

Saksframlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret Helse Sør-Øst RHF	25. september 2025

Sak 108-2025

Driftsorienteringer fra administrerende direktør

Forslag til vedtak:

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Hamar, 18. september 2025

Terje Rootwelt
administrerende direktør

1. Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF – luftambulansebase på Elverum

Saken er unntatt offentlighet jf. LOA §23 første ledd

2. Endringer i radiologi 2.0

Prosjektet Radiologi 2.0 ble sist behandlet i styret gjennom sak 154-2023. Gjennom den tertialvise virksomhetsrapporteringen er det blitt varslet «rødt» på både tid og kostnad for dette prosjektet. Helse Sør-Øst RHF har derfor nå gjort endringer både i styringen av prosjektet og i måten prosjektet gjennomføres på. Styringsgruppen styrkes med både direktør for teknologi og digitalisering og direktør for medisin og helsefag. Gjennom de årene prosjektet har pågått har også noen av forutsetningene forandret seg. Leverandøren av den regionale løsningen, Sectra, har nå blitt tydelig på at de vil fase ut videre produktutvikling av sin løsning for «on-premise» etter at de har levert sin neste produktoppgradering. Deretter vil videre produktutvikling skje på deres skybaserte tjeneste. Vi har behov for å analysere hva dette betyr for de videre planene i prosjektet. I parallell med dette vil prosjektet ha fullt fokus på innføringen av Sectra ved Akershus universitetssykehus HF. Gitt det sterke fokuset nå på de tekniske aspektene i prosjektet, går direktør for teknologi og digitalisering inn som leder av styringsgruppen. Styret vil bli forelagt en sak fra prosjektet basert på analysene som nå gjennomføres, og som legger grunnlaget for en oppdatert videre plan og finansieringsbehov. Dette vil sannsynligvis skje i første styremøte i 2026.

3. Orientering om status på låneporteføljen til Helse Sør-Øst pr. 30. juni 2025

Helse Sør-Øst RHF har per 30. juni 2025 en samlet rentebærende gjeld på 43 526 millioner kroner, som fordeler seg på 10 554 millioner kroner i langsiktig gjeld, 18 473 millioner kroner i byggelån, 11 568 millioner kroner trekk på driftskredittkonto og 2 931 millioner kroner i finansiell leasing.

Finansstrategien for Helse Sør-Øst (jf. styresak 074-2025) fastsetter at renterisikomålet for samlet gjeldsforpliktelse (eksklusive driftskreditt) skal være minimum 25 prosent og maksimalt 50 prosent flytende rente. Samtidig skal det være et rentebindingsbånd mellom tre og fem år – målt ved gjennomsnittlig rentebinding og vektet i forhold til gjenværende lånebeløp.

Helse Sør-Øst RHF har pr. 1. juli 2025 fastrenteavtale på alle konverterte langsiktige lån som det er mulig å ha fastrenteavtale for.

Rentebindingsbåndet på samlet gjeldsforpliktelse er på 2,1 år, og således utenfor kravet i finansstrategien (3-5 år). Andel fastrentelån er på 32,5 prosent, og lavere enn kravet i finansstrategien (50-75 prosent). Det betyr at selv om Helse Sør-Øst RHF har valgt fastrente på alle sine konverterte lån, vil andel fastrente fortsatt være utenfor retningslinjen i finansstrategien. Årsaken til dette er opptak av betydelige byggelån for byggeprosjektene,

hvor betingelsene er flytende rente, samt en ikke ubetydelig andel finansiell leasing knyttet blant annet til Storbylegevakten i Oslo.

1. juli 2025 ble det konvertert byggelån til nytt protonsenter ved Radiumhospitalet, Oslo universitetssykehus HF, på til sammen 1 557 millioner kroner. Lånet ble etablert med fastrenteavtale fra konverteringstidspunktet.

Ved utgangen av 2025 planlegges det å konvertere byggelån fra nytt sykehus Drammen, Vestre Viken HF. Med inngåelse av fastrenteavtaler på dette lånet vil Helse Sør-Øst RHF fra 2026 ligge nærmere renterisikomålene i finansstrategien.

4. Saker til oppfølging etter styremøter

Sak og dato	Oppfølging	Tiltak	Status
089- 2024 Styrket arbeid med personvern 27. september 2024	Styret ber administrerende direktør legge til rette for at helseforetakene forvalter sin rolle som databehandlingsansvarlig slik at beredskapshensyn prioriteres. Styret vektlegger at det legges til rette for at personvernrådgivere i helseforetakene har egnede møteplasser for å rådføre seg med personvernombudet. Det presiseres i administrerende direktørs forslag til vedtakspunkt 2 at administrerende direktør skal bidra til å oppnå større grad av sammenfallende ordninger for det systematiske arbeidet med personvern i helseforetakene. Styret understreker at etableringen av et konsernfelles personvernombud også omfatter etablering av en konsernfelles personvernfunksjon. Dette tydeliggjøres i administrerende direktørs forslag til vedtakspunkt 3. Styret ber om at ordningen evalueres etter noe tid. Dette presiseres i vedtaket. Det forutsettes at evalueringen tekker inn erfaringer fra ansatte som arbeider med personvern i helseforetakene.		Under oppfølging

Sak og dato	Oppfølging	Tiltak	Status
103-2024 Oslo universitetssykehus HF – Orientering om forberedende arbeid for avhending av eiendommene på Ullevål 25. oktober 2024	Styret ber om at det legges frem en mer utfyllende sak som omhandler utvikling av eiendommen for å sikre optimal verdi for helseforetaket ved avhending, herunder sikre hensiktsmessig organisering og kompetanse for prosessen og utarbeidelse av relevante strategier. Videre skal saken omtale kommunikasjons- og omdømmestrategi for arbeidet. Dette presiseres i vedtakspunkt 2.		Under oppfølging
121-2024 Videreføring av arbeidet med oppfølging av sykefravær 22. november 2024	Styret ber administrerende direktør vurdere om et innsatsteam for å følge opp relasjonelle og emosjonelle belastninger i sykehus kan være hensiktsmessig. Styret ber videre om at data fra ForBedringsundersøkelsen benyttes for å belyse faktorer som påvirker sykefraværet.	Følges opp i oppfølging av ForBedringsundersøkelsen	OK
137-2024 Oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelse om risikostyring i helseforetak og regionale helseforetak 19. desember 2024	Styret ber om at det utarbeides et helhetlig gjennomgripende system for risikostyring. Dette presiseres i vedtaket. Styret vektlegger at arbeidet med risikostyring må ivareta vurdering av risiko på ulike nivåer i virksomheten slik at vesentlig risiko fanges opp.	Helhetlig system utarbeides	Under oppfølging
008-2025 Reinnleggelser i Helse Sør-Øst 6. februar 2025	Styret viser til spørsmål fra brukerutvalgets medlemmer om behov for ytterligere analyser og ber administrerende direktør følge opp dette. Behovet knytter seg blant annet til kjønnsforskjeller i reinnleggelser og hva som er beste parameter for å vurdere uønskede reinnleggelser. Det bør videre vurderes hensiktsmessige indikatorer som kan legge til rette for videreutvikling av god praksis.		Under oppfølging
043-2025 Ordning for vurdering av individuell tilgang til metoder som er besluttet ikke innført i spesialisthelsetjenesten 10. april 2025	Styret ber om på et egnet tidspunkt få en redegjørelse om hvordan ordningen fungerer.		Under oppfølging

Sak og dato	Oppfølging	Tiltak	Status
050-2025 Virksomhetsrapport per mars 2025 8. mai 2025	Styret ber om at utviklingen innen pakkeforløp kreft følges tett og ber om en nærmere redegjørelse om effekten av iverksatte tiltak. Styret viser til helse- og omsorgsdepartementets oppmerksomhet om utviklingen for sykefravær og ber om en bredere gjennomgang av hvordan arbeidet i helseforetakene følges opp. Gjennomgangen bør omfatte forskjeller i tiltak og resultater i helseforetakene og se hen til beste praksis også ut over Helse Sør-Øst. Styret ber om at det etableres en egnet KPI for å kunne følge med på utviklingen i planlagte og pågående investeringer. Rapportering innarbeides i de månedlige virksomhetsrapportene til styret.	Følges opp gjennom virksomhetsrapporteringen til styret	OK
051-2025 Oppfølging av konsernrevisjonens rådgivningsoppdrag 5/2024: IKT-sikkerhet – evaluering av regionens prosessmodenhet 8. mai 2025	Styret slutter seg til anbefalingene fra konsernrevisjonen og ber om en oppfølgende diskusjon i styret om risikobildet innen de mest sårbare områdene. Styret ber administrerende direktør komme tilbake med en orientering om framdrift for de identifiserte tiltakene.	Følges opp i egen orientering til styret	Under oppfølging
053-2025 Arbeid med kvinnehelse i Helse Sør-Øst 8. mai 2025	Styret ber om at kvinnehelseperspektivet i forskning drøftes i kommende styresak om målretting av regionale forskningsmidler. Styret ber videre om at kjønnsperspektivet tas med i oppfølgingen av arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet.	Følges opp i sak til styret	Under oppfølging
054-2025 Status for arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring i Helse Sør-Øst 8. mai 2025	Styret ber administrerende direktør følge opp utviklingen innen kvalitet og pasientsikkerhet med særlig vekt på ulikheter i kvalitet mellom regioner og helseforetak på enkelte indikatorer. Styret ber om at kommende saker om kvalitet og pasientsikkerhet følger opp utviklingen på sentrale indikatorer over tid og redegjør for iverksatte tiltak.	Følges opp i sak til styret	Under oppfølging

Sak og dato	Oppfølging	Tiltak	Status
067-2025 Virkksomhetsrapport per første tertial 2025 19. juni 2025	Styret ber administrerende direktør vurdere hvordan avtalespesialistordninger kan videreutvikles. Styret viser til at det er arbeidet godt og systematisk i helseforetakene for å redusere sykefraværet. Styret viste til at det er innført dialogverktøy for emosjonelle og relasjonelle belastninger. Styret ber om en nærmere orientering om dette på et egnet tidspunkt.		Under oppfølging
084-2025 Virksomhetsrapport per juni og juli 2025 28. august 2025	Styret ber om at utviklingen for pakkeforløp kreft følges opp særskilt. Blant annet bør det gjøres vurderinger av om dagens pasientforløp i helseforetakene er riktig organisert sett opp mot den medisinske utviklingen. Aktualisert av nylig hendelse utenfor sykehus, diskuterte styret sikkerheten for ansatte i sykehusene. Styret ber om at dette vies kontinuerlig oppmerksomhet. Styret ber om å få en sak som oppsummerer erfaringene fra ventetidsløftet inklusive de nasjonale initiativene, blant annet rapport om tidstyver.	Følges opp i virksomhetsrapporteringen til styret Tatt inn i årsplan for styret	Under oppfølging OK
086-2025 Nasjonal rapport om forskning og innovasjon 2024 28. august 2025	Styret ber administrerende direktør komme tilbake med en redegjørelse om forskningsaktiviteten i Helse Sør-Øst som gir en bredere oversikt over status og utfordringer i gjennomførte forskningsprosjekter. Redegjørelse bør fortrinnsvis legges fram før, eller i tilknytning til, styresak om målretting av regionale forskningsmidler.	Tatt inn i årsplan for styret	OK
088-2025 Høringssvar til NOU 2025:5 Kvinners arbeidshelse 28. august 2025	Styret vektla at arbeidet med kvinners arbeidshelse må følges opp systematisk. Styret ber om å holdes orientert om hvordan tiltak følges opp gjennom den løpende virksomhetsrapporteringen. Styret pekte på at kvinnehelse også er et prioritert område innen forskning. Dette presiseres i vedtakspunkt 2.	Følges opp gjennom virksomhetsrapporteringen til styret	OK

Sak og dato	Oppfølging	Tiltak	Status
092-2025 Årsplan styresaker 28. august 2025	I lys av at nytt sykehus i Drammen diskuterte styret betydningen av læring fra gjennomførte byggeprosjekter og ber administrerende direktør vurdere en hensiktsmessig måte å legge til rette for dette på. Styret ber videre om at det framgår i sakstittel for tertialrapporten til styret at denne også omfatter risikovurdering.	Innarbeides i tertialrapport til styret	Under oppfølging OK
093-2025 Driftsorientering fra administrerende direktør 28. august 2025	Styret ber administrerende direktør komme tilbake til styret med en egen sak om innholdet i tilleggskdokument til oppdragsdokument for 2025 og hvordan dette følges opp. Styret minner om at medvirkning ivaretas i oppfølgingen av oppdrag.	Tatt inn i plan for styret	OK

5. 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 Bård Hoksrud (FrP) til helse- og omsorgsministeren
Dokument nr. 15:3108 (2024-2025)
Innlevert: 04.09.2025
Sendt: 09.09.2025
Besvart: 15.09.2025 av helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre

Spørsmål

Bård Hoksrud (FrP): Ifølge leger ved Sykehuset i Vestfold har regjeringens ventetidsløfte ført til en bevisst prioritering av nyhenviste pasienter på bekostning av kronikere, slik at ventelistene fremstår kortere enn de reelt er. Legene beskriver dette som «sminking av helsekøene».

Hvordan kan statsråden garantere at regjeringens politikk ikke skyver kronikere ut i lengre og farligere ventetider for å pynte på statistikken?

Begrunnelse

I et nylig svar på spørsmål nr. 2984 (2024–2025) avviste statsråden at ventetidsløftet har gitt uheldige utslag, og viste til tall fra FHI som han mente ikke ga belegg for at flere pasienter blir feilaktig avvist fra spesialisthelsetjenesten. Han slo fast at fagfolkene gjør gode og grundige vurderinger, og at pasienter som vurderes å ikke ha behov for spesialisthelsetjenester følges opp på riktig nivå.

Nå melder imidlertid Tønsbergs Blad at flere overleger ved Sykehuset i Vestfold mener ventetidsløftet i praksis har medført en systematisk nedprioritering av kronikere, og at dette skjer etter klare føringer fra

øverste hold. Legene frykter dette vil gi svekket pasientsikkerhet og et dramatisk hopp i helsekøene etter valget, når pasienter som midlertidig er tatt ut av listene igjen må inn i systemet.

Det fremkommer også at pasienter med alvorlige symptomer er blitt avvist til nødvendig utredning, og at enkelte har måttet kjøpe seg ut av køen i privat sektor. Dette bidrar til økte forskjeller i tilgang til helsehjelp og svekker tilliten til helsevesenet.

Statsråden har tidligere forklart økningen i avviste henvisninger med henvisningskvalitet, feilregistreringer eller naturlige svingninger. Når erfarne sykehusleger nå peker på politiske føringer som forklaring, fremstår dette som en langt mer alvorlig problemstilling. Det er nødvendig å få klarhet i om ventetidsløftet har medført uheldige prioriteringer som systematisk skyver kronikere til side for å vise pene ventetidstall.

Jeg ber derfor statsråden svare på hvordan han kan sikre at regjeringens ventetidsløfte ikke har bidratt til «sminking av helsekøene», og hvilke konkrete tiltak han vil iverksette for å beskytte kroniske pasienter mot å bli skjøvet bakover i køen.

Svar

Jan Christian Vestre: Representanten viser i spørsmålet til svar på spørsmål nr. 2984 om ev. uheldige utslag av ventetidsløftet. Som jeg svarte representanten, er det ikke slik at jeg ikke har vurdert om ventetidsløftet har gitt uheldige utslag. Som tidligere kommunisert følger vi utviklingen i de regionale helseforetakene tett med hensyn til ventetider, passert planlagt tid, tid til tjenestestart, fristbrudd og avviste henvisninger. Dette for å være trygge på at arbeidet med ventetider til påbegynt helsehjelp ikke får uheldige utslag, og slik at det kan tas grep dersom så skulle vise seg. Vi har også bedt de regionale helseforetakene rapportere dersom de skulle observere uheldige utslag av arbeidet. Som jeg svarte 22. august finner jeg ikke belegg for dette i dataene fra FHI. Det betyr ikke at det ikke er forhold vi må jobbe med å bedre i stortingsperioden vi nå går inn i.

Når det gjelder status for sykehuset i Vestfold, viser jeg også til svar av 18. august på spørsmål nr. 2845 fra stortingsrepresentant Erlend Larsen. Av svaret fremkommer det blant annet at sykehuset i Vestfold arbeider systematisk for å prioritere tiltak som gir best effekt for pasientene. Samlet sett oppgir Helse Sør-Øst RHF at utviklingen ved Sykehuset i Vestfold HF viser at flere får behandling, færre opplever fristbrudd og ressursene brukes mer målrettet der de gir størst nytte for pasientene.

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

Dokument nr. 15:3092 (2024-2025)

Innlevert: 04.09.2025

Sendt: 05.09.2025

Besvart: 15.09.2025 av helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre

Spørsmål

Bård Hoksrud (FrP): Nye tall viser at regjeringens mål om å doble antallet kliniske studier og sikre at fem prosent av pasientene deltar innen 2025 ikke nås. En av Norges mest erfarne studieleger, Fredrik Schjesvold, peker på sterk motvilje mot industrisamarbeid i ledelsen ved Oslo universitetssykehus, Helsedirektoratet og DMP som en hovedårsak.

Hva vil statsråden gjøre for å sikre at de holdnings- og samarbeidsutfordringene som trekkes frem av erfarne studieledere, ikke fortsetter å hemme utviklingen av kliniske studier i Norge?

Begrunnelse

Regjeringen har satt som mål å gjøre Norge til en ledende nasjon på kliniske studier, med en handlingsplan som skulle gi en dobling i antallet studier og sikre at fem prosent av pasientene i spesialisthelsetjenesten deltar. Nye tall fra Inven2 viser at ingen av disse målene nås. Antallet industristudier er stabilt, pasientandelen har ikke økt, og på kreftområdet – som historisk har vært motoren i norsk klinisk forskning – ser vi tilbakegang.

Professor Fredrik Schjesvold, leder for Oslo Myelomatosesenter, og Norges mest erfarne studielege, peker i et intervju på at en gjennomgående motvilje mot samarbeid med legemiddelindustrien hos sentrale

aktører i helsevesenet er en hovedårsak. Han peker særlig på OUS-ledelsen, Helsedirektoratet og Direktoratet for medisinske produkter. Skepsisen skal ifølge Schjesvold føre til at leger vegrer seg for å delta i internasjonale Advisory Boards eller engasjere seg i industristudier, noe som svekker Norges posisjon og hindrer pasienter tidlig tilgang til nye medisiner.

Schjesvold understreker at pasientgrunnlaget ikke er problemet. Oslo Myelomatosesenter er ofte blant de største sentrene i globale studier, men utviklingen hemmes av manglende ressurser og vilje hos sykehusledelsen. Han advarer om at Norge mister internasjonale muligheter dersom industrien behandles som en motpart fremfor en samarbeidspartner.

Både Helsedirektoratet og DMP har erkjent at utviklingen ikke er tilfredsstillende, men avviser kritikken om motvilje. Samtidig er realiteten at målene i regjeringens handlingsplan ikke nås, og at Norge taper terreng i et felt som er avgjørende både for pasientbehandling og medisinsk innovasjon.

Svar

Jan Christian Vestre: Nasjonal handlingsplan for kliniske studier ble lagt frem av regjeringen Solberg i 2021 og er nå i sitt siste virkeår. Vi har fulgt opp planen de siste fire årene. Målene for planperioden er ikke nådd. Noe av forklaringen henger sammen med at målsettingene var ambisiøse. Oppfølgingen av planen har skjedd i en tid preget av knapphet på helsepersonell, overgang til nytt felles europeisk regelverk og endringer i hvordan kliniske studier gjennomføres globalt.

Regjeringens beslutning om å videreutvikle Nasjonal handlingsplan for kliniske studier ble kjent i Meld. St. 23 (2024-2025) Fornye, forsterke og forbedre. Fremtidens allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus og Nasjonal kreftstrategi. Arbeidet pågår nå. Samarbeid med helsenæringen er ett område som skal videreutvikles i den kommende planperioden, blant annet for å følge opp regjeringens veikart for helsenæringen og eksportsatsningen. Gjennom dialog med aktørene har vi fått innspill til hva som bør bevares og forsterkes med hensyn til blant annet kultur og strukturer for samarbeid med helsenæringen. Vi har invitert Schjesvold og andre representanter fra kreftmiljøet til et møte i departementet for en samtale om hva vi bør legge vekt på i kommende planperiode.

Gjennom oppdragsdokument og tildelingsbrev stiller jeg krav om forskning, innovasjon og næringssamarbeid. Det er klare forventninger fra meg om samarbeid med helsenæringen.

Norge er ikke alene om å se hvilke fordeler kliniske studier kan gi for pasienten, for tjenestene våre og for utvikling av helsenæringen. Både på enkeltlands- og regionsnivå jobbes det med å legge forholdene til rette for flere industristudier. Skal Norge skille seg ut, må vi utmerke oss. Det tar tid å få til den systemendringen som vi mener må til for å nå visjonen om at kliniske studier er en integrert del av pasientbehandlingen. Vi vil bygge på det etablerte, legge vekt på gjennomføring og vurdere nye virkemidler når vi nå videreutvikler planen.

Skriftlig spørsmål fra Tobias Drevland Lund (R) til helse- og omsorgsministeren

Dokument nr. 15:3062 (2024-2025)

Innlevert: 31.08.2025

Sendt: 01.09.2025

Besvart: 08.09.2025 av helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre

Spørsmål

Tobias Drevland Lund (R): Hvordan er regjeringens fremdrift på arbeidet med å eventuelt etablere en luftambulansetjeneste med base i Vinje/Bykle?

Begrunnelse

Tilbake i 2020, under behandlingen av Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023, gjorde Stortinget følgende vedtak;

«Stortinget ber regjeringen komme tilbake med en egen sak om basestrukturen for luftambulansetjenestene i Norge, som må omfatte Innlandet og Bykle/Vinje, senest i forbindelse med statsbudsjettet for 2021.»

Helse- og omsorgskomiteen kom med følgende merknad i forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet for 2015:

«Komiteen mener luftambulanseberedskapen er avgjørende for å sikre tryggheten for innbyggerne i hele Norge. Komiteen vil i den forbindelse understreke at luftambulanseberedskapen må gjennomgås i forbindelse med ny helse- og sykehusplan, og regjeringen må vurdere hvordan man kan sikre likeverdig luft-, bil- og båtambulansetilbud i hele landet.»

Det er nå snart 10 år siden. Det er langt til sykehus med traumemottak hvis du befinner deg i Vest-Telemark. For eksempel, fra Åmot til Arendal er det 204 km, til Odda 121 km, til Skien 146 km, til Notodden 107 km, til Rikshospitalet 228 km. En luftambulanse vil være et flyvende akuttmottak for hele det indre Sør-Norge og vil være til stor trygghet for befolkningen i det området som i dag mangler dekning innenfor normert responstid. En luftambulanse i Vinje vil kunne gi full dekning til 14 kommuner og delvis dekning til 17 kommuner.

Svar

Jan Christian Vestre: Jeg viser til Prop. 1 S (2020-2021) der det er omtalt hvordan Stortingets anmodningsvedtak er fulgt opp. De regionale helseforetakene fikk i foretaksmøtet i juni i 2020 i oppdrag å oppdatere rapporten «Gjennomgang av basestruktur for ambulanshelikopter» fra 2018 med ny kunnskap og eventuelle endringer som kunne påvirke basestruktur og behov for luftambulansetjenester. Helseregionenes fornyede gjennomgang viste at målet om at 90 pst. av landets befolkning nås innen 45 minutter, er nådd, og at om lag 99 pst. av befolkningen nås av legebemannet ambulanse innen 45 minutter. De nye redningshelikoptre når også ut til en større del av landet innen 45 minutter. Helseregionenes vurdering var at kapasiteten til ambulanshelikoptrene er tilfredsstillende, og at dekningsgraden nasjonalt er tilfredsstillende.

I den ovennevnte rapporten kommer det fram at området Vinje/Bykle er den delen av Helse Sør-Øst som nås av flest ambulanshelikoptre innen kort tid. I alt syv helikoptre kan nå området innen 30-35 minutters flytid, og ifølge rapporten ville en eventuell ny base føre til overkapasitet av ambulanshelikoptre. I den akuttmedisinske kjeden er fastleger, kommunale legevakter, kommunale øyeblikkelig hjelp døgntilbud, andre kommunale helse- og omsorgstjenester (som f.eks. hjemmesykepleie, sykehjem mv), akuttgjelpere, ambulansetjeneste og medisinsk nødmeldetjeneste viktige aktører. Sykehuset Telemark HF og kommunene har gjennom Akuttkjedeprosjektet Telemark samarbeidet om å styrke hele akuttkjeden. Samarbeidet har bidratt til likeverdig, ensartet og kunnskapsbasert praksis ved diagnostikk og behandling av akutte tilstander. Det har styrket kvaliteten og pasientsikkerheten og bidratt til at pasienter får rett behandling på rett nivå.

Jeg viser til Meld. St. 23 Forny, forsterke, forbedre. Framtidens allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Regjeringens mål er at innbyggere med akutt sykdom og skade får rask og trygg helsehjelp i hele landet. Det viktigste tiltaket for gode akuttmedisinske tjenester er et godt samarbeid og planlegging mellom helseforetak og kommuner. Det gir bedre tjenester, er bra for pasientene og god bruk av ressursene. Helseforetakene har derfor fått i oppdrag å gjennomgå og planlegge de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus i samarbeid med kommunene med mål om å styrke den lokale akuttberedskapen ut fra lokale behov. Helsefellesskapene er arenaen for å videreutvikle samarbeidet.

Skriftlig spørsmål fra Bård Hoksrud (FrP) til helse- og omsorgsministeren
Dokument nr. 15:3055 (2024-2025)

Innlevert: 31.08.2025

Sendt: 01.09.2025

Besvart: 08.09.2025 av helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre

Spørsmål

Bård Hoksrud (FrP): Fra 6. oktober skal legebilen i Telemark ikke lenger være tilgjengelig etter kl. 20. Dersom ambulanshelikopteret samtidig hindres av værforhold, kan kritisk syke pasienter miste muligheten til forsvarlig intensivtransport mellom sykehus, for eksempel fra Notodden eller Skien til Oslo. Vil statsråden sørge for døgnbemanning av legebilen i Telemark, slik at kritisk syke pasienter får trygg transport mellom sykehus også om natten og under dårlige værforhold?

Begrunnelse

Sykehuset Telemark har viktige lokalsykehusfunksjoner, men kan ikke alltid ferdigbehandle de mest kritisk syke pasientene. Det gjelder særlig pasienter som trenger intensivtransport til høyere omsorgsnivå, for eksempel fra Notodden eller Skien til Oslo. Når legebilen i Telemark ikke lenger skal være tilgjengelig etter kl. 20, blir transportberedskapen sterkt svekket. Ambulanshelikopteret er væravhengig, og i situasjoner med tåke, uvær eller andre flyhindringer kan det bli umulig å gi pasientene et forsvarlig tilbud. Dette kan få alvorlige konsekvenser for pasienter med akutt og livstruende sykdom. En døgnbemannet legebil i Telemark vil sikre nødvendig trygghet og beredskap, og hindre at kritisk syke pasienter blir stående uten hjelp når hvert minutt teller.

Svar

Jan Christian Vestre: Helse- og omsorgsdepartement har innhentet innspill fra Helse Sør-Øst RHF. De opplyser at legebilen i Telemark ble satt i drift i oktober 2019, som en ressurs for å avlaste luftambulansen og som en ressurs for akuttmedisinsk beredskap. Helseforetaket etablerte tjenesten med en beredskap i tidsrommet 08–20 på hverdager og 10–20 lørdag og søndag.

De første årene ble det bevilget øremerkede midler til den anestesibemannede legebilen. Fra 2023 ble det øremerkede tilskuddet flyttet til Helse Sør-Øst RHF's basisbevilgning, og ikke lenger bevilget særskilt til helseforetaket. Helseforetaket har valgt å opprettholde tjenesten etter en helhetlig vurdering.

I forbindelse med bygging av nytt akuttsenter i Skien, måtte helikopterlandingsplassen ved Sykehuset Telemark i Skien stenges midlertidig. Det ble opprettet en løsning hvor luftambulansen benytter Geiteryggen flyplass ved oppdrag til og fra Skien sykehus. Det er tre kilometer fra Sykehuset Telemark i Skien til Geiteryggen flyplass. Sykehuset gjennomførte en risikovurdering der de vurderte at et risikoreduserende tiltak i byggeperioden ville være å øke beredskapstiden for legebilen til en 24/7 vaktberedskap for å sikre transport mellom sykehuset og flyplassen.

Helse Sør-Øst RHF opplyser at det hele tiden har vært et klart premiss at ordningen skulle gjelde i byggeperioden, fra november 2024 til november 2025. Det har vist seg at landingsplassen på sykehuset kan tas i bruk før tiden og den midlertidige ordningen er derfor planlagt opphørt allerede i oktober. Helse Sør-Øst RHF opplyser at det har kommet innspill om å styrke beredskapen til en permanent 24/7 vaktberedskap. Dette er innspill som Sykehuset Telemark HF på vanlig måte vil ta med i sine vurderinger om utvikling av det totale tjenestetilbudet.

Skriftlig spørsmål fra Seher Aydar (R) til helse- og omsorgsministeren**Dokument nr. 15:3053 (2024-2025)****Innlevert: 29.08.2025****Sendt: 01.09.2025****Besvart: 05.09.2025 av helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre****Spørsmål**

Seher Aydar (R): Regjeringen setter ned Helsereformutvalget, som bla skal foreslå ulike modeller for organisering, styring og finansiering av en sammenhengende helse- og omsorgstjeneste. Til å lede utvalget har helseministeren pekt på en «styregrossist» som allerede har åtte styreverv ved siden sin heltidsjobb. To av styreledervervene er omstridte Helseplattformen AS, og Oslo universitetssykehus HF der det er tydelige uenigheter om framtiden. Har statsråden vurdert interessekonflikter knyttet til rollen som utvalgsleder og styreledervervene?

Begrunnelse

Dette er ikke et spørsmål om utvalgsleder har kunnskap eller erfaring, men om interessekonflikter knyttet rollen som utvalgsleder og styreledervervene i Helseplattformen AS, og Oslo universitetssykehus HF. Det var også samme person som ledet Helsepersonellkommisjonen, som skapte debatt og kritikk.

Svar

Jan Christian Vestre: Vår felles helse- og omsorgstjeneste skal være førstevalget for både innbyggere og medarbeidere. For å lykkes med denne ambisjonen må vi ta innover oss viktige utviklingstrekk og erkjenne at vi står overfor store omstillingsbehov i årene fremover. Alt peker i samme retning: Det er behov for endringer. Vi må våge å tenke nytt hvis vi skal ha tjenester i verdensklasse fremover. Vi vil gjennomføre en reform som gjør møtet med helse- og omsorgstjenesten sømløst. Jeg er opptatt av konkrete løsninger og jeg vil gjennomføre endring. Ingen pasienter skal oppleve å være kasterboller mellom ulike nivåer i helse- og omsorgstjenestene.

Jeg har nå nedsatt et bredt sammensatt helseformutvalg som ledd i den varslede helsereformen. Utvalget skal utrede hvordan vi kan nå målet om en helhetlig og sammenhengende helsetjeneste, der innbyggere, pårørende og fagfolk opplever én felles helsetjeneste. Utvalget er bedt om å utarbeide et beslutningsgrunnlag og tiltak som understøtter en rekke faktorer, samt å utrede og foreslå ulike modeller for fremtidig organisering, styring og finansiering av en sammenhengende og integrert helse- og omsorgstjeneste i Norge. Helsereformutvalget skal ledes av Gunnar Bovim, tidligere leder av Helsepersonellkommisjonen, som ble etablert i desember 2021 og leverte sin utredning til regjeringen i februar 2023. Han har inngående erfaring både fra helsesektoren og forskning, som er avgjørende med tanke på behovet for utdanning og kompetanse framover. Han var også medlem i et dansk utvalg, Sundhedsstrukturkommissionen, som kom med anbefalinger og forslag til forvaltningsmodeller. Dette er en bakgrunn som er nødvendig for å lede helsereformutvalget.

Når det gjelder styreverv og interessekonflikter, har utvalgsleder like mange styreverv nå som da han ledet arbeidet med Helsepersonellkommisjonen. Jeg vil ellers understreke at Helsereformutvalget skal utrede og foreslå modeller, ikke beslutte framtidig organisering. Dette skal realiseres i neste stortingsperiode. Utvalget skal i sitt arbeid involvere de ansatte i helse- og omsorgstjenestene, pasienter, brukere og pårørende, kommuner og helseforetak, fageksperter og andre aktører rundt helse- og omsorgstjenestene. Utvalget skal også skape arenaer for en bred offentlig debatt, og det blir etablert en referansegruppe som skal være tett på utvalget. Jeg er trygg på at Helsereformutvalgets arbeid vil skape store og viktige diskusjoner, og jeg ser fram til å motta utvalgets utredning til neste år.

Skriftlig spørsmål fra Erlend Wiborg (FrP) til helse- og omsorgsministeren

Dokument nr. 15:3052 (2024-2025)

Innlevert: 29.08.2025

Sendt: 01.09.2025

Besvart: 08.09.2025 av helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre

Spørsmål

Erlend Wiborg (FrP): Synes regjeringen at kollektivtilbudet til Kalnes sykehus er tilfredsstillende?

Begrunnelse

Kalnes sykehus er plassert på et jorde utenfor Sarpsborg. Stoltenberg-regjeringen valgte å begrense antall parkeringsplasser for å presse flere pasienter og pårørende til å benytte kollektivtransport. Mange pasienter og pårørende kan ikke ta bussen til sykehuset, enten av helsemessige grunner eller rett og slett da busstidene ikke korresponderer med tidene en skal være på sykehuset. Spesielt befolkningen i Indre Østfold har et meget dårlig kollektivtilbud til sykehuset, noe som skaper utfordringer for mange

Svar

Jan Christian Vestre: Helse- og omsorgsdepartementet har vært i kontakt med Helse Sør-Øst RHF om kollektivtilbudet til sykehuset på Kalnes.

Helse Sør-Øst RHF opplyser om at da Sykehuset Østfold Kalnes ble åpnet i 2015 ble det etablert helt nye kollektivruter til Kalnes. Kollektivtilbudet ble utarbeidet etter dialog mellom Sykehuset Østfold HF og Østfold kollektivruter. De ansattes bostedsmønster og sykehusets vakt- og turnustider ble da særlig vektlagt, men i tillegg selvfølgelig estimerer for forventet tilstrømning av pasienter og besøkende. Sykehuset Østfold HF og Østfold Kollektivtrafikk har i dag jevnlig kontakt, der ønsker og behov fra sykehuset om justeringer og tilpasninger av rutenett og avgangstider blir kommunisert. Denne dialogen gir Østfold kollektivtrafikk god innsikt for å kunne foreta tilpasning til et best mulig tilbud til reisende i alle kategorier. Helse Sør-Øst RHF opplyser at sykehuset opplever god dialog med Østfold kollektivtrafikk, og at sykehuset har forståelse for at ikke alle ønsker om rutetilpasning kan innfris. Dette utelukker likevel ikke at enkelte fortsatt kan oppleve utfordringer knyttet til tilbudet i visse deler av døgnet, og da særlig fra indre og nordre del av fylket.

I samarbeidsmøtene har det også vært fokus på å styrke informasjonen og markedsføringen av kollektivtilbudet. Dette spesielt med tanke på å øke antall reisende med buss til og fra Sykehuset Østfold Kalnes etter pandemiperioden. For å øke andelen kollektivreisende medarbeidere til Sykehuset Østfold Kalnes, har sykehuset knyttet seg til ordningen HjemJobbHjem. Ordningen gir rabatterte kollektivreiser og er en del av Bypakke Nedre Glomma.

Når det gjelder parkeringsmuligheter har Sykehuset Østfold Kalnes tilbud om parkering til pasienter, pårørende, besøkende og ansatte. Det oppleves fra sykehusets side at det er tilstrekkelig antall parkeringsplasser for disse.

Det er avslutningsvis verdt å minne om at pasienter som av helsemessige årsaker ikke kan benytte egen transport eller benytte kollektivtilbud, har rett på rekvirert reise. Det er pasientens behandler som eventuelt avgjør om det er behov for dette.

Skriftlig spørsmål fra Marit Knutsdatter Strand (Sp) til helse- og omsorgsministeren**Dokument nr. 15:3024 (2024-2025)****Innlevert: 27.08.2025****Sendt: 27.08.2025****Besvart: 03.09.2025 av helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre****Spørsmål**

Marit Knutsdatter Strand (Sp): Senterpartiet ønsker nytt Mjøssykehus velkommen, og er opptatt av finansiering og framdrift slik at pasienters og ansattes vilkår i spesialisthelsetjenesten kan bli bedre. Kan statsråden garantere for økonomien til bygging av nytt Mjøssykehus, inkludert den dagen da det nye sykehuset og de gamle sykehusene i Innlandet er i bruk, og at det ikke vil komme prosesser initiert av statsråden som kan skape uro rundt sykehus tilbudet i Innlandet?

Begrunnelse

For Senterpartiet er et sterkt offentlig helsevesen er viktig, med en desentralisert sykehusstruktur som sikrer faglighet, trygghet og beredskap. Primærhelsetjenesten er en hjørnestein i kommunene, med nærheten til helsetilbudet og oppfølging av pasienter som skrives ut fra sykehus. Ambulanse og akuttfunksjoner er kritisk for innbyggernes trygghet. For at det skal virke sammen, trengs god samhandling, trygg økonomi som gjør at vi kan opprettholde og utvikle tjenester, og samtidig at vi investerer i nye bygg og nytt utstyr.

Svar

Jan Christian Vestre: Regjeringen er opptatt av å gi sykehusene stabile og gode rammebetingelser som tar høyde for både drift og investeringer, og stille opp med lån når de regionale helseforetakene ber om dette. Det er forståelig at finansieringsmodellen oppleves krevende når store investeringer skal gjennomføres og kostnadene i form av avskrivninger og renter skal fordeles over de årene nye bygninger skal brukes. Dette er kostnader som Sykehuset Innlandet HF og Helse Sør-Øst RHF har lagt til grunn i sin beslutning om å søke lån til prosjektet og i sine langsiktige plandokumenter.

Som varslet i Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027, har denne regjeringen gjort flere endringer og forbedringer i modellen for sykehusfinansiering og finansieringen av investeringer som Sykehuset Innlandet HF og Helse Sør-Øst RHF vil dra nytte av. I 2018 innførte den forrige regjeringen en ny rentemodell for investeringslån til de regionale helseforetakene med mer markedsmessige vilkår. Fra 2025 har denne regjeringen gått tilbake til den mer gunstige rentemodellen som ble benyttet fram til 2018 hvor renten på investeringslån knyttet til statens innlånsrente.

Sykehuset Innlandet HF skal også i framtiden tilby helsetjenester flere steder. Gjennom samhandling med primærhelsetjenesten og utvikling av desentraliserte og prehospitale tjenester, vil mange pasienter kunne få flere helsetjenester nærmere der de bor.

Skriftlig spørsmål fra Åslaug Sem-Jacobsen (Sp) til helse- og omsorgsministeren
Dokument nr. 15:3013 (2024-2025)

Innlevert: 26.08.2025

Sendt: 26.08.2025

Besvart: 01.09.2025 av helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre

Spørsmål

Åslaug Sem-Jacobsen (Sp): Selv om Helseforetaket og Sykehuset i Telemark tidligere ikke har vært interessert i å utforske muligheten for å søke regjeringens nye rekrutterings og samhandlingstilskudd for å sikre følgetjenesten for de fødende og barna de bærer på i Tinn, vil du instruere dem til å likevel benytte seg av ordningen eller på annet vis ta tak i saken slik at den uforsvarlige løsningen som nå foreligger med kun følgetjeneste helt fra Seljord forkastes?

Begrunnelse

I lag tid har befolkningen i Tinn kommune ytret sterk motstand mot Helse Sør-Øst Helseforetak og sjukehuset i Telemark sine planer om å legge ned dølgetjenestetilbudet for de fødende i Tinn. De er redde for liv og helse med de store avstandene som vil bli gjeldende om de planene som Helseforetaket ivrer for, altså at følgetjenesten skal legges til Seljord.

I et intervju med lokalavisa Rjukan Arbeiderblad 31.07.2025 maner Helseministeren til god dialog mellom Tinn kommune og Helseforetaket om saken. Da trekker han fram den forholdsvis nye ordningen "rekrutterings- og samhandlingstilskudd" som en løsning.

Det gjorde også Arbeiderpartiets helsepolitiske talsperson Truls Vassvik og undertegnede allerede i et møte vi hadde med lokallagsleder i Tinn Senterparti, Annbjørn Lurås og ordfører i Tinn, Kathrine Håtvædt 20.06.2024.

Da fortalte vi at Sp og Ap regjeringen hadde opprettet dette tilskuddet med tanke på nettopp slike situasjoner, og vi hadde bevilget en stor sum ekstra til særlig Helse Sør-Øst hvor vi mente det ville være gode muligheter å allerede da lande på en løsning som ville trygge Tinndølene. Noe vi oppfordret sykehuset i Telemark til å gjøre.

I Rjukan Arbeiderblad kan man i samme artikkel lese at ordfører og Lurås informerte Kommunestyret i Tinn om møtet og den løsningen vi som regjeringsparti inviterte til.

I etterkant har Tinn kommune løftet det å søke om dette tilskuddet som en løsning overfor sjukehuset i Telemark, men det har blitt avvist som aktuelt fra sykehusets side.

Svar

Jan Christian Vestre: Regjeringen ønsker å utvikle et sammenhengende tilbud innen svangerskap, føde og barsel. Det er bevilget penger til dette og andre formål gjennom rekrutterings- og samhandlingstilskuddet, som representanten Sem-Jacobsen viser til i spørsmålet. Rekrutterings- og samhandlingstilskuddet skal understøtte gode pasientforløp, effektiv ressursbruk og tjenesteutvikling mellom nivåene. I budsjettet for 2025 ble det bevilget til sammen 286 mill. kroner i tilskuddsmidler til helseregionene. Jeg vil understreke at tilskuddet skal brukes etter enighet mellom aktuelle kommuner og helseforetak, og dette er en forutsetning for å motta tilskuddsmidler. Videre har jeg sagt at svangerskap, fødsel og barsel er blant de prioriterte tjenestene innenfor tilskuddsordningen. Her kan det være muligheter framover, hvis Tinn kommune og sykehuset vil utforske nye måter å organisere tjenestene på til det beste for innbyggerne.

Det er helseforetaket som har ansvaret for følgetjenesten, og Sykehuset Telemark HF vurderer at tilbudet er forsvarlig også etter omorganiseringen. I en tid med stor mangel på jordmødre er det også viktig å prioritere ressursene godt. Det blir viktig å følge med på hvordan denne løsningen fungerer.

Skriftlig spørsmål fra Bård Hoksrud (FrP) til helse- og omsorgsministeren**Dokument nr. 15:2999 (2024-2025)****Innlevert: 25.08.2025****Sendt: 25.08.2025****Besvart: 01.09.2025 av helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre****Spørsmål**

Bård Hoksrud (FrP): Kan helse- og omsorgsministeren forklare hvordan han kan akseptere at den nye fordelingsnøkkelen i Helse Sør-Øst fører til betydelige kutt ved sykehusene i Telemark og Vestfold, samtidig som midler omfordeles til Oslo for å finansiere utbyggingen på Gaustad?

Begrunnelse

Helse Sør-Øst har vedtatt en ny fordelingsnøkkel fra 2026. For Sykehuset Telemark innebærer dette årlige reduksjoner i rammetilskuddet på rundt 70 millioner kroner, mens Sykehuset i Vestfold mister om lag 100 millioner kroner. Samtidig får sykehusene i Oslo en vesentlig bedre uttelling, noe som legger til rette for finansiering av utbyggingen på Gaustad.

Dette oppfattes av mange som en skjevfordeling, der sykehusene utenfor hovedstaden må kutte i pasienttilbudet for å finansiere investeringer i Oslo. Saken reiser prinsipielle spørsmål om rettferdig fordeling av helseressurser i regionen, og om statsråden mener det er riktig at sykehus utenfor Oslo skal bidra til å finansiere et svært omstridt utbyggingsprosjekt i hovedstaden.

Det er avgjørende at befolkningen i hele regionen kan ha trygghet for at nødvendige helsetjenester opprettholdes, og at ressurser ikke trekkes bort fra sykehus som allerede er presset. Spørsmålet er derfor om statsråden mener det er forsvarlig at Helse Sør-Øst omfordeler midler på en måte som svekker pasienttilbudet i Telemark og Vestfold, for å styrke Oslo-sykehusene og finansiere en kostbar utbygging på Gaustad.

Svar

Jan Christian Vestre: Som representanten Hoksrud viser til i sitt spørsmål, fordeler Helse Sør-Øst RHF de økonomiske rammene fra staten ut til sykehusene etter en egenutviklet inntektsmodell som oppdateres årlig. Formålet med inntektsmodellen er å fordele inntektene til sykehusområder og helseforetak etter kriterier som er dokumentert til å forklare forskjeller i behov og kostnadsforhold. Dette skal sette helseforetakene i økonomisk stand til å kunne levere likeverdige helsetjenester. Modellen som Helse Sør-Øst har utviklet bygger på prinsippene i inntektsmodellen fra staten til helseregionene, tilpasset egen organisering og lokale forhold.

Helse Sør-Øst RHF opplyser at Sykehuset Telemark HF og Sykehuset i Vestfold HF har en forventet befolkningsutvikling som tilsier at behovet for helsetjenester blir noe lavere i de kommende årene sammenlignet med andre helseforetak i regionen. Dette medfører isolert sett til en reduksjon i inntektsrammen før forventet budsjettvekst legges til. De samlede bevilgningene til helseforetakene i Helse Sør-Øst i 2026 og framover vil avhenge av utviklingen i de årlige statsbudsjettene framover.

Teknisk beregningsutvalg for spesialisthelsetjenestens økonomi anslår at spesialisthelsetjenesten har hatt en realvekst i bevilgninger på 3,8 milliarder kroner fra 2022 til 2025 – utover det som har vært nødvendig for å kompensere for endringer i demografi. Til sammenligning var nivået tilnærmet uendret før det – fra 2015 til 2022 – med et samlet anslag på realvekst på om lag 0,3 milliarder 2025-kroner utover det som har vært nødvendig for å kompensere for endringer i demografi.

Regjeringen er opptatt av å sørge for gode sykehusbudsjetter som tar høyde for både drift og investeringer.

Skriftlig spørsmål fra Bård Hoksrud (FrP) til helse- og omsorgsministeren**Dokument nr. 15:2984 (2024-2025)****Innlevert: 22.08.2025****Sendt: 25.08.2025****Besvart: 01.09.2025 av helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre****Spørsmål**

Bård Hoksrud (FrP): Andelen pasienter som blir henvist til spesialisthelsetjenesten, men som ikke får lov til å komme inn har økt dramatisk gjennom Arbeiderpartiets regjeringsperiode. På pressekonferansen om ventetidsløftet 26. juni indikerte statsråden at han fortsatt ikke visste hvorfor økningen skjer, men skulle se nærmere på det i tiden fremover. Så langt i år har det i somatikken blitt avvist neste 20 % flere pasienter enn samme periode i fjor, samtidig som totalt antall henvisninger har gått ned. Har statsråden nå et svar på hvorfor dette skjer?

Begrunnelse

Fremskrittspartiet har flere ganger tatt opp den dramatiske økningen i avvisning av pasienter i Arbeiderpartiets regjeringsperiode. Det har ført til at statsråden har sagt at han skal følge nøye med, men har ikke gitt noen god forklaring på hvorfor det har skjedd.

Statsråden har likevel fremmet flere teorier, blant annet:

- Fastlegene skriver dårligere henvisninger (spørsmål nr. 1036)
- Fastlegene sender flere henvisninger feil sted (spørsmål nr. 1036)
- At Helseplattformen har endret registreringspraksisen (spørsmål nr. 1037)
- Flere henvendelser til fastlegene som gir svakere kvalitet (spørsmål nr. 1037)
- Økt ressursfokus og «Kloke valg» (spørsmål nr. 2845)
- At tallene kan gå noe opp og ned naturlig fra år til år (Muntlig spørretime 29.01.25)

At antallet henvisninger har økt og gjort kvaliteten lavere stemmer åpenbart ikke, når det totale antallet henvisninger har gått ned. At tallene går opp og ned stemmer heller ikke når vi ser en systematisk økning gjennom hele Arbeiderpartiets regjeringsperiode. At Helseplattformen har laget rot i systemet kan være med å forklare der den er implementert, men forklarer ikke det store bildet. Statsrådens påstand om at økningene skyldes at fastlegene er dårligere til å henvise og sender henvisningene feil sted virker for meg ganske søkt, og på grensen til frekt.

Det eneste statsråden nekter å vurdere er at presset som er skapt i ventetidsløftet for å få flest mulig gjennom, eller bort fra, døra så fort som mulig har gjort at man i større grad leter etter grunner til å avvise. Iveren etter å møte eller dytte vekk pasientene raskest mulig, for så å sette dem i en intern behandlingskø kan ha tatt overhånd.

Når statsråden har sagt at avvisninger skal være et fokusområde håper jeg det endelig er mulig å få et klart og tydelig svar på hvorfor flere pasienter skyves ut i kulda på Arbeiderpartiets vakt.

Svar

[Svaret med tabell i pdf-format](#)

Skriftlig spørsmål fra Mímir Kristjánsson (R) til helse- og omsorgsministeren**Dokument nr. 15:2983 (2024-2025)****Innlevert: 22.08.2025****Sendt: 25.08.2025****Besvart: 01.09.2025 av helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre****Spørsmål**

Mímir Kristjánsson (R): Hvor mange ulike kommersielle selskaper har helseforetakene avtaler med og hvor mye ressurser brukes det på kontroll og tilsyn av disse i dag?

Begrunnelse

NRKs seneste avsløring om den kommersielle aktøren Spesialistlegen AS, som har tatt oppdrag fra Nordlandssykehuset, viser at de har fakturert 108 millioner kroner for mye for behandling av psykisk syke pasienter. Statsforvalteren konkluderer med at selskapet har brutt helse- og omsorgstjenesteloven og helsepersonelloven ved å fakturere for unødvendige utgifter og administrativt arbeid.

Sykehuset selv har hatt begrenset mulighet til å kontrollere fakturaene, som kun inneholdt pasient-ID, timetall og timespris. Ikke bare har Spesialistlegen AS overfakturert, de har også underbehandlet pasientene, dere flere har blitt dårligere av behandlingen de har fått.

Kommersielle aktører i velferdstjenestene våre er i stadig økende grad dominert av aktører med sentralisert eierskap, gjennom store kjeder eller utenlandske oppkjøpsfond. Samlet tas det milliarder ut fra fellesskapets midler bevilget til velferd, til profitt til eiere av kommersielle selskaper.

Omfanget av arbeidet med å se en helt grunnleggende del av velferdssystemet i kortene er enormt. Dermed vet vi lite om hva skattepengene vi bevilger til velferdstjenester som er drevet av kommersielle aktører går til. Ikke minst, hvordan det kan gå utover pasientenes helsetilbud,

Med kommersielle selskaper som ikke er underlagt samme åpenhetsreglement som offentlige får svært begrensede muligheter for å undersøke pengestrømmer, folkevalgte får ikke full informasjon om hva skattebetalernes penger brukes til, fagforeninger får begrenset sine muligheter til medbestemmelse.

Svar

Jan Christian Vestre: De regionale helseforetakene har omfattende avtaler med både private ideelle og private kommersielle leverandører av spesialisthelsetjenester. Dette omfatter blant annet de store diakonale sykehusene og en rekke leverandører innen TSB. I tillegg har Helfo avtaler med private leverandører knyttet til fristbruddsordningen. I begrunnelsen for spørsmålet vises det til en kommersiell leverandør som nettopp har avtale med Helfo. De regionale helseforetakene har ikke anledning til, eller ansvar for å følge opp disse avtalene.

De regionale helseforetakene anskaffer private helsetjenester fra ideelle og kommersielle leverandører gjennom anbudskonkurranser. Anbudskonkurransene definerer hva og hvor mye som skal kjøpes samt hvilken økonomisk ramme som ligger til grunn for anskaffelsen. I konkurranse dokumentene stilles det krav til blant annet kompetanse, kvalitet på behandlingsprogram og samhandling med andre aktører (for eksempel helseforetak og primærhelsetjenesten) for de helsetjenester som etterspørres. I tillegg legges det i flere av avtalene inn en begrensning på hvor lange opphold eller hvor mange konsultasjoner den enkelte pasient kan ha før videre behandling må avklares med den instans som har gitt pasienten rett til behandling i spesialisthelsetjenesten.

Det foretas løpende oppfølging og kontroll av disse inngåtte avtalene. Avtalepartene rapporterer månedlig både på aktivitet og kvalitet. Det er ikke anledning til å utføre pasientbehandling utover det volum (og økonomisk ramme) som er fastsatt i inngått avtale. De regionale helseforetakene har minimum et årlig oppfølgingsmøte med hver av avtalepartene, og i tillegg gjennomføres møter ved behov, for eksempel hvis det er utfordringer med opplevd kvalitet eller korrekt rapportering.

I begrunnelsen for spørsmålet vises det til Spesialistlege AS. De er en leverandør innenfor fristbruddsordningen, og har ikke levert tjenester direkte til Nordlandssykehuset HF. Når en pasient blir henvist til et sykehus, vurderer sykehuset om du har rett til nødvendig helsehjelp. Hvis det blir vurdert at pasienten har rett til nødvendig helsehjelp, så vil vedkommende få en bindende frist for når pasienten senest skal få påstartet helsehjelpen. Fristen er et uttrykk for hvor lenge det er medisinsk forsvarlig for pasienten å vente. Om denne fristen ikke overholdes, er dette et fristbrudd og sykehuset må varsle Helfo som forvalter fristbruddsordningen. Helfo har inngått egne avtaler med ulike private helsetjenesteleverandører som pasienten da kan få tilbud om helsehjelp fra. Den private helsetjenesteleverandøren overtar behandlingsansvaret for pasienten, men det regionale helseforetakets sørge-for-ansvar gjelder fortsatt og den offentlige spesialisthelsetjenesten må betale for tjenestene til pasientene.

Regjeringen har vært tydelig på at det ikke er god nok kontroll med kostnader og kvaliteten i fristbruddordningen i dag. Derfor fikk Helsedirektoratet i oppdrag å foreslå forbedringer. Noen av disse er allerede implementert. Helsedirektoratet har blant annet i sitt mål og disponeringskriv for 2025 lagt til grunn at avtalene som Helfo inngår skal understøtte fristbruddordningens formål, og så langt det er mulig, ivareta behovet for transparens i pasientforløp og ressursbruk. Avtalene skal innrettes slik at det gir gode forutsetninger for Helfo til å følge opp at avtalene oppfylles. Følgende krav er innarbeidet i Helfos avtaler med fristbruddsleverandører: «Krav fra private tjenesteleverandører skal oversendes med spesifiserte fakturaunderlag som inneholder helseopplysninger og andre opplysninger som i henhold til lov og forskrift er nødvendige for å kunne kontrollere at utført helsehjelp er i samsvar med det innmeldte fristbruddet.»

De regionale helseforetakene fikk i tillegg til oppdragsdokument for 2024 i oppdrag å gjennomgå sin praksis for å unngå fristbrudd, ha enhetlige måter å håndtere dette på, samt enhetlig praksis for å melde fristbrudd til fristbruddportalen. De regionale helseforetakene har i fellesskap arbeidet med oppfølgingen av oppdraget under ledelse av Helse Sør-Øst RHF og har utarbeidet en ny regional veileder. Gjennom arbeidet med ventetidsløftet er også ventetidene og antall og andel fristbrudd vesentlig redusert. Regjeringen arbeider også med oppfølgingen av andre forslag, herunder oppfølgingen av Stortingsvedtak nr. 693 ifm. Innst. 387 S (2023–2024). De regionale helseforetakene fikk i 4. juli i år et oppdrag om dette i tillegg til oppdragsdokument for 2025. De regionale helseforetakene skal vurdere hvordan en eventuell overtakelse av kontraktsansvaret i fristbruddordningen kan innrettes. Frist for dette oppdraget er satt til 1. november 2025.

Jeg vil avslutningsvis understreke at vi forventer at private leverandører som yter tjenester til befolkningen på vegne av det offentlige, både gir forsvarlig helsehjelp og rapporterer inn riktig, slik at vi får benyttet våre felles ressurser på best mulig måte. Samtidig så vil de tiltakene jeg har nevnt ovenfor sette spesialisthelsetjenesten i en langt bedre posisjon med tanke på en løpende kontroll av de aktuelle tjenester som ytes på det offentliges regning.

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

Dokument nr. 15:2970 (2024-2025)

Innlevert: 22.08.2025

Sendt: 22.08.2025

Besvart: 31.08.2025 av helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre

Spørsmål

Seher Aydar (R): Helseministeren har gjentatte ganger påpekt behovet for en styrking av de offentlige sykehusene. Nå planlegger Oslo universitetssykehus å kutte 200 årsverk.

Hvordan stemmer kuttene i sykehuspersonell overens med behovet i helsesektoren, og er helseministeren bekymra for at kuttene vil gå utover helsetjenestene sykehusene kan tilby?

Begrunnelse

Nå står 200 årsverk i Oslo Universitetssykehus i fare. 21. august kan vi lese at OUS må kutte 200 årsverk innen utgangen av 2026. VG skriver:

«Bakgrunnen for kuttene er finansieringsmodellen staten har lagt på helseforetakene. For å få lov til å låne penger til nye bygg og utstyr, krever staten at sykehusene kan vise til overskudd.»

Helseforetakene, som er eid av staten, må låne pengene av nettopp staten.

Det er svært kritisk når sykehusenes krav til lån, går utover drifta på sykehusene. Midler til nødvendig overskudd, må tas fra driftsbudsjettene, som igjen vil ha konsekvenser for helsetilbudene sykehusene kan tilby, de ansattes arbeidsforhold og, ikke minst, pasientene.

Slik det kommer fra, i VG saken, så vil kuttene i denne omgang ramme Teknologi- og innovasjonsklinikken, samt Oslo Sykehusservice.

Ansatte her arbeider med områder innenfor blant annet medisinsk teknologi, forskning og innovasjon.

Oslo Sykehusservice har ansvar for blant annet å understøtte sykehusets kjerneoppgaver innen pasientbehandling, forskning og undervisning. Dermed er de helt sentrale for å frigjøre tid for de kliniske avdelingene. Tjenestene inkluderer forsyning av sterile instrumenter, håndtering av labmateriale, transport og annen logistikk som er essensiell for sykehusdriften.

Svar

Jan Christian Vestre: Det investeres nå for betydelige beløp i norske sykehus, blant annet i Oslo universitetssykehus.

De regionale helseforetakene mottar en samlet økonomisk ramme som også skal dekke kostnader til bygninger, teknologi og utstyr. Uten ansvaret for investeringer ville driftsbevilgningene til sykehusene blitt redusert.

Regjeringen har bidratt i positiv retning med gode sykehusbudsjetter i de siste årene. I tillegg har vi sørget for flere viktige endringer i finansieringsmodellen for investeringer, blant annet med mer gunstige rentebetingelser ved lån til store investeringsprosjekter gjennom endringer i rentemodellen.

Helse Sør-Øst RHF har etablert en egen inntektsmodell innad i regionen basert på prinsipper som ligner på inntektsmodellen fra staten til helseregionene. Det er Helse Sør-Øst RHF sammen med Oslo universitetssykehus som må vurderer hvordan den økonomiske situasjonen i helseforetaket skal håndteres. Regjeringens oppgave er å stille med lån til prosjekter når regionene ber om dette, og sørge for gode sykehusbudsjetter som tar høyde for både drift og investering.

Det vil være behov for kontinuerlige endringer og omstillinger i sykehusene framover. Det gjelder ikke minst Oslo universitetssykehus. Drift av sykehusene og nødvendige tiltak for å tilpasse driften til rammene ligger til helseforetakene. Jeg mener det er riktig og nødvendig at helseforetakene gjør nødvendige tiltak for å sikre at sykehuspersonellet benyttes på en best mulig måte.

Skriftlig spørsmål fra Tobias Drevland Lund (R) til helse- og omsorgsministeren
Dokument nr. 15:2941 (2024-2025)

Innlevert: 17.08.2025

Sendt: 18.08.2025

Besvart: 26.08.2025 av helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre

Spørsmål

Tobias Drevland Lund (R): Hva tenker statsråden om at det å legge Tinn kommune sin følgetjeneste for for gravide til Seljord, vil kunne medføre at veien til jordmorberedskapen blir så lang, at fødselen skjer i egen bil på en busslomme eller langs veien og dermed gjør at mor eller barn kanskje ikke har krav på erstatning etter pasientskadeloven?

Begrunnelse

I Rjukan Arbeiderblad 07.08 kan vi lese om tidligere jordmor Berit Grimsrud som sier; "– Hvis det skulle skje at veien til jordmorberedskapen blir så lang, at fødselen skjer i egen bil på en busslomme, eller langs veien ett eller annet tilfeldig sted - har da mor eller barn krav på erstatning etter pasientskadeloven, hvis det skulle bli skader under fødselen? Som jeg leser loven nå, virker det ikke sånn på meg. Hvis det er tilfelle, hviler det et enda større ansvar på de to som setter seg i sin egen bil, og må bære risikoen selv, grunnet lang reisevei uten jordmorfølge, resonnerer Grimsrud.

– Skjer fødselen i ambulansen vil pasientskadeloven gjelde, og anbefalingen må derfor bli at den gravide transporteres i ambulanse i stedet for privatbil, legger hun til".

Dette blir videre bekreftet av Sykehuset i Telemark ved jurist Andreas Stensholt. Han bekrefter at loven ikke gjelder for private reiser som dette og sier til Rjukan Arbeiderblad 07.08;

"– Slik jeg forstår det, gjelder i utgangspunktet ikke pasientskadeloven for slike private reiser, selv i hastesituasjoner. Derimot gjelder den under ambulansetransport og transport som er organisert av helsevesenet, se pasientskadeloven § 1 (1) bokstav b). Pasientskadeloven får dermed også virkning for reiser som følger av en avtale om transport som er inngått med sykehuset. Det er også verdt å merke seg at selv om pasientskadeloven også gis anvendelse for pasientskader i «i institusjon», slik det står i pasientskadeloven § 1 (1) bokstav a, skal NPE behandle søknad om erstatning for skade som skjer i privat regi på vei til sykehuset dersom den fødende har fått feilslått hjelp – for eksempel via telefon - fra helsepersonell ved sykehuset som så leder til skade på vei til fødestue, forklarer Andreas Stensholt".

Dette er i så fall nok et eksempel på at det å legge ned følgetjenesten i Tinn vil kunne få alvorlige konsekvenser for gravide som er avhengig av trygghet som de nå vil stå i fare for å miste.

<https://www.rablad.no/sykehuset-bekrefter-dekker-nok-ikke-fodselskader-i-privat-bil/s/5-90-502554>

<https://www.rablad.no/tidligere-jordmor-i-tinn-stiller-sporsmal-ved-forsvarligheten/s/5-90-501971>

Svar

Jan Christian Vestre: Kravene til følgetjenesten er angitt i nasjonal faglig retningslinje for fødselsomsorgen. Følgetjeneste omfatter døgnskuttet vaktberedskap av jordmor eller lege og følge til fødeinstitusjon. Det utføres en kvalifisert faglig vurdering av om den gravide er i aktiv fødsel eller av andre årsaker har behov for følge. Det er lagt til grunn et behov for en døgnskuttet vaktberedskap og følgetjeneste der det er over 90 minutters reisevei til fødestedet. Grensen baseres på reell reisetid og er avhengig av reiseavstand, kommunikasjonsforhold, vær og føreforhold, samt hvor langt fødselen er kommet.

Bakgrunnen for saken som representanten Drevland Lund viser til, er utfordringer med dagens samarbeidsløsning om jordmortjenesten. Det har over flere år vært svært utfordrende å rekruttere tilstrekkelige jordmorressurser og tidvis har det ikke vært jordmor til stede i kommunen 24/7. Det har derfor vært nødvendig å finne løsninger for den kommunale svangerskaps- og barselomsorgen som Tinn kommune har ansvar for, og for følgetjenesten for gravide og beredskap.

Jeg har forståelse for det sterke engasjementet i Tinn kommune om endringer i følgetjenesten for gravide og fødende. Endringene innebærer at Tinn kommune innlemmes i samarbeidet med Vest-Telemark kommunene. Med denne modellen mener Sykehuset Telemark HF at sikkerheten for fødende og barna er godt ivarettatt. Sykehuset Telemark opplyser at det er gode tilbakemeldinger fra brukere av denne tjenesten, og i de årene tjenesten har fungert, ringer gravide til jordmor på vakt for råd og veiledning ved spørsmål om fødsel og behov for følgetjeneste med ambulansetransport og jordmor til stede i ambulansen. Det er også lange avstander i Vest-Telemark til jordmor på vakt. Det betyr at jordmor ikke rykker ut eller hjem til kvinner for vurdering om hun er i fødsel. Denne vurderingen gjøres som hovedregel på telefon. Jordmødrene har god erfaring i å vurdere behovet for jordmorfølge og ambulansetransport. Denne organiseringen av helsetilbudet til gravide, fødende og barselkvinner er nasjonalt fremhevet som en god modell.

Ved å innlemme Tinn kommune i samarbeidet vil de gravide og fødende i Tinn kommune få det samme tilbudet. Jordmor vil ut fra situasjonen vurdere om det er behov for å rekvirere ambulansetransport. Jordmor på vakt vil i de tilfellene der det er behov for følge av jordmor, kjøre i møte og gå over i ambulansen som kjører den gravide/fødende. Sykehuset Telemark jobber nå med kommunen for å omorganisere følgetjenesten til en mer robust løsning.

Det er helseforetaket som har ansvaret for følgetjenesten, og Sykehuset Telemark HF vurderer at tilbudet er forsvarlig også etter omorganiseringen. I en tid med stor mangel på jordmødre er det også viktig å prioritere ressursene godt. Det blir viktig å følge med på hvordan denne løsningen fungerer.

Representanten Drevland Lund viser videre til at mor og barn kanskje ikke har krav på erstatning etter pasientskadeloven. Fødende har, som andre pasienter, krav på erstatning når de har lidt tap som følge av svikt ved ytelsen av helsehjelp. Dette gjelder selv om ingen kan lastes. Det går fram av pasientskadeloven at det blant annet skal tas hensyn til om de krav skadelidte med rimelighet kan stille til virksomheten eller tjenesten på skadetidspunktet er tilsidesatt. Om det har skjedd en svikt i ytelsen av helsehjelp som gir rett til pasientskadeerstatning må dermed avgjøres etter en konkret vurdering i det enkelte tilfellet.

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

Dokument nr. 15:2928 (2024-2025)

Innlevert: 15.08.2025

Sendt: 15.08.2025

Besvart: 26.08.2025 av helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre

Spørsmål

Kjersti Toppe (Sp): Kan statsråden bekrefte at han er bevisst på at gravide som mister følgetjenesten i Tinn kommune, også mister rettigheter etter pasientskadeloven, når de i stedet må kjøre i privat bil, og vil statsråden ut fra dette gi helseforetaket beskjed om å ikke gjennomføre nedlegging av følgetjenesten for gravide i Tinn?

Begrunnelse

Pasientskadeloven gjelder kun ambulansetransport som er organisert av helsevesenet, jf. § 1 første ledd bokstav b. Pasientskadeloven gjelder da eksempelvis ikke for en fødende kvinne på vei til fødested i en privat bil. Når fødende med behov for følgetjeneste (som bor over 1,5 time fra fødetilbud) nå må kjøre delvis i egen bil, så mister de sentrale rettigheter og helseforetaket slipper sitt juridiske ansvar. Dette er uakseptabel endring i tilbudet, og grunn til å gripe inn overfor helseforetaket.

Svar

Jan Christian Vestre: Kravene til følgetjenesten er angitt i nasjonal faglig retningslinje for fødselsomsorgen. Følgetjeneste omfatter døgnskuttet vaktberedskap av jordmor eller lege og følge til fødeinstitusjon. Det utføres en kvalifisert faglig vurdering av om den gravide er i aktiv fødsel eller av andre årsaker har behov for følge. Det er lagt til grunn et behov for en døgnskuttet vaktberedskap og følgetjeneste der det er over 90 minutters reisevei til fødestedet. Grensen baseres på reell reisetid og er avhengig av reiseavstand, kommunikasjonsforhold, vær og føreforhold, samt hvor langt fødselen er kommet.

Det har vært utfordringer med dagens samarbeidsløsning om jordmortjenesten i Tinn kommune. Det har over flere år vært svært utfordrende å rekruttere tilstrekkelige jordmorressurser og tidvis har det ikke vært jordmor til stede i kommunen 24/7. Det har derfor vært nødvendig å finne løsninger for den kommunale svangerskaps- og barselomsorgen som Tinn kommune har ansvar for, og for følgetjenesten for gravide og beredskap.

Jeg har forståelse for det sterke engasjementet i Tinn kommune om endringer i følgetjenesten for gravide og fødende. Endringene innebærer at Tinn kommune innlemmes i samarbeidet med Vest-Telemark kommunene. Med denne modellen mener Sykehuset Telemark HF at sikkerheten for fødende og barna er godt ivaretatt. Sykehuset Telemark opplyser at det er gode tilbakemeldinger fra brukere av denne tjenesten, og i de årene tjenesten har fungert, ringer gravide til jordmor på vakt for råd og veiledning ved spørsmål om fødsel og behov for følgetjeneste med ambulansetransport og jordmor til stede i ambulansen. Det er også lange avstander i Vest-Telemark til jordmor på vakt. Det betyr at jordmor ikke rykker ut eller hjem til kvinner for vurdering om hun er i fødsel. Denne vurderingen gjøres som hovedregel på telefon. Jordmødrene har god erfaring i å vurdere behovet for jordmorfølge og ambulansetransport. Denne organiseringen av helsetilbudet til gravide, fødende og barselkvinner er nasjonalt fremhevet som en god modell.

Ved å innlemme Tinn kommune i samarbeidet vil de gravide og fødende i Tinn kommune få det samme tilbudet. Jordmor vil ut fra situasjonen vurdere om det er behov for å rekvirere ambulansetransport. Jordmor på vakt vil i de tilfellene der det er behov for følge av jordmor, kjøre i møte og gå over i ambulansen som kjører den gravide/fødende. Sykehuset Telemark jobber nå med kommunen for å omorganisere følgetjenesten til en mer robust løsning.

Det er helseforetaket som har ansvaret for følgetjenesten, og Sykehuset Telemark HF vurderer at tilbudet er forsvarlig også etter omorganiseringen. I en tid med stor mangel på jordmødre er det også viktig å prioritere ressursene godt. Det blir viktig å følge med på hvordan denne løsningen fungerer. Representanten Toppe spør videre om gravide mister rettigheter som følge av endringen i organiseringen av følgetjenesten. Fødende har, som andre pasienter, krav på erstatning når de har lidt tap som følge av svikt ved ytelsen av helsehjelp. Dette gjelder selv om ingen kan lastes. Det går fram av pasientskadeloven at det blant annet skal tas hensyn til om de krav skadelidte med rimelighet kan stille til virksomheten eller tjenesten på skadetidspunktet er tilsidesatt. Om det har skjedd en svikt i ytelsen av helsehjelp som gir rett til pasientskadeerstatning må dermed avgjøres etter en konkret vurdering i det enkelte tilfellet.

Link til regjeringens side – spørsmål til skriftlig besvarelse: [Skriftlige spørsmål og svar - stortinget.no](https://www.stortinget.no/Sporsmal/Skriftlig%20sporsmal%20og%20svar)

Trykte vedlegg:

- Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF – luftambulansebase på Elverum
(unntatt offentlighet jf. LOA §23 første ledd)

Utrykte vedlegg:

- Ingen