervisningsplanen for foretakets lederskole («den lille lederskolen») og tas jevnlig opp som tema på møter i klinikkene. Sørlandet sykehus deltar for øvrig i «Nettverk heltidskultur» på Sørlandet. Foretaket er også med i pilotprosjektet "Et likestilt arbeidsliv", hvor heltidskultur er en av indikatorene det arbeides kontinuerlig med. Målsettingen er å øke antall medarbeidere som jobber heltid med 5 prosent innen to år. Oslo universitetssykehus legger til grunn at foretakets gode resultater på området har sammenheng med at det over flere år har blitt arbeidet målrettet for å etablere heltidskultur og redusere all bruk av deltid. Det understrekes at deltid er en sammensatt utfordring, og at det derfor må jobbes med flere typer tiltak parallelt. Det er utarbeidet retningslinjer for bruk av deltidsstillinger, der formålet er at flest mulig ansettes i full stilling.

Tiltak ved Oslo universitetssykehus inkluderer blant annet:

- Utlysning av faste, hele stillinger:
  - o Alle stillinger i helseforetaket skal som hovedregel lyses ut som heltidsstillinger, og unntak skal begrunnes.
- Bruk av fortrinnsrett ved nyansettelse:
  - o Deltidsansatte har fortrinnsrett fremfor søkere utenfra og interne heltidsansatte som ønsker å skifte jobb.
- Bruk av post-/avdelings-/klinikkovertgripende stillinger (for eksempel utnytte mulighetene mellom sengepost, poliklinikk og tilsvarende).
- Bruk av intern vikartjeneste/bemanningscenter. Ufrivillig deltidsansatte tilbys økt stilling gjennom internt bemanningscenter. Dette gjelder tverrgående grupper som f.eks. sykepleiere, hjelpepleiere, sekretærer og helsesekretærer.
- Øke kunnskap blant ledere om arbeidstidsplanleggingssystemer.
- Endrede arbeidstidsordninger (for eksempel fleksibel turnus, lengre vakter, og mer helgearbeid for eksempel ved at ansatte som ikke arbeider helger (ved poliklinikker) kan få arbeidsplaner med helgearbeid).

Som det fremgår over så arbeider de to helseforetakene, dog med noe ulikt utgangspunkt, langs samme hovedstrategi/retningslinjer og med en felles forståelse om at man må arbeide med flere tiltak parallelt. Dette har gitt positive resultater både når det gjelder virksomhetenes og de ansattes individuelle behov. Helse Sør-Øst RHF er også opptatt av den nye rammeavtalen om arbeidstidsplanlegging som er inngått mellom Arbeidsgiverforeningen Spekter og Norsk sykepleierforbund i år. Rammeavtalen omfatter flere tiltak som skal bidra til at helseforetakene kan benytte ressursene sine mer fleksibelt, redusere overtid/innleie, tilby flere hele stillinger og gi mulighet for langtidsplanlegging. Tiltakene omfatter både en prosess for etablering av arbeidsplaner, veiledere for kalenderplanlegging og bruk av timebank samt felles anbefalinger vedrørende etablering av bemanningsenheter i helseforetakene. Dette er tiltak som, sett i sammenheng, har et stort potensial for å øke andelen heltidsstillinger og redusere bruken av deltid i helseforetakene.



Avslutningsvis viser jeg til at jeg i flere år har stilt krav til de regionale helseforetakene om at sykehusene skal jobbe med en heltidskultur og at flest mulig skal ansettes i hele, faste stillinger. Arbeidet i sykehusene og de regionale helseforetakene har gitt resultater. Bruken av deltid for faste ansatte i sykehusene har gått ned med mer enn 20 prosent i alle helseregionene siden 2010, og reduksjonen har fortsatt for hvert år. Samtidig har andelen medarbeidere som har fått høyere stillingsprosent også økt. I samme periode har gjennomsnittlig stillingsprosent for fast ansatte økt, og ligger nå på om lag 90 prosent i alle helseregioner. Selv om utviklingen går i riktig retning, så er vi ikke i mål. Faste hele stillinger er viktig for å beholde og videreutvikle kvalifisert arbeidskraft, rekruttere kompetente medarbeidere, og samlet sett utvikle et godt arbeidsmiljø og redusere sykefraværet.

**Skriftlig spørsmål fra Åslaug Sem-Jacobsen (Sp) til helseministeren**

**Dokument nr. 15:1460 (2017-2018)**

**Innlevert: 30.04.2018**

**Sendt: 30.04.2018**

**Besvart: 08.05.2018 av helseministeren Bent Høie**

**Spørsmål**

Åslaug Sem-Jacobsen (Sp): Sykehuset i Telemark har fått innsparingskrav. Nok en gang skal det ramme tilbudet på Rjukan sykehus. I alle fall mener sykehusledelsen det og vil redusere driftsdagene til kun tre. Dette skjer samtidig med at STHF heller ikke ansetter i stillinger som blir ledige grunnet naturlig avgang. Mener ministeren som meg at dette ikke samsvarer med utviklingsplanen for Rjukan sykehus som helt tydelig sier at man skal utvikle et styrket - ikke svekket - desentralisert spesialhelsetilbud?

**Begrunnelse**

Sykehusledelsen begrunner avgjørelsen med lite pasientgrunnlag. Men når man ikke har nok folk ansatt lenger så kan man naturlig nok heller ikke ta i mot like mange pasienter som før. Derfor er det ikke rart at pasientgrunnlaget er litt synkende. Og nedgangen i antall ansatte skyldes altså at det ikke ansettes nye arbeidstakere i stillinger som skal fylles etter naturlig avgang. Jeg håper og tror at ministeren ser nærmere på denne praksisen også, i tillegg til å gjøre godt greie for at vedtatte utviklingsplaner er planer man skal følge opp, ikke gå imot.

**Svar**

Bent Høie: Alle helseforetakene arbeider med å revidere sine utviklingsplaner. Utviklingsplanene for de ulike helseforetak må ses samlet og sikre det totale helsetilbudet i regionen. Jeg har derfor bedt de regionale helseforetakene innen desember 2018 utarbeide regionale utviklingsplaner med tidshorisont fram til 2035.

De regionale planene skal sammenfatte helseforetakenes utviklingsplaner opp mot regionens samlede "sørge for"-ansvar og kapasitetsbehov. Sykehuset Telemark har arbeidet med oppdateringer av utviklingsplanen fram til 2035. Jeg har bedt Helse Sør-Øst og Sykehuset Telemark redegjøre for saken. Sykehuset Telemark opplyser:

"Innholdet i tjenestetilbudet på Rjukan er det samme som tidligere. I Utviklingsplanen er det ikke lagt opp til akutfunksjoner innen spesialisthelsetjenesten på Rjukan, men et poliklinisk tilbud for planlagt aktivitet tilpasset behovet i befolkningen.

Den planlagte polikliniske aktiviteten innenfor indremedisin, dialyse, radiologi, kirurgi og ortopedi fortsetter som før, men tilbudet konsentreres over tre dager i stedet for fem dager i uken. Samlet sett er vår vurdering at det polikliniske tilbudet har fungert godt, spesielt har Tinn fått et svært godt resultat når det gjelder desentralisert dialysebehandling. I tillegg har det vært private øye- og øre-nese-hals spesialister og audiograf som også fortsetter.

Bakgrunnen for endringen er at vi til enhver tid må tilpasse driften vår til det reelle pasientbehovet. Det er naturlig at behovet for polikliniske undersøkelser endres over tid. Vi ser at vi nå samlet sett har aktivitet til tre dialysedager, tre røntgendager og en til to fulle poliklinikkdager i uka. Det at vi ikke skal ha akutte undersøkelser gjør det mulig å samle driften til tre dager i uken i stedet for å spre den ut over flere dager. Dette er hensiktsmessig i forhold til ressursbruk, samtidig som man ivaretar muligheten til å samordne for pasienter som skal ha flere typer undersøkelser.

Vi vil også nevne at vi samtidig har startet opp desentralisert dialysebehandling i Vinje, nettopp for å ha pasientnære tilbud der det er mulig.

Det har ikke vært et ønske fra kommunen om å utvikle et felles helsetilbud i de gamle sykehusearealene, noe som kunne gitt grunnlag for en bedre utvikling av det totale tilbudet over tid. Vi synes totalt sett vi har hatt en god dialog med kommunen om det lokale helsetilbudet og mulige samarbeidsområder."

Helse Sør-Øst opplyser videre at Sykehuset Telemark har oppgitt at de har rekrutteringsutfordringer knyttet til en ledig stilling som overlege i indremedisin og at det arbeides med å finne en god løsning for å dekke befolkningens behov.

Behovet for spesialisthelsetjenester vil endres over tid. En utviklingsplan skal peke på ønsket utviklingsretning for sykehusene i helseforetaket og hvilke tiltak som er nødvendige for å møte framtidens utfordringer, og støtte opp om et overordnet felles formål.

Jeg legger til grunn at eventuelle endringer i tjenestetilbudet på Rjukan er basert på en faglig vurdering av hva som er hensiktsmessig i forhold til behovet i befolkningen.

### **Skriftlig spørsmål fra Siv Henriette Jacobsen (A) til helseministeren**

**Dokument nr. 15:1449 (2017-2018)**

**Innlevert: 26.04.2018**

**Sendt: 27.04.2018**

**Besvart: 08.05.2018 av helseministeren Bent Høie**

#### **Spørsmål**

Siv Henriette Jacobsen (A): Regjeringen har nylig lansert en egen kreftstrategi. Mangel på et eget strålesenter gjør at kreftpasientene i Østfold har en dårligere prognose enn andre og sykehuset i Østfold har flere ganger pekt på behovet for et eget strålesenter.

Vil regjeringen følge opp kreftstrategien med å bidra til å få etablert et eget strålesenter i Østfold?

#### **Begrunnelse**

Hvert år rammes flere tusen av kreft. Bare i 2015 var det 32 592 nye krefttilfeller. Mange av disse pasientene vil i løpet av sykdomsforløpet få strålebehandling. I dag er det ikke stråletilbud i Østfold. Det medfører at pasienter i tillegg til å måtte håndtere den belastningen det er å få en kreftdiagnose, må gjennom krevende hverdager med unødvendig pendling til Oslo Universitetssykehus

Basert på økt kreftinsidens og befolkningsframskrivninger er det tydeliggjort et behov for å øke stråleterapikapasiteten i Norge. For å sikre pasienter som trenger stråleterapi et likeverdig tilbud og bedre tilgjengelighet til behandlingen, er det ønskelig at det etableres nye stråleterapienheter i en del områder som i dag ikke har dette tilbudet. Forrige uke la helseministeren fram den nye kreftstrategien som skal gjøre Norge til et foregangsland kreftbehandling. Kreftstrategien lanseres samtidig som sykehus over hele landet varsler om kutt og må utsette investeringer i strålekapasitet, utstyr til bedre bildediagnostikk.

Muligheter for god bildediagnostikk og stråling er avgjørende for bedre kreftbehandling. Det er derfor behov for nye strålesenter, ikke minst i Østfold. Dette er viktig for følge opp målsettingene i kreftstrategien om tidlig og presis diagnostikk og mindre senskader.

#### **Svar**

Bent Høie: Helse Sør-Øst RHF oppgir at likeverdig behandlingstilbud til pasientene er hovedkriterium for all regional planlegging av nye spesialisthelsetjenestetilbud i Helse Sør-Øst.

Oppfølging av stråleterapikapasiteten i Helse Sør-Øst og etablering av nye stråleterapienheter i sykehusområder som ikke har eget strålebehandlingstilbud i dag ble styrebehandlet i Helse Sør-Øst RHF 21. april 2016 (styresak 30-2016), der styret legger til grunn følgende prioriterte rekkefølge for fremtidig utbygging av nye stråleenheter i Helse Sør-Øst:

- a. Sykehusområdet Vestfold-Telemark
- b. Akershus sykehusområde
- c. Vestre Viken sykehusområde
- d. Østfold sykehusområde



Helse Sør-Øst viser til at økt kreftinsidens og befolkningsframskrivninger har tydeliggjort et behov for å øke stråleterapikapasiteten i regionen. For å sikre pasienter som trenger stråleterapi et likeverdig tilbud og bedre tilgjengelighet til behandlingen, ønsker Helse Sør-Øst å etablere nye stråleterapienheter i de sykehusområder som i dag ikke har dette tilbudet. Stråleterapi er høyspesialisert behandling som krever særskilt kompetanse og har høye kostnader knyttet til både investering og drift.

Den aktuelle styresaken fra 2016 gir en oppsummering av utredningsarbeid og prosesser som har vært gjennomført for å avklare det regionale utbyggingsbehovet (2014-rapport) av stråleterapi og regional prioritering i form av rekkefølge for videre utbygging i sykehusområdene. Investeringsprosjektene som følger av denne utbyggingsplanen vil bli behandlet som en del av rulleringen av økonomisk langtidspan. Helse Sør-Øst opplyser at det regionale utbyggingsbehovet av stråleterapi på ny ble vurdert i juni 2017 av en regional arbeidsgruppe ledet av Oslo universitetssykehus HF, som viser utbyggingsbehovet totalt og for det enkelte sykehusområde fram mot 2032. Estimater for regionalt kapasitetsbehov for stråleterapi i 2027 ligger 20 % under estimatet fra 2014-utredningen. Dette er hovedsakelig forårsaket av to forhold: endret fraksjoneringsmønster og antatt produksjonsøkning pr. maskinenhet, med omtrent like stor effekt fra begge.

Estimatet for maskinbehovet i 2032 (og 2042) forutsetter at de enkelte sykehusområdene har full dekning av kapasitetsbehovet i eget opptaksområde, og innebærer en gradvis nedtrapping av kapasiteten i Oslo universitetssykehus HF etter hvert som nye senter kommer i drift.

Helse Sør-Øst oppgir videre: "Vurdert ut fra befolkningstetthet, kommunikasjonsmessige forhold og størrelse og robusthet prioriteres tidsmessig utbygging i Sykehusområdet Vestfold-Telemark. Dette da populasjonen i Vestfold-Telemark er større enn i Østfold. Videre er avstanden til Oslo for en stor andel av innbyggerne i Vestfold-Telemark lengre enn i Østfold og Vestre Viken sykehusområder. I sine høringsuttalelser knyttet til styresak 30-2106 opplyser Vestre Viken HF og Sykehuset Østfold HF at de har innledet planarbeid med tanke på stråleterapi-utbygging. Helseforetakene har nylig utarbeidet utviklingsplaner og etablering av et kreftsentert med stråleterapi er beskrevet i utviklingsplanen for Sykehuset Østfold HF."

Jeg er opptatt av at kreftomsorgen skal bli bedre. Helse Sør-Øst sine planer om etablering av stråleterapienheter i sykehusområder som ikke har slik behandling i dag vil bidra til dette.

#### **Skriftlig spørsmål fra Terje Aasland (A) til helseministeren**

**Dokument nr. 15:1411 (2017-2018)**

**Innlevert: 24.04.2018**

**Sendt: 24.04.2018**

**Besvart: 04.05.2018 av helseministeren Bent Høie**

#### **Spørsmål**

Terje Aasland (A): Mener statsråden at utviklingsplanen er fulgt opp med tanke på hva som skal ligge av helsetjenester ved Rjukan sykehus og som var grunnlaget for statsrådets beslutning om å akseptere nedleggelse av akuttfunksjonen ved Rjukan sykehus og vil statsråden nå ta et initiativ til at man ikke ytterligere redusere helsetilbudet ved Rjukan sykehus?

#### **Begrunnelse**

Med bakgrunn i utviklingsplanen for 2014-2016 ga helseministeren i 2014 klarsignal for at akuttfunksjonene ved Rjukan og Kragerø sykehus skulle legges ned. Denne utviklingsplanen har i ettertid, slik jeg ser det, ikke blitt fulgt med den følge at det stadig er reduksjoner i helsetjenestene som berører dette distriktet. Det har medført reduksjoner i bemanningen og ansatte som går over i pensjon blir ikke erstattet. Dette igjen medfører at det nå skal kuttes ned på antall driftsdager fra 5 til 3. Den offisielle begrunnelsen gis i pasientgrunnlaget, men det har åpenbare sammenhenger med tilgang på personell. På meg virker utviklingsplanen som omhandler Rjukan sykehus og som var grunnlaget for at statsråden aksepterte nedleggelse av akuttfunksjonen mer framstår som en avviklingsplan for Rjukan sykehus.

**Svar**

Bent Høie: Alle helseforetakene arbeider med å revidere sine utviklingsplaner. Utviklingsplanene for de ulike helseforetak må ses samlet og sikre det totale helsetilbudet i regionen. Jeg har derfor bedt de regionale helseforetakene innen desember 2018 utarbeide regionale utviklingsplaner med tidshorizont fram til 2035.

De regionale planene skal sammenfatte helseforetakenes utviklingsplaner opp mot regionens samlede "sørge for"-ansvar og kapasitetsbehov. Sykehuset Telemark har arbeidet med oppdateringer av utviklingsplanen fram til 2035. Jeg har bedt Helse Sør-Øst og Sykehuset Telemark redegjøre for saken. Sykehuset Telemark opplyser:

"Innholdet i tjenestetilbudet på Rjukan er det samme som tidligere. I Utviklingsplanen er det ikke lagt opp til akutfunksjoner innen spesialisthelsetjenesten på Rjukan, men et poliklinisk tilbud for planlagt aktivitet tilpasset behovet i befolkningen.

Den planlagte polikliniske aktiviteten innenfor indremedisin, dialyse, radiologi, kirurgi og ortopedi fortsetter som før, men tilbudet konsentreres over tre dager i stedet for fem dager i uken. Samlet sett er vår vurdering at det polikliniske tilbudet har fungert godt, spesielt har Tinn fått et svært godt resultat når det gjelder desentralisert dialysebehandling. I tillegg har det vært private øye- og øre-nese-hals spesialister og audiograf som også fortsetter.

Bakgrunnen for endringen er at vi til enhver tid må tilpasse driften vår til det reelle pasientbehovet. Det er naturlig at behovet for polikliniske undersøkelser endres over tid. Vi ser at vi nå samlet sett har aktivitet til tre dialysedager, tre røntgendager og en til to fulle poliklinikkdager i uka. Det at vi ikke skal ha akutte undersøkelser gjør det mulig å samle driften til tre dager i uken i stedet for å spre den ut over flere dager. Dette er hensiktsmessig i forhold til ressursbruk, samtidig som man ivaretar muligheten til å samordne for pasienter som skal ha flere typer undersøkelser.

Vi vil også nevne at vi samtidig har startet opp desentralisert dialysebehandling i Vinje, nettopp for å ha pasientnære tilbud der det er mulig.

Det har ikke vært et ønske fra kommunen om å utvikle et felles helsetilbud i de gamle sykehusearealene, noe som kunne gitt grunnlag for en bedre utvikling av det totale tilbudet over tid. Vi synes totalt sett vi har hatt en god dialog med kommunen om det lokale helsetilbudet og mulige samarbeidsområder."

Helse Sør-Øst opplyser videre at Sykehuset Telemark har oppgitt at de har rekrutteringsutfordringer knyttet til en ledig stilling som overlege i indremedisin og at det arbeides med å finne en god løsning for å dekke befolkningens behov.

Behovet for spesialisthelsetjenester vil endres over tid. En utviklingsplan skal peke på ønsket utviklingsretning for sykehusene i helseforetaket og hvilke tiltak som er nødvendige for å møte framtidens utfordringer, og støtte opp om et overordnet felles formål.

Jeg legger til grunn at eventuelle endringer i tjenestetilbudet på Rjukan er basert på en faglig vurdering av hva som er hensiktsmessig i forhold til behovet i befolkningen.

**Skriftlig spørsmål fra Ingvild Kjerkol (A) til helseministeren**

**Dokument nr. 15:1404 (2017-2018)**

**Innlevert: 23.04.2018**

**Sendt: 23.04.2018**

**Besvart: 04.05.2018 av helseministeren Bent Høie**

**Spørsmål**

Ingvild Kjerkol (A): Kan Statsråden redegjøre for hvor store ekstrakostnader postomleggingen har ført til for de ulike regionale helseforetakene og helseforetakene, hvordan vil statsråden løse dette og hva mener statsråden evt at helseforetakene skal nedprioritere for å dekke de økte postutgiftene?

**Begrunnelse**

Flere helseforetak rapporterer om at kostnadene til post har økt mye etter at Posten avviklet A-post. Helseforetakene bruker post til blant annet sending av pasientprøver. Ved OUS har endringen medført en kostnadsøkning på 200-300 prosent, mens Helse Fonna sier til Dagsavisen at avtalen koster mer enn tidligere, og at dette ikke blir kompensert. I statsbudsjettet for 2018, anslo Helse- og

Omsorgsdepartementet at postomleggingen ville gi økte kostnader på om lag 30 mill. kroner, og skrev at det skulle tas innenfor det ordinære budsjettet til de regionale helseforetakene. Årets sykehusbudsjett har lite rom økt pasientbehandling når blant annet ekstra kostnader som følge av befolkningsøkning, en aldrende befolkning, og overføring av flere dyre legemidler til sykehusbudsjettene ble tatt inn. Vi vet at helseforetakene allerede har stramme budsjetter der det prioriteres hardt.

#### **Svar**

Bent Høie: Flere av tjenestene som leveres i sykehusene er avhengig av forutsigbar og rask forsendelse. Biologiske prøver som tas hos fastlege og som må sendes til laboratorier for analyse er et av flere eksempel. Kvaliteten på slike prøver forringes raskt, og en forsinkelse på en dag eller to kan ha konsekvenser for pasientsikkerheten. Da Posten fra 1. januar 2018 slo sammen A-post og B-post til én poststrøm var det viktig å sikre alternative forsendelsesmetoder som kunne benyttes for biologiske prøver og andre tidskritiske forsendelser i helsetjenesten. De regionale helseforetakene ga derfor det felleseide helseforetaket Sykehusinnkjøp HF i oppdrag å anskaffe en nasjonal budtjeneste til dette formålet. Etter en åpen anbudsprosess ble det inngått avtale mellom Sykehusinnkjøp HF og Posten Norge AS om en ny tjeneste "Bedriftspakke ekspress over natten". Helsepersonell kan benytte den nye tjenesten, eller andre ekspresstjenester, i tilfeller hvor de mener at forsendelsen er tidskritisk.

Det er som kjent de regionale helseforetakene som har det helhetlige ansvaret for spesialisthelsetjenestene i sine regioner. Dette innebærer bl.a. å sørge for pasient-sikkerheten og gjøre de nødvendige prioriteringene innenfor de økonomiske rammene Stortinget har stilt til disposisjon for virksomheten. Helse Sør-Øst RHF har informert meg om situasjonen på vegne av de fire regionale helseforetakene. Helse Sør-Øst RHF har innhentet redegjørelser fra Sykehusinnkjøp HF, egne helseforetak og fra helseforetak i de øvrige helseregionene. Kostnadsbildet til brev- og transporttjenester er sammensatt. Noen helseforetak rapporterer om store økninger i kostnader, andre om ubetydelig økning, mens noen også har redusert sine kostnader. Statistikken fra Posten som er innhentet ved hjelp av Sykehusinnkjøp HF, viser at det ikke er registrert kostnadsøkning for de budbiltjenestene Bring har levert lokalt, eller økning i kostnader knyttet til flyfrakt innland. Samtidig har helseforetakene etablert egne avtaler og ulike transportløsninger på foretaksnivå som det tar tid å skaffe oversikt over. De regionale helseforetakene har derfor ikke på nåværende tidspunkt kunnet gi meg et entydig svar på de økonomiske konsekvensene postomleggingen har ført til for de ulike regionale helseforetakene og helseforetakene.

De siste endringene i postomdelingen og den nye tjenesten som er etablert etter avtale mellom helseforetakene og Posten Norge AS trådte i kraft ved sist årsskifte. Det er derfor naturlig at det går noe tid før man ser i hvilket omfang helsepersonell vurderer at det er nødvendig å benytte ekspresstjenester fremfor ordinær postgang etter nye betingelser. Helse Sør-Øst RHF har informert meg om at de har igangsatt en kartlegging for å ta rede på pasientsikkerhetsaspektet knyttet til postomleggingen og vil følge opp dette.

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

**Dokument nr. 15:1396 (2017-2018)**

**Innlevert: 20.04.2018**

**Sendt: 20.04.2018**

**Besvart: 04.05.2018 av helseministeren Bent Høie**

#### **Spørsmål**

Olaug V. Bollestad (KrF): Kan statsråden gjøre rede for hvilke vurderinger som gjøres rundt modeller for finansiering av ideelle sykehus innen Helse Sør-Øst, og vil statsråden sikre at de ideelle sykehusene fortsatt har rammevilkår og møter finansieringsordninger som er forenlige med videre drift?

#### **Begrunnelse**

Helse Sør-Øst arbeider med en ny modell for fordeling av inntekter. Det fryktes for den videre finansieringen av ideelle sykehus. For eksempel er et ideelt sykehus som Diakonhjemmet Sykehus lokalsykehus for tre bydeler, Vestre Aker, Frogner og Ullern. Dersom en ny ordning innføres, der sykehusene skal betale når innbyggere i sine bydeler får behandling ved andre sykehus, vil det medføre at

Diakonhjemmet f eks. skal betale for fødende kvinner på Ullevål og andre tilbud de ikke har ved eget sykehus. Alle sykehus kan ikke ha egen fødeavdeling, barneavdeling og nevrokirurgi for å nevne noe, og disse vil med en slik ordning tape millioner av kroner pga. det.

#### Svar

Bent Høie: De regionale helseforetakene har utviklet egne inntektsmodeller som ligner på modellen som legges til grunn for fordeling av inntektene fra staten til de fire helseregionene. Formålet med inntektsmodellene er å legge til rette for et likeverdig tilbud. Det er opp til de regionale helseforetakene å bestemme hvordan midlene fra staten skal fordeles til det enkelte helseforetak.

Inntektsmodellen i Helse Sør-Øst fordeler inntekter etter objektive kriterier som skal reflektere det relative ressursbehovet mellom sykehusområdene i regionen. Kriteriene er basert på alderssammensetning og sosioøkonomiske kjennetegn ved befolkningen. Inntektsmodellen har også en komponent der helseforetakene kompenseres for kostnader de selv ikke rår over, eller særegne kostnader ved enkelte foretak.

I tillegg er det en årlig tildeling av midler til flere private ideelle sykehus med langsiktige driftsavtaler. Flere av disse private ideelle sykehusene har områdeansvar.

Helse Sør-Øst opplyser at det høsten 2017 og vinteren 2018 har pågått et arbeid med å videreutvikle inntektsmodellen for regionen. Dette arbeidet er ledet av ressurser fra Universitetet i Oslo, og har skjedd i nært samarbeid med ledelse og fagressurser i helseforetakene og private ideelle sykehus med områdeansvar. Helse Sør-Øst RHF har ikke konkludert i dette arbeidet.

Et av spørsmålene som belyses er hvordan inntektene skal fordeles mellom de tre sykehusene med områdeansvar i Oslo sykehusområde. De tre sykehusene er Oslo universitetssykehus HF, Diakonhjemmet Sykehus AS og Lovisenberg Diakonale Sykehus AS. Dette arbeidet må ses i lys av det pågående arbeidet med kapasitetssituasjonen i Oslo og Akershus sykehusområder, der det ses på optimalisering av drift, en bedre utnyttelse av potensialene for utvidelser, utvidet bruk av Diakonhjemmet Sykehus AS og Lovisenberg Diakonale sykehus AS, samt endringer i oppgavedeling.

Helse Sør-Øst opplyser at en framtidig inntektsmodell for Oslo sykehusområde skal understøtte de tre sykehusenes rolle i det regionale "sørge for" – ansvaret, og sette sykehusene i stand til å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til Oslos befolkning. Diakonhjemmet Sykehus AS og Lovisenberg Diakonale Sykehus AS har - og vil også fremover - ha en sentral og nødvendig rolle i ivaretagelsen av det regionale "sørge for" - ansvaret.

#### Skriftlig spørsmål fra Siv Henriette Jacobsen (A) til helseministeren

Dokument nr. 15:1369 (2017-2018)

Innlevert: 17.04.2018

Sendt: 18.04.2018

Besvart: 25.04.2018 av helseministeren Bent Høie

#### Spørsmål

Siv Henriette Jacobsen (A): Sykehusbygg, Sykehuset Østfold og Helse Sør-Øst vil foreta en større evaluering av Sykehuset Østfold for å ta lærdom av prosjektet med tanke på nye utbyggingsprosjekter i sykehussektoren. Dersom evalueringen får konsekvenser for dimensjonering av for eksempel belegg og akuttmottak på Drammen sykehus, burde den ikke få konsekvenser for sykehuset Østfold ved Kalnes. Hvilke konsekvenser vil evalueringen konkret få for sykehuset Østfold ved Kalnes?

#### Begrunnelse

Erfaringene så langt gir grunn til å tro at sykehuset Østfold ved Kalnes er bygget med for høyt belegg og at akuttmottaket er for lite. I tillegg gir modellen som kun er basert på enerom for liten fleksibilitet.

Dersom den endelige evalueringen bekrefter dette, så bør det ikke bare få konsekvenser for andre nye sykehus, men ikke minst burde det få konsekvenser for sykehuset Østfold ved Kalnes.

Siden åpningen i 2015 har antallet korridorpasienter på sykehuset Østfold Kalnes doblet seg fra år til år og antallet pasienter på sykehuset har totalt økt med 10 prosent. Samtidig har man ikke fått ut pasienter fra akuttmottaket slik som det var forutsatt. Fra september vil sykehuset også motta alle pasienter fra Vestby kommune.

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

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

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

Antall korridorpasienter er et uttrykk for det presset sykehuset er under. Dette er et press som bare vil øke i tiden fremover. I tillegg til at antall pasienter totalt har økt med 10 prosent på to år. I tillegg til at sykehuset får overført alle pasientene fra Vestby kommune, så øker også befolkningen i Østfold også dramatisk. For hvert femte år vil det komme like mange nye pasienter som det nå kommer fra Vestby.

Det er grunn til å minne om at styret ved sykehuset opprinnelig arbeidet for å kunne bygge et større sykehus basert på forventet behov, men at de ble gitt en absolutt ramme for prosjektet og søkte midler i tråd med dette.

Selv om sykehusene styres etter en foretaksmodell kan det ikke være slik at Regjeringen kan fraskrive seg alt politisk ansvar. Statsråd Høie må være aktiv og følge opp situasjonen nøye slik at sykehuset kan fungere etter hensikten. Evalueringen av byggeprosjektet må også få konsekvenser for Kalnes.

#### **Svar**

Bent Høie: Ett av formålene bak etablering av Sykehusbygg var å legge til rette for erfarings- og kompetanseoverføring mellom ulike utbyggingsprosjekter og mellom helseregioner. Det er lagt til grunn at alle sykehusprosjekter skal evalueres. Den planlagte evalueringen gjennomføres derfor både for læring for Sykehuset Østfold sin del og for øvrige byggeprosjekter under planlegging eller gjennomføring. Jeg er kjent med at Helse Sør-Øst nå arbeider med mandatet for evalueringen og med å forankre dette, blant annet med Sykehuset Østfold og konserntillitsvalgte. Tidsplanen er foreløpig ikke fastlagt. Hvilke konsekvenser evalueringen får for Sykehuset Østfold, må Sykehuset Østfold og Helse Sør-Øst vurdere avhengig av resultatene av evalueringen.

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

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