

## Saksframlegg

**Saksgang:**

Styre	Møtedato
Styret Helse Sør-Øst RHF	16. juni 2016

**SAK NR 063-2016**

**ORIENTERINGSSAK: DRIFTSORIENTERINGER FRA ADMINISTRERENDE DIREKTØR**

***Forslag til vedtak:***

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Hamar, 8. juni 2016

Cathrine M. Lofthus  
administrerende direktør

## 1. Arbeidet med ventetider

Dagens Medisin hadde den 25. mai et oppslag om ventetider med fokus på forskyvning mellom pasienter som får frist til behandling og frist til utredning i perioden 2011 til 2015. Oppslagene baseres blant annet på tall fra Norsk Pasientregister (NPR) som viser at andelen som får frist til utredning har økt i løpet av disse årene. Dagens Medisin mener også å kunne vise at rapporteringen av ventetider ikke viser et fullstendig bilde av ventelistene, og at det opereres med interne ventelister som benevnes som «skjulte lister». Det stilles også spørsmål om hvorfor de interne ventelistene ikke inngår i offentlig statistikk.

### Forskyvning mellom pasienter som får frist til behandling og frist til utredning

Det er riktig at det har det vært en tendens til at andelen pasienter som får rett til utredning har økt fra 2012 til 2015 i alle regionene, og samtidig en tilsynelatende mer likeartet praktisering av lovverket med konvergens av andelen mellom de fire regionene, jamfør tabell 1 nedenfor.

*Tabell 1: Utvikling i andelen «pasienter med rett til utredning» 2012-16, fordelt på regioner*

	Andel rett til utredning, basert på				
	tall for hele året				tall 1. tertial
RHF	2012	2013	2014	2015	2016
Helse Nord	83	84	86	90	91
Helse Vest	89	89	89	92	94
Helse Midt-Norge	57	70	74	78	82
Helse Sør-Øst	71	73	76	85	88

I Helse Sør-Øst fikk omtrent 85 % av pasientene frist til utredning i 2015. Tallene for 1. tertial 2016 kan tyde på at denne utviklingen fortsetter i alle helseregionene, men den korte tiden fra 01.11.15 gjør det vanskelig å konkludere med om dette har sammenheng med lovendringen. Utviklingen er hovedsakelig ønsket og medisinsk begrunnet.

Frist for start av helsehjelp skal settes i samsvar med det faglig forsvarlighet krever. Pasientene skal få en konkret frist for når helsehjelpen senest skal settes i gang. Fristen gjelder oppstart av utredning eller oppstart av behandling, og avhenger av om pasientens tilstand er uavklart eller avklart. Hvordan loven skal tolkes med hensyn til når fristen skal settes til oppstart av utredning og når den skal settes til oppstart av behandling, er nå beskrevet i det nylig reviderte lovrundskrivet til pasient- og brukerrettighetsloven fra Helsedirektoratet.

Både før og etter lovendringen 01.11.15 er det slik at et flertall av pasientene vil ha tilstander som når henvisningen vurderes, vil bli definert som uavklarte. Først når utredningen er avsluttet, vil det være avklart om pasienten trenger behandling og i tilfelle hvilken.

Med lovendringen ble vurderingstiden kortere (fra 30 til 10 dager) og kravet til å innhente supplerende informasjon fra henvisende instans tonet ned. Om man kan tilråde en bestemt behandling avhenger således av hvor godt beslutningsgrunnlag primærhenvisningen gir. Økt vektlegging av samvalg spiller også inn, jfr. formålsbestemmelsene.

Det er også sannsynlig at tekniske forhold i DIPS bidrar til at det rapporteres et feilaktig høyt antall pasienter med vurderingen rett til "utredning". Oslo universitetssykehus HF sin overgang til DIPS kan derfor være en medvirkende forklaring til økningen i nasjonale statistikker. I påvente av en forbedring i det pasientadministrative systemet, må utfordringen søkes løst med opplæring av klinisk personell som foretar vurderinger. Dette følges opp i *Tilgjengelighets- og resursstyringsprosjektet*.

### Interne ventelister/«skjulte ventelister»

Det som i oppslagene i Dagens Medisin kalles interne ventelister og «skjulte ventelister» er lister over den totale pasientpopulasjonen som skal håndteres ved f.eks en poliklinikk. I denne ventelisten inngår alle pasienter uavhengig om de er nyhenviste, ventelisteavklarte pasienter som skal inn til videre oppfølging og behandling (for eksempel operasjoner) eller pasienter som skal inn til kontroll (for eksempel kroniske pasienter som skal inn til årlige kontroller).

De offisielle ventetidene har helt siden 2002 tatt utgangspunkt i nyhenviste pasienter. Det betyr at alle de andre kategoriene ikke inngår i offentlig statistikk. Samtidig følger Helse Sør-Øst RHF nøye med på antall pasienter som skal til videre oppfølging, behandling eller kontroll der tentativ tid for kontakt er passert. Tabell 2 viser at det i starten av mai 2015 var over 84105 pasienter med passert tentativ tid for kontakt i foretaksgruppen. Ett år senere er dette tallet redusert til 61560 pasienter. Helse Sør-Øst RHF har som ambisjon å redusere andelen pasienter i denne gruppen med minimum 70 prosent inneværende år. Noen fagområder er mer utfordrende. Helse Sør-Øst RHF tilbyr bistand til helseforetak, fagområder og poliklinikker med mange pasienter i denne kategorien. Utviklingen følges opp i månedlig rapporter.

**Tabell 2: Utvikling i samlet antall pasienter hvor tentativ tid for kontakt er passert i Helse Sør-Øst 2015-16**

	mai.15	mai.16	Endring
Nyhenviste	16 246	4 632	11 614
Pasienter i behandling "Kontroller"	67 859	56 928	10 931
<b>Sum "etterslep"</b>	<b>84 105</b>	<b>61 560</b>	<b>22 545</b>

Som tabellen viser har reduksjon i antall nyhenviste som venter ikke ført til at kronikere og andre ventelisteavklart pasienter får et dårligere tilbud. Antall pasienter på intern venteliste hvor tentativ tid for kontakt er passert, er redusert i samme periode med en tilsvarende reduksjon som for nyhenviste.

## Videre arbeid

Helsedirektoratet har igangsatt arbeid i alle helseregionene for å finne forklaring på hvorfor flere pasienter nå får til frist utredning. Helse Sør-Øst RHF bidrar aktivt i dette arbeidet.

De regionale helseforetakene fikk i oppdragsdokumentet i januar 2016 i oppdrag å etablere indikatorer som måler kapasitetsutnyttelse og effektivitet i spesialisthelsetjenesten, samt identifisere fagområder som skal gis styringsmessig prioritet. Gjennom dette arbeidet blir det blant annet foreslått å etablere en ny nasjonal styringsindikator for nyhenviste pasienter og pasienter i forløp der tentativ tid for kontakt er overskredet. Nye indikatorer av denne typen vil være en viktig hjelp for å få god oversikt, slik at riktige prioriteringer og forbedringer kan gjennomføres.

Arbeidet med å «reduere ventetider og unngå fristbrudd» har fra 2013 vært Helse Sør-Østs viktigste innsatsområde og har fortsatt prioritet. Dette har bl.a. satt sitt tydelige preg på de faste oppfølgingsmøtene med helseforetakene og i regionale direktør- og fagdirektørmøter. Fra 2015 har det regionale helseforetaket i økende grad sett gode effekter av arbeidet, spesielt når det gjelder ventetider for nyhenviste og fristbrudd. Det er fortsatt høyt fokus på å sikre god kvalitet i ventelistedata og arbeidet med å sikre gode rutiner og ensartet praksis for henvisningshåndtering.

## 2. Redusere variasjon og etablere indikatorer som måler kapasitetsutnyttelse

### Bakgrunn

De fire regionale helseforetakene fikk i oppdragsdokumentet 12. januar 2016 i oppgave å etablere indikatorer som måler kapasitetsutnyttelse og effektivitet i spesialisthelsetjenesten, samt identifisere fagområder som skal gis styringsmessig prioritet. Dette arbeidet ble startet i 2015 og ledet av Helse Vest RHF. Helse Sør-Øst RHF fikk oppdraget med å lede arbeidet videre.

Sammen har de fire regionene dannet en arbeidsgruppe med representanter fra de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet. Arbeidsgruppen har tatt utgangspunkt i oppdraget som ble gitt i 2015 som ble ledet av Helse Vest RHF, og arbeidet for å identifisere indikatorer og fagområder i tråd med oppdragsdokumentet for 2016; redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen.

### Aktuelt

Arbeidsgruppen har gjennom seks møter definert et sett utvalgte indikatorer og fagområder samt hvordan metodeutvikling og erfaringsoverføring mellom regionene skal ivaretas. Dette arbeidet er grunnlaget for leveransen til Helse- og omsorgsdepartementet 1. juni 2016.

Arbeidsgruppen har i første omgang identifisert ni indikatorområder som på ulikt vis skal beskrive kapasitet, effektivitet og ressursutnyttelse innen spesialisthelsetjenesten. Disse ni indikatorområdene er strukturert rundt pasientens møte med helsetjenesten slik at de til sammen beskriver det komplekse bildet for hvordan områder av spesialisthelsetjenesten drives. Noen av indikatorene kan beskrives som driverindikatorer, mens andre er mer målrettede indikatorer.

Arbeidsgruppen foreslår at fem av disse indikatorområdene kan tas inn i styringsmessig oppfølging fra 2. halvdel 2016, gitt at tilfredsstillende rapportering og datakvalitet, definisjon og publiseringsløsninger fra Helsedirektoratet er på plass.

Indikatorene som anbefales tatt inn i styringsmessig oppfølging 2016 er:

- **Henviste** - antall nyhenviste per 1 000 innbyggere og andel nyhenvisninger av totale henvisninger ved sykehus
- **Ikke rett til helsehjelp** (avslåtte/avviste) - antall henvisninger som ikke gis rett til helsehjelp pr 10 000 innbyggere og andel henvisninger som ikke gis rett til nødvendig helsehjelp
- **Kontroller** – antall kontroller pr 1 000 innbyggere og andel kontroller i forhold til utredning og behandling. I første omgang skal indikatoren gjelde for fagområdet ortopedi, men det skal utredes om indikatoren også er aktuell for fagområdet psykisk helsevern.
- **Tentativ tid til kontakt** – nyhenviste pasienter og pasienter i forløp der planlagt dato for kontakt er overskredet
- **Ambulant virksomhet** – antall ambulante konsultasjoner pr 10 000 innbyggere og andel ambulante konsultasjoner

For de resterende indikatorene vil videreutvikling inngå i det videre arbeidet frem mot ny leveranse 1. november 2016 og videre i 2017. Arbeidsgruppen oppfatter oppdraget som et langsiktig og kontinuerlig utviklingsarbeid for å bedre effektivitet og kapasitet i spesialisthelsetjenesten.

Arbeidsgruppen har i tråd med oppdraget valgt å rette indikatorene inn mot spesifikke fagområder som ble identifisert i arbeidet i 2015. Dette vil gjøre oppfølging av indikatorene innen de valgte fagområdene enklere. Fagområdene som er valgt ut er ortopedi og psykisk helsevern.

Arbeidsgruppen mener også at det er viktig å se kapasitet og effektivitet i lys av utviklingen i liggetid og dreining fra døgn- til dagbehandling der flere pasienter får poliklinisk behandling. Sammenligninger nasjonalt og internasjonalt er viktige i denne sammenheng.

Arbeidsgruppen har også samarbeidet med regionale innsatsledere som arbeider med systematisk kvalitetsforbedringsarbeid i helseforetakene. Sammen skal de arbeide med å utveksle erfaringer og metodikk/konsept i forbedringsarbeidet på tvers av helseregionene, jamfør oppdragsdokumentet. Hensikten med å knytte dette arbeidet mot indikatorarbeidet er at indikatorene som blir valgt ut skal være med som «verktøykasse» og understøtte det regionale arbeidet med å bedre effektivitet og redusere ventetider.

## Prosess

Proessen er initiert som et arbeid på bestilling fra Helse- og omsorgsdepartementet. På grunn av kort tidsramme til første leveranse (01.06.16) ble det besluttet å benytte eksisterende interregionale fag-/HR-/økonomidirektørmøter som forankringsfora og ikke etablere en prosjektorganisering med egen styringsgruppe. For å sikre ytterligere forankring ble det opprettet en interregional referansegruppe bestående av representanter fra brukerutvalg og konserntillitsvalgte. I perioden har det blitt rapportert om organisering og fremdrift samt innhold i leveransen til de interregionale fag-/HR-/økonomidirektørene.

Arbeidet ledes av Helse Sør-Øst RHF i 2016, men arbeidsgruppen vil foreslå at ledelse av det videre arbeidet går på rundgang mellom regionene.

Etter overlevering av første leveranse til Helse- og omsorgsdepartementet vil arbeidsgruppen i samarbeid med de interregionale fag-, HR- og økonomidirektører evaluere arbeidet med særlig fokus på struktur og prosess samt avgrensning mot andre tilgrensende «indikatorprosjekter». Det vil være viktig å sikre bedre forankring mot brukere, tillitsvalgte samt de interregionale fag-, HR- og økonomidirektørene. I tillegg vil det vurderes om det videre arbeidet skal prosjektorganiseres med en egen styringsgruppe.

*Vedlegg:* Redusere variasjon og etablere indikatorer som måler kapasitetsutnyttelse

### **3. Orientering om kjøp av radiologiske tjenester fra private – vedtak i Klagenemnda for offentlige anskaffelser (KOFA) om at en leverandør skulle vært avvist**

Helse Sør-Øst RHF gjennomførte i 2015 en ny anskaffelse innen radiologiske tjenester fra private leverandører med virkning f.o.m. 01.01.16. Anskaffelsen består av tre deler.

- Del 1: Ordinær radiologi (MR, CT, ultralyd, konvensjonell røntgen), har varighet f.o.m. 2016 t.o.m. 2018 med ensidig rett til å forlenge avtalen med inntil ett år (t.o.m. 2019).
- Del 2: PET-CT, har varighet f.o.m. 01.01.16-31.12.16 med ensidig rett til å forlenge avtalen med ett år av gangen i inntil tre år.
- Del 3: Mammografikontroller har varighet f.o.m. 01.01.16-31.12.16 med ensidig rett til å forlenge avtalen med ett år av gangen i inntil tre år.

Aleris Helse AS (Aleris) som tidligere hadde avtale om leveranse av radiologiske tjenester (Del 1) i Oslo, mistet ved denne konkurransen sin avtale med Helse Sør-Øst RHF.

Like før kontraktinngåelse krevde Aleris midlertidig forføyning for å stanse kontraktinngåelsen da det ble anført at Unilabs Norge AS (Unilabs) skulle vært avvist da de ikke oppfylte kvalifikasjonskravet til miljøledelsessystem. Etter muntlige forhandlinger avsa Hedmarken tingrett kjennelse av 5. november om at det ikke var begått feil i konkurransen. Helse Sør-Øst RHF inngikk etter det kontrakt med leverandørene.

Aleris innga deretter en klage om det samme forholdet til Klagenemda for offentlige anskaffelser (KOFA). I tillegg klaget Aleris på at det var gitt mangelfull begrunnelse for valg av leverandører.

KOFA har nå ferdigbehandlet saken og kommet til at Unilabs skulle vært avvist fra konkurransen. KOFA begrunner det med at Unilabs verken i sitt tilbud eller ved å gi supplerende opplysninger, har dokumentert at selskapet oppfylte kvalifikasjonskravet om «kompetanse og systemer som sikrer at tjenesten kan utføres med lave miljøbelastninger og høy grad av sikkerhet». Saken ble behandlet i stornemd fordi den også inneholdt en anførsel om brudd på begrunnelsesplikten. Her kom KOFA frem til at det var av konkurransemessig betydning å hemmeligholde prisene og Helse Sør-Øst RHF fikk dermed medhold på dette punktet.

Administrerende direktør er p.t. ikke kjent med hvorvidt saken får ytterligere rettslige etterspill.

#### **4. Høringsvar fra Helse Sør-Øst, opplæringstiltak for medisinsk koding i regi av Direktoratet for e-helse**

Direktoratet for e-helse kartlegger behov for opplæring i regi av direktoratet. Det er svært gledelig og en aktivitet som har vært etterlyst i flere år. Helse Sør-Øst RHF mener at opplæringstiltakene som beskrives er gode og at de faglige områdene som inngår er dekkende for de behov som er ute i de enkelte helseforetakene/avdelingene.

#### **5. Raskere tilbake**

Prosjektet "Raskere tilbake" er et nasjonalt prosjekt som startet i 2007. Formålet med tilskuddsordningen er å redusere sykefraværet ved å få sykmeldte raskere tilbake i arbeid, samt å gi tilbud til de som står i fare for å bli sykmeldt.

Prosjektet er forankret i IA-avtalen mellom partene i arbeidslivet og regjeringen. I 2013 ble det inngått ny IA-avtale med gyldighet ut 2018. 2016 er med dette tiende året prosjektet drives.

Prosjektet "Raskere tilbake" i Helse Sør-Øst hadde ved utgangen av 2015 totalt 64 behandlingstilbud. Disse foregår i hovedsak i helseforetak og private ideelle sykehus, men også gjennom 19 private avtaler innen arbeidsrettet rehabilitering, psykisk helsevern og lettere psykiske lidelser og ortopedi. Behandlingstilbudene er i hovedsak rettet mot muskelskjelett-lidelser og psykisk helsevern – lettere psykiske lidelser, som begge dominerer sykmeldingsstatistikken i Norge. 31.418 pasienter har fått behandlingstilbud gjennom "Raskere tilbake" i Helse Sør-Øst i 2015.

Det gjøres en rekke evalueringer, skrives masteroppgaver og gjennomføres forskningsprosjekt som måler resultat av behandlingstilbudene. I tillegg er det i 2015 igangsatt egen brukertilbakemelding for alle behandlingstilbudene i prosjektet. Resultater viser at over 90 % av pasientene er svært fornøyd. Det kan i prosjektene vises til signifikant endring av symptomtrykk når det gjelder mild til moderat angst og depresjon, samt ved smerter for muskel-skjelett-plager. Omfanget av tilbudene i "Raskere tilbake" er likevel for lite til at resultater på tilbakegang til arbeid vil gi effekt på den nasjonale sykemeldingsstatistikken. Resultater fra de enkelte behandlingstilbud som har registrering vedrørende tilbakegang til arbeid, kan vise til positive resultater ved at pasienter kommer tilbake i arbeid, helt eller i deltid. Mestring er også et resultat som går igjen i mange av tilbudene og som bidrar til pasientens arbeidsevne.

Økonomien i prosjektet er under kontroll, budsjettet følges og de årlige tildelte midler brukes.

Brukerrepresentantene i styringsgruppen uttrykker tilfredshet med at formålet i prosjektet nås ved at personer kommer raskere tilbake i arbeid. Prosjektet har i noen grad bidratt til kortere ventetider, samt at de ulike prosjektene har utviklet økt grad av samhandling på tvers, spesielt med NAV.

I mars 2016 ble det, etter initiativ fra Helse Sør-Øst RHF, arrangert en to-dagers nasjonal konferanse om "Raskere tilbake". Her deltok representanter for partene i arbeidslivet, samt representanter fra aktuelle direktorat og departement. Hensikten med konferansen var å presentere prosjekter og hva som oppnås, samt å ha en dialog om "Raskere tilbake" sin fremtid.

Administrerende direktør anser at Helse Sør-Øst med sine tilbud innen "Raskere tilbake" har aktiviteter som oppfyller intensjonene med prosjektet, samt møter krav i det årlige oppdragsdokumentet gjennom sin sammensatte og brede tilnærming.

*Vedlegg: Årsrapport Raskere tilbake 2015*

## **6. IKT infrastrukturmodernisering**

Administrerende direktør vil i møtet gi en orientering om status i arbeidet med en eventuell avtale med en ekstern partner.



## 7. 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 Ulf Leirstein (FrP) til helse- og omsorgsministeren

Dokument nr. 15:1198 (2015-2016)

Innlevert: 31.05.2016 Sendt: 31.05.2016

#### Spørsmål

Ulf Leirstein (FrP): Hva vil statsråden gjøre for å hindre feilbehandling og sikre pasientrettighetene ved Sykehuset i Østfold?

#### Begrunnelse

Siden opprettelsen av Sykehuset i Østfold har media meldt om en rekke brudd på pasientrettighetsloven og uheldige forhold ved sykehuset. Smaalenenes Avis kunne nylig melde om at vevsprøver fra to pasienter ikke ble rekvirert som hastepróver, og ble derfor ikke prioritert. Da prøvesvarene var klare to måneder senere, viste det seg at begge pasientene hadde hudkreft. Det har også kommet kritikk mot uforholdsmessig lang ventetid ved patologisk avdeling.

#### Svar

Bent Høie: Det er Sykehuset Østfold HF som har ansvaret for å hindre feilbehandling og sikre pasientrettigheter ved sykehuset. På nasjonalt nivå har vi generelle tiltak for å bedre pasientsikkerheten. Ett av tiltakene er meldeplikt til Helsedirektoratet for hendelser som har eller kunne ført til betydelig skade på pasient. Formålet med meldeordningen etter spesialisthelsetjenestelovens § 3-3 er å forbedre pasientsikkerheten. Meldingene skal brukes for å avklare årsaker til hendelser for å forebygge at tilsvarende skjer igjen. Meldeordningen skal i likhet med det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet "I trygge hender" (2014-2018) støtte opp under tjenestens eget arbeid med å forebygge og redusere svikt og uønskede hendelser. I 2015 hadde Sykehuset Østfold over 400 000 pasientkontakter. I løpet av året meldte pasientsikkerhetsutvalgene i sykehuset 149 alvorlige uønskede hendelser videre til den nasjonale meldeordningen. Et utvalg hendelser publiseres på sykehusets nettsted. Sykehuset Østfold HF har tradisjonelt hatt god meldekultur om uønskede hendelser, og var det første sykehuset som praktiserte åpenhet om uønskede hendelser ved å publisere dem på sykehusets nettsted.

I oppdragsdokumentet for 2016 har de regionale helseforetakene fått i oppdrag å innrette sin virksomhet med sikte på å nå følgende overordnede mål:

1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Som statsråd følger jeg med på pasientsikkerhet og ventetider gjennom styringsdialogen med de regionale helseforetakene gjennom rapporteringskrav i oppdragsdokumentet og jevnlig oppfølgingsmøter mellom de regionale helseforetakene og Helse- og omsorgsdepartementet.

Det er i oppfølgingsmøtene med Helse Sør-Øst RHF ikke fremkommet informasjon om negativ utvikling i Sykehuset Østfold HF på de faste rapporteringskravene. I forbindelse med dette spørsmålet har jeg i tillegg bedt om redegjørelse fra Helse Sør-Øst RHF om saken.

Helse Sør-Øst RHF peker på at helseforetaket har hatt en positiv utvikling på sentrale styringsparametre fra januar til april 2016 knyttet til korridorpatienter og ventetider. Helse Sør Øst RHF skriver også at Sykehuset Østfold HF opplyser at de omtalte hendelsene det vises til i spørsmålet er gamle, og at det ikke er tilkommet nye etter innføringen av de tiltakene sykehuset redegjorde for i tilsvaret til fylkesmannen i Østfold i brev av 26.11.15 vedrørende kapasiteten og ventetidene innen patologi.

Nedenfor følger en oversikt over de kortsiktige og langsiktige tiltakene Sykehuset Østfold HF har iverksatt for å redusere lange ventetider innen patologi og å ivareta pasientsikkerheten.

**Kortsiktige tiltak:**

- Innleie av patologer på ukentlig basis
- Innleie av flere bioingeniører for snitting av vevsblokker
- Innleie av sekretær for registrering, arkivering, sending og mottak av prøver
- Forsendelse av vevsprøver for snitting til andre laboratorier til innland og utland.
- Innleie av team fra Danmark for snitting av vevsblokker
- Overtidsarbeid ved seksjon for patologi

**Langsiktige tiltak:**

- Ukentlig overvåking av svarresponstid med definerte grenser når tiltak skal iverksettes.
- Daglig overvåking av antall ubesvarte remisser.
- Kapasitetsanalyse ved seksjonen for å identifisere flaskehals, oppgaveglidning og for å optimalisere driften.
- Rekruttering av bioingeniørstudenter for snitting av vevsblokker i samarbeid med Høgskolen i Østfold.
- Videreføring av labdataprojektet i fase 3 for å levere feilrettinger, restanser og for å videreutvikle patologimodulen.
- Utlyst overlegestilling innen patologi
- Deltagende i prosjekt for digital patologi i HSØ.

Som kjent har Sykehuset vært i full drift i de nye lokalene på Kalnes siden november 2015. Helse Sør-Øst RHF har forsikret meg om at helseforetaket har gjort sitt ytterste for å sikre at pasientene får forsvarlig tilbud og behandling. Innkjøringsperioden har vært krevende til tross for god forberedelse i forkant, men ledelse på alle nivå og ansatte har hatt fokus på å hindre en nedgang i kvalitet og pasientsikkerhet.

Jeg har tillit til at Sykehuset Østfold HF gjør sitt ytterste for sikre både pasientsikkerhet og pasientrettigheter nå og fremover, og vil følge med på utviklingen ved sykehuset.

**Skriftlig spørsmål fra Freddy de Ruyter (A) til helse- og omsorgsministeren**

**Dokument nr. 15:1191 (2015-2016)**

**Innlevert: 30.05.2016 Sendt: 31.05.2016**

**Spørsmål**

Freddy de Ruyter (A): Viser til Helse- og omsorgsministerens svar på skriftlig spørsmål vedrørende spesialisthelsetjenestens oppfølging av barn med autisme og deres familier. Jeg er glad for at statsråden viser til Helse Sør-Øst sitt arbeid med å forbedre dette tilbudet, men det er ikke lett å forstå hvordan departementet og de regionale helseforetakene kan hevde at spesialisthelse-tjenestens oppfølging av denne pasientgruppen er god og forsvarlig. Kan statsråden gjøre rede for på hvilket faglig grunnlag man kan hevde dette?

**Svar**

Bent Høie: I svaret til representanten de Ruyter 27.mai sa jeg at kravet fra departementet til Helse Sør- Øst RHF er at tilbudet til befolkningen er forsvarlig og godt.

Jeg la til i mitt svar at departementet normalt ikke vil pålegge de regionale foretakene å følge en bestemt behandlingsprosedyre. Hvis forsvarlighetskravet er ivarettatt, ligger det til de regionale helseforetakenes sørge for-ansvar å utforme tjenestetilbudet.

Det er Statens helsetilsyn som kan gi en vurdering av om tilbudet som gis til barn med autisme er forsvarlig.

Jeg vil likevel gjenta at jeg legger til grunn at Helse Sør-Øst RHF vurderer tilbudet som gis ved Akershus universitetssykehus HF når det regionale foretaket gjennomgår tilbudet til barn med autisme og deres familier, og at vurderingen skjer i samarbeid med brukere, kommuner og bydeler.

**Skriftlig spørsmål fra Karin Andersen (SV) til helse- og omsorgsministeren**

**Dokument nr. 15:1189 (2015-2016)**

**Innlevert: 30.05.2016 Sendt: 30.05.2016**

**Spørsmål**

Karin Andersen (SV): Tillitsvalgte i Sykehuset Innlandet krever at sykehuset kansellerer avtalen om ny programvare for røntgen, og utlyser nytt anbud. Helse Sør-Øst har gjort sju mislykka forsøk på å innføre systemet og brukt 1/2 mrd. kroner siden februar 2014. - Hele saken er en uholdbar belastning for de ansatte, og det har også ført til at røntgenpasienter har fått lengre ventetid, sier de tillitsvalgte.

Mener statsråden dette bare kan fortsette og vil han følge opp saken og sikre at pasienter ikke rammes ytterligere?

#### Svar

Bent Høie: Helse Sør-Øst RHF har informert Helse- og omsorgsdepartementet om utfordringer ved innføring av nytt og felles røntgenbilledsystem i alle sykehusene i regionen. Innføringen er en del av arbeidet med fornyingsprogrammet "Digital fornying" i Helse Sør-Øst. Målet er at alle sykehusene skal ha et felles røntgenbilledsystem, hvor bildene skal være raskt tilgjengelig, uansett hvilket sykehus i regionen pasienten kommer til.

Oppfatningen i planleggingsfasen var at det nye systemet var standard "hyllevare" med svært begrenset behov for utvikling og tilpasninger. Feil og ustabilitet har imidlertid ført til kraftige forsinkelser for sykehusene. Kompleksiteten ble undervurdert innledningsvis, og Helse Sør-Øst RHF har forbedret leverandøroppfølgingen betydelig gjennom det siste året. En av de store utfordringene er at det nye røntgenbilledsystemet ikke klarer å kommunisere godt nok med andre nødvendige dataprogram. Helse Sør-Øst RHF har informert departementet om at prosjektet er forsinket, men at arbeidet den siste tiden har hatt en positiv utvikling. Nye tester skal gjennomføres før sommeren, og det forventes at løsningen kan tas i bruk fra høsten i år.

#### Skriftlig spørsmål fra Ingvild Kjerkol (A) til helse- og omsorgsministeren

Dokument nr. 15:1188 (2015-2016)

Innlevert: 27.05.2016 Sendt: 30.05.2016

#### Spørsmål

Ingvild Kjerkol (A): Bare ved Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi (HHA) ved OUS står 15.782 pasienter på den interne ventelisten. Den offentlige ventelisten viser at det er 2456 ventende ved samme klinikk.

Er statsråden vært klar over denne praksisen og hvilken størrelsesorden den har?

#### Begrunnelse

Ifølge tall hentet ut 11. april i år, sto det bare ved Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi (HHA) ved Oslo universitetssykehus (OUS), 15782 pasienter på den interne ventelisten. Av dem hadde 2118 pasienter ikke fått behandling/oppfølging innen den tentative datoen – altså datoen de var forespeilet fra sykehuset. Ifølge tallene for den eksterne ventelisten, den som vises frem for offentligheten, var det «kun» oppført 2456 pasienter.

#### Svar

Bent Høie: Pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten skal innen 10 virkedager få vurdert henvisningen sin og det skal tas stilling til om pasienten har rett til helsehjelp. Dersom spesialisten som vurderer henvisningen med stor grad av sannsynlighet kan fastslå et behandlingsforløp skal pasienten ha, ansees pasienten som avklart og gis frist til oppstart av behandling. Dersom det ikke kan fastslås et behandlingsforløp basert på henvisningen skal pasienten ansees som uavklart og gis rett til videre utredning.

Selv om fristen kun gjelder starten på pasientforløpet, skal ventetiden underveis i pasientforløpet være forsvarlig og i tråd med normal medisinsk praksis for det aktuelle pasientforløpet. Kravet til forsvarlig behandling gjelder uansett. Sykehusene må ha systemer, for eksempel interne arbeidslister eller ventelister for å administrere pasienter og videre forløp på en forsvarlig måte.

Det er gjort mye for å få til en enhetlig praksis i helseforetakene de siste årene. Helseledelse ble i 2013, på bakgrunn av rapporter fra Riksrevisjonen og Helsetilsynet, bedt om å gjennomføre tiltak for å oppnå en mer enhetlig praksis for registrering av ventetider. Helseledelse opprettet så en arbeidsgruppe med representanter fra sykehus og regionale helseforetak der de kartla kvaliteten av ventelistestatistikk og kom med en rekke forslag til tiltak for å bedre kvaliteten. Flere tiltak er innført, blant annet følgende:

Det er gjort en omfattende jobb med å utarbeide prioriteringsveiledere på de enkelte fagområdene som gir anbefalte tidsfrister for oppstart av utredning for uavklarte tilstander og behandling for avklarte tilstander.

Prioriteringsveilederne gir et utgangspunkt for fristfastsettelsen, men spesialisthelsetjenesten må foreta en individuell medisinsk faglig vurdering av henvisningen.

Helseledelse har utarbeidet et nytt ventelisterundskriv av 1. november 2015 med formål lik og korrekt registrering av ventetid. De fire regionale helseforetakene har samarbeidet om og utarbeidet et nytt e-

læringskurs. Her beskrives kriteriene for å gi pasienter rett til nødvendig helsehjelp, og hvem som skal ha denne retten i form av frist til utredning eller behandling.

Likevel har vi i de senere årene sett at det har vært en endring i registreringspraksis i form av at flere tas av ventelistene ved utredning. Vi vet ikke om dette skyldes pasientenes behov, ønske om grundigere utredning før behandling, endrede rutiner eller noe annet. Jeg vil derfor be Helseledelse om å se nærmere på hva endringen skyldes og jeg vil også ta dette opp med de regionale helseforetakene for å forsikre meg om at regelverket er riktig forstått.

**Skriftlig spørsmål fra Ingvild Kjerkol (A) til helse- og omsorgsministeren**

**Dokument nr. 15:1187 (2015-2016)**

**Innlevert: 27.05.2016 Sendt: 30.05.2016**

**Spørsmål**

Ingvild Kjerkol (A): Bare ved Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi (HHA) ved OUS står 15.782 pasienter på den interne ventelisten. Den offentlige ventelisten viser at det er 2456 ventende ved samme klinikk.

Er statsråden klar over en praksis med interne og offisielle/eksterne ventelister, herunder den store differansen mellom disse listene, og hvilke tiltak har han satt i verk for at offentligheten og Stortinget skal ha tilgang på så riktige tall som mulig?

**Begrunnelse**

Ifølge tall hentet ut 11. april i år, sto det bare ved Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi (HHA) ved Oslo universitetssykehus (OUS), 15782 pasienter på den interne ventelisten. Av dem hadde 2118 pasienter ikke fått behandling/oppfølging innen den tentative datoen – altså datoen de var forespeilet fra sykehuset. Ifølge tallene for den eksterne ventelisten, den som vises frem for offentligheten, var det «kun» oppført 2456 pasienter.

**Svar**

Bent Høie: Svaret er ennå ikke tilgjengelig

**Skriftlig spørsmål fra Torgeir Micaelsen (A) til helse- og omsorgsministeren**

**Dokument nr. 15:1184 (2015-2016)**

**Innlevert: 27.05.2016 Sendt: 30.05.2016**

**Spørsmål**

Torgeir Micaelsen (A): Kan statsråden legge frem en oversikt for samtlige helseforetak der både ekstern og intern venteliste er synliggjort for perioden 2010-2015?

**Begrunnelse**

Pasienter som er henvist til spesialisthelsetjenesten, har krav på å bli vurdert og få en dato for når nødvendig helsehjelp senest skal starte.

Dersom sykehuset ikke klarer å gi en time innen fristen, blir det registrert som fristbrudd. Fra august til desember 2015 sank andelen fristbrudd fra 5,2 til 1,1 prosent og ventetiden sank fra 74 til 61 dager i januar 2016, ifølge tall fra NPR. Tall fra samme register viser at stadig flere pasienter blir plassert i kø for utredning, færre blir plassert i kø for behandling og flere blir avvist. Slik kan sykehus stryke pasienter fra den offisielle ventelisten selv om de ikke har fått behandling. Sykehuset unngår fristbrudd og økonomiske konsekvenser. Dette er uheldig praksis, og i strid med lovens intensjoner, slik det fremkommer av blant annet Prop. 118 L (2013-2014). Dagens Medisin og NRK (26.05.16) viser til at fra 1.11.15 har spesialisthelsetjenesten frist på 10 dager til å vurdere behovet til pasienter henvist fra fastlege og primærhelsetjenesten. Det pekes på at dette kan være en vridningseffekt og et utslag av politisk press for å redusere ventetid, fjerne fristbrudd og øke tilgjengeligheten.

**Svar**

Bent Høie: Svaret er ennå ikke tilgjengelig

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

**Dokument nr. 15:1172 (2015-2016)**

**Innlevert: 27.05.2016 Sendt: 27.05.2016**

**Til behandling**

**Spørsmål**

Rigmor Aasrud (A): Mener statsråden at det fordelingssystemet som brukes til fordeling av midlene til psykiatri i Helse Sør-Øst er treffsikkert, og hva er bakgrunnen for at dette kriteriet er vektet høyere ved årsskiftet 2015/16?

**Begrunnelse**

Psykiatritilbudet i Oppland bygges ned, og midlene som ble bevilget til opptrappingsplanen for psykisk helse fjernes gjennom de innsparinger som sykehuset Innlandet må gjennomføre. Innlandet har en svak befolkningsnedgang, og det hevdes at fordelingsystemet i Helse Sørøst fordeling av midler til de forskjellige foretakene i regionen slår uheldig ut for Innlandet.

Systemet med at kvadrering er befolkningsgrunnlaget i foretakenes opptaksområde synes å være svært lite treffsikkert.

Forenklet får jeg opplyst at systemet betyr:

En befolkning i ett foretak på 10 utløser 199 i tilskudd(10x10)

samme befolkning fordelt på to foretak med 5 hver gir 50 i tilskudd (5x5+5x5).

Fra årsskiftet 2105/16 er vekten på dette kriteriet økt fra 3 % til 9.5 %.

Andre RHF bruker andre systemer for fordeling av midler.

**Svar**

Bent Høie: Svaret er ennå ikke tilgjengelig

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

**Dokument nr. 15:1120 (2015-2016)**

**Innlevert: 20.05.2016 Sendt: 20.05.2016**

**Besvart: 31.05.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie**

**Spørsmål**

Kjersti Toppe (Sp): Kan statsråden opplyse Stortinget om kva spesialisthelsetenestetilbud som vert gitt på Rjukan sjukehus i dag, jamfør det som vart skissert i Utviklingsplanen for Sykehuset Telemark HF 2012-2014 side 41, om fremtidig planlagt sykehusbehandling (dagtilbud og poliklinikk) på Rjukan, og om desse blir klassifisert som sykehusvirksomhet, jamfør Helseforetakslova sin § 32?

**Begrunnelse**

Viser til vedtatt Utviklingsplan for Sykehuset Telemark 2012-2014, godkjent i føretaksmøte 5.juni 2014. I Utviklingsplanen er det ein tabell på side 41, om planlagte tilbud ved Rjukan sykehus etter avvikling av døgn- og akuttfunksjonar. Spørsmålsstillar ber om ein oversikt over kvar enkelt av desse punkta i tabellen, korleis dei er fulgt opp av foretaket, og om dette er sjukehusvirksomhet, eller ikkje.

**Svar**

Bent Høie: Sykehuset Telemark HF opplyser at alle punktene fra Utviklingsplanen er innfridd, bortsett fra gynekologitjenester som ikke er på plass på grunn av rekrutteringsproblemer. De opplyser at de i tillegg nå i vår har etablert en poliklinikk for arbeidsrettet rehabilitering ved Rjukan sykehus (hver 6 uke). Når det gjelder indremedisin, ivaretar indremedisinere fra Notodden for tiden generell indremedisinsk poliklinikk på Rjukan på grunn av sykdom hos ansatte på Rjukan.

Sykehuset Telemark opplyser at cellegiftbehandling på Rjukan er utført i mindre grad enn planlagt, med bakgrunn i at man ikke har hatt tilgjengelig god nok kompetanse på Rjukan for å gjennomføre arbeidet.

Pasientene har da fått sin behandling på Notodden.

Sykehuset Telemark opplyser ellers at man fortløpende vurderer om det polikliniske tjenestetilbudet på Rjukan ivaretar befolkningens behov.

Helseforetaket opplyser videre at den opprinnelige utviklingsplanen ikke er endret, men at foretaket utvikler en Utviklingsplan i et 2030-perspektiv basert på Utviklingsplanen 2014-2016. Planen beskriver ikke endret tjenestetilbud på Rjukan.

Når det gjelder en vurdering av hvorvidt spesialisthelsetjenestetilbudet som i dag er på Rjukan er sykehusvirksomhet eller ikke og spørsmålet knyttet til helseforetaksloven § 32, vil jeg vise til mitt brev til helse- og omsorgskomiteen av 24.5.2016. Spesialisthelsetjenestetilbudet på Rjukan i dag er innrettet på dagbehandling og ikke døgnopphold. Det er dermed ikke et akuttsykehus eller et sykehus uten akuttfunksjoner, som er begrepene i Nasjonal helse- og sykehusplan og som Stortinget har sluttet seg til. Tilbudet som er på Rjukan i dag er derfor spesialisthelsetjeneste, men ikke sykehusdrift.

Jeg vil samtidig gjøre oppmerksom på at gjengivelsen av sykehusbegrepene i Nasjonal helse- og sykehusplan som Stortinget har sluttet seg til ved en inkurie ble feil i mitt brev til helse- og omsorgskomiteen av 24.5.2016 hvor det står: "Det er imidlertid ikke et nærsykehus, et akuttsykehus eller et sykehus med akuttfunksjoner, som er begrepene i Nasjonal helse- og sykehusplan og som Stortinget har sluttet seg til." Det skulle stå: "Det er dermed ikke et akuttsykehus eller et sykehus uten akuttfunksjoner, som er begrepene i Nasjonal helse- og sykehusplan og som Stortinget har sluttet seg til."

**Skriftlig spørsmål fra Ola Elvestuen (V) til helse- og omsorgsministeren**

**Dokument nr. 15:1067 (2015-2016)**

**Innlevert: 09.05.2016 Sendt: 10.05.2016**

**Besvart: 20.05.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie**

**Spørsmål**

Ola Elvestuen (V): Hvordan vil statsråden bidra til at ny sykehusstruktur for Oslos befolkning, herunder ny storbylegevakt og utbygging av nytt lokalsykehus på Aker, kan avklares snarlig, og hvordan vil han sikre god samordning mellom staten og Oslo kommune i denne saken?

**Begrunnelse**

Oslo universitetssykehus HF har igangsatt planleggingen av ny sykehusstruktur for Oslo. I januar 2016 vedtok styret å gå videre med arbeid med et større sykehusbygg i forlengelsen av dagens Rikshospital på Gaustad, modernisering av Radiumhospitalet og opprettelse av et nytt lokalsykehus på tomten for gamle Aker sykehus. Uten å ta stilling til alle detaljer ved OUS' planer, fremstår hovedgrepene i forslaget som fornuftige og fremtidsrettede.

Det er de regionale helseforetakene som har ansvar for å prioritere mellom ulike investeringsprosjekter i regionen, planlegge disse og beslutte igangsetting av enkeltprosjekter. I den nylig vedtatte "Nasjonale helse- og sykehusplan (2016-2019)" heter det imidlertid at "etter en viss tid i planleggingen av større investeringsprosjekter skal de regionale helseforetakene legge fram resultater og vurderinger for departementet, sammen med ekstern kvalitetssikring." Det må forstås som at det finnes et politisk handlingsrom for å få fortgang i viktige prosesser, dersom det er behov for det.

Investeringer i størrelsesorden 40 milliarder, som det her er snakk om, og prosjekter av et slikt omfang, har åpenbart nasjonale proporsjoner. Oslo er i rask vekst, og har stort behov for å øke kapasiteten i sykehusstilbudet. Spesielt viktig er dette i Groruddalen, hvor befolkningen de senere årene har hatt Ahus i Lørenskog kommune som lokalsykehus. Spørsmålet om utbygging på Aker bør kunne avklares raskt.

Arbeidet med reguleringsplaner vil også kreve samordning på kommunalt og statlig nivå. Det er også viktig fordi fremtiden for Oslo Universitetssykehus må ses i sammenheng med ny storbylegevakt, som må realiseres i samarbeid mellom den statlige spesialisthelsetjenesten og kommunen.

**Svar**

Bent Høie: Jeg vil vise til at jeg besvarte et tilsvarende spørsmål i ordinær spørretime 4. mai 2016, spørsmål 8. Jeg gjengir derfor deler av dette svaret:

"Rapporten om kapasitetsutfordringer i Oslo og Akershus sykehusområder og tilrådingen fra styret ved Oslo universitetssykehus om idéfaseprosjektet ved Oslo universitetssykehus skal etter planen behandles i styret i Helse Sør-Øst 16. juni. På samme møte skal også økonomisk langtidspan behandles. Jeg ønsker å avvente styrets behandling.

Jeg har, som representanten er kjent med, fulgt disse prosessene tett. Jeg har vært opptatt av at Helse Sør-Øst sørger for å se på utviklingen i hele hovedstadsregionen under ett, og da spesielt forholdet mellom Akershus universitetssykehus og Oslo universitetssykehus.

Styret ved Oslo universitetssykehus gikk i januar inn for et mål bilde med et samlet og komplett regionsykehus – inkludert lokalsykehusfunksjoner – på Gaustad, et lokalsykehus på Aker og kreftbehandling på Radiumhospitalet. I den forbindelse har jeg uttrykt at det vil være naturlig å vurdere om det vil være hensiktsmessig å legge de tre bydelene som i dag får sitt tilbud på Akershus universitetssykehus, til Oslo, og eventuelt til et nytt lokalsykehus på Aker.

Jeg er kjent med at administrerende direktør ved OUS under en debatt i forrige uke uttrykte at det er ønskelig å starte med utbygging på Aker tidlig, men at utbygging av regional sikkerhetsavdeling, Radiumhospitalet, Rikshospitalet og Aker må skje parallelt og i etapper. Hva som vil være mulig å gjennomføre, vil også være avhengig av den samlede økonomiske bæreevnen i Helse Sør-Øst. Jeg har også merket meg at Helse Sør-Øst har uttrykt at de er positive til forslaget om en tidlig start av utbyggingen på Aker.

Jeg mener det er viktig at vi nå får fastslått en retning for utviklingen av spesialisthelsetjenesten i hovedstaden. Jeg mener at vedtaket som styret ved Oslo universitetssykehus har gjort, er positivt, men at Helse Sør-Øst må sørge for å sette dette inn i en sammenheng som også avklarer fremtiden for de tre bydelene som i dag får sitt tilbud på Ahus.

Jeg vil samtidig være helt tydelig på at alle endringer i hovedstaden må skje over tid, både for å sikre god utnyttelse av den kapasiteten vi har i dag, for å hindre oppbygging av overkapasitet og for å sikre at utviklingen skjer innenfor de rammene som hovedstadsområdet samlet har til rådighet."



**Skriftlig spørsmål fra Torgeir Micaelsen (A) til helse- og omsorgsministeren**

**Dokument nr. 15:1066 (2015-2016)**

**Innlevert: 09.05.2016 Sendt: 10.05.2016**

**Besvart: 20.05.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie**

**Spørsmål**

Torgeir Micaelsen (A): Hvor mye brukte de fire respektive helseforetakene og de underliggende etatene på konsulenter i hhv. 2014 og 2015, har det skjedd en reduksjon i bruken sammenlignet med foregående år målt i både årsverk og kroner, og hvilke tiltak har statsråden iverksatt for å motvirke unødvendig konsulentbruk i både helseforetakene og underliggende etater?

**Begrunnelse**

Konsulentbruken i helseforetakene ble kritisert av statsråd Bent Høie da han ledet Helse- og omsorgskomiteen. Som svar på skriftlig spørsmål 180 (2013-2014), lovet statsråden å ta initiativ til endring for å unngå unødvendig bruk av konsulenter.

Til Dagbladet, 05.12.11, uttalte statsråden følgende:

«Slik situasjonen er nå, er det helt klart for stor bruk av konsulenttjenester i helseforetakene. Dette har bare utviklet seg i én retning: oppover, med et lite unntak i fjor, sier helsekomiteens leder Bent Høie (H).»

Videre uttaler han som svar på skriftlig spørsmål nr. 180 (2013-2014) fra Kjersti Toppe (Sp) følgende:

«Jeg er fortsatt opptatt av at unødvendig konsulentbruk bør reduseres og at egne ansatte bør benyttes i omstillingsprosjekter. På IKT og bygg-/anleggsområdet er det stor bruk av eksterne konsulenter.

Jeg vil ta initiativ til endringer på disse områdene i 2014 som vil gjøre helseregionene bedre rustet til å ivareta disse oppgavene selv i årene framover. Helseforetakene står overfor svært ulike utfordringer og dermed vil behovet for å bruke eksterne kompetanse variere betydelig mellom helseforetak og over tid.

Konkrete mål for relevant konsulentbruk for 2014 på helseregionnivå vil derfor kunne ramme viktige prosjekter som innføring av nye IKT-løsninger og byggeprosjekter. Jeg vil imidlertid analysere konsulentbruken mer inngående og vurdere nye tiltak for å sikre en mer moderat bruk av eksterne konsulenter.»

Jeg ber derfor om dokumentasjon på hva statsråden har gjort på dette området siden han tiltrådte som statsråd.

**Svar**

Bent Høie: Helseforetakenes bruk av konsulenter utgjorde 0,7 % av de totale driftskostnadene i 2015, dvs. 982 mill. kroner. I 2014 var kostnadene 1 001 mill. kroner. Kostnadene til konsulenter var i 2015 ca. 10 % lavere enn i 2013.

Det er vanskelig å anslå den konkrete bruken av konsulenter i årsverk, da det i avtalene med konsultentselskapene ofte ligger innen fastpriselementer. Bruken av konsulenter vil variere mellom helseforetak og over tid, som følge av hvilke prosjekter og oppgaver det enkelte helseforetak står ovenfor.

Helseforetakene skal fortrinnsvis bruke eksterne konsulenter på områder der det er behov for kompetanse eller kapasitet utover det som er tilgjengelig i egen organisasjon og for en tidsbegrenset periode. Engasjement av eksterne konsulenter skal i hvert enkelt tilfelle vurderes opp mot å rekruttere aktuell kompetanse til organisasjonen.

I tillegg er det etablert nasjonale helseforetak for å samle kunnskap og kompetanse og for at helseforetakene skal kunne benytte kompetanse på tvers av helseregioner. Sykehusbygg HF, Nasjonal IKT HF og Sykehusinnkjøp HF besitter i dag en samlet kompetanse som tidligere var ulikt fordelt i regionene. Jeg forventer at samling av kompetanse innen bygg, IKT og innkjøp i sektoren vil bidra til å redusere behovet for eksterne konsulenter, men samtidig vil det kunne være slik at helseforetakenes kjøp fra nasjonale helseforetak regnskapsmessig håndteres som kjøp av konsulenttjenester.

**Skriftlig spørsmål fra Tove Karoline Knutsen (A) til helse- og omsorgsministeren**

**Dokument nr. 15:1055 (2015-2016)**

**Innlevert: 06.05.2016 Sendt: 09.05.2016**

**Besvart: 19.05.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie**

**Spørsmål**

Tove Karoline Knutsen (A): En arbeidsgruppe med representanter fra sykehus, regionale helseforetak og Helsedirektoratet foreslo på bakgrunn av en kartlegging av kvaliteten i et utvalg data knyttet til ventetider en rekke tiltak.

I hvilken grad er disse tiltakene gjennomført, og hvilket utslag det har hatt på antall ventende og ventetider i helseforetakene?

### Begrunnelse

Kvaliteten på ventetidsdata i spesialisthelsetjenesten er et tilbakevendende tema. Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper (Dok. 3:2 (2012-2013) og Helsetilsynets tilsyn med spesialisthelsetjenestens håndtering av pasienter med kolorektalkreft, viste at sykehusene registrerer ventetid til Norsk pasientregister (NPR) ulikt. På denne bakgrunn ba Helse- og omsorgsdepartementet Helsedirektoratet i 2013 om å gjennomføre tiltak for å oppnå en mer enhetlig praksis for registrering av ventetider. Dette arbeidet er omtalt i Prop. 1 S HOD (2014-2015). Arbeidsgruppen gjorde flere interessante funn og foreslo en rekke tiltak. Jeg ber derfor om svar på i hvilken grad disse tiltakene er gjennomført, og hvilket utslag det har hatt på antall ventende og ventetider i helseforetakene.

### Svar

Bent Høie: På bakgrunn av rapportene fra Riksrevisjonen og Helsetilsynet, ble Helsedirektoratet i 2013 bedt om å gjennomføre tiltak for å oppnå en mer enhetlig praksis for registrering av ventetider. Helsedirektoratet opprettet så en arbeidsgruppe med representanter fra sykehus og regionale helseforetak der de kartla kvaliteten av ventelistedata i et utvalg av data. I rapporten "Kvalitet i ventelistedata" fra april 2014 redegjør arbeidsgruppen for resultater og forslag til tiltak for å bedre kvaliteten i ventelisterapporten. Nedenfor følger en kort redegjørelse for status for noen av tiltakene:

- Nye prioriteringsveiledere fra 1. november 2015. Helsedirektoratet har revidert alle sine prioriteringsveiledere. Disse skal gi en økt forståelse og ensartet praksis for når start helsehjelp skal gis for ulike tilstandsgrupper. Det er avholdt implementeringsmøter om de nye prioriteringsveiledere i alle helseregioner.
- Nytt ventelisterundskriv fra 1. november 2015. Helsedirektoratet har utarbeidet et nytt rundskriv for registrering av ventelistedata. Formålet med rundskrivet er bla. lik og korrekt registrering av ventetid. Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og ny prioriteringsforskrift krevde også tilpasninger i rundskrivet
- Opplæring av personell. De fire regionale helseforetakene har samarbeidet om og utarbeidet et nytt e-læringskurs. Her beskrives i detalj kriteriene for å gi pasienter rett til nødvendig helsehjelp, og hvem som skal ha denne retten i form av frist til utredning eller behandling.
- Pakkeforløp kreft. Fra og med 2015 er det etablert grundigere rapportering av data om pakkeforløp for kreftpasienter. Innføring av pakkeforløp har vært et viktig tiltak for å harmonisere praksis og sikre rask utredning og behandling til en betydelig andel av pasienter som henvises med symptomer på alvorlig sykdom.
- Detaljering av ventelistedata. I ordinære ventetidsmålinger måles tid fra mottak av henvisning i spesialisthelsetjenesten, fram til dato for ventetidslutt, slik den ble rapportert fra sykehusene. Oftest settes ventetid sluttdato ved oppstart av helsehjelp ved første polikliniske besøk. Der det er registrert aktivitet i form av bestemte utrednings- eller behandlingsprosedyrer, er det i tillegg mulig å måle tid fra mottak av henvisning til dato for gjennomført prosedyre, eller tjeneste. Dette gir mer informasjon om utvalgte forløp, og er en detaljering av ventelistedata. Disse tallene er tilgjengelig for et utvalg av sykdomsgrupper fra og med statistikkåret 2013.
- Ventelisterapport fra private enheter. Det er et mål å innhente ventelisteinformasjon for hele spesialisthelsetjenesten; herunder private enheter og enheter innen radiologi. Det rapporteres gyldig ventelisteinformasjon fra 17 flere private enheter i 2015 enn i 2014.

Tiltakslisten over viser at det arbeides langs flere akser for å nå målet om lik og korrekt registrering av ventetid. Det er vanskelig å si hvorvidt utvikling i ventetid og antall ventende kan knyttes til tiltak for å bedre kvalitet i ventelistedata. Jeg vil for øvrig trekke fram at denne regjeringen har igangsatt en rekke gode tiltak for å redusere ventetidene, for eksempel økt aktivitetsvekst, økt kjøp fra private, nye pasientrettigheter og økt ISF-andel. Ifølge Helsedirektoratet er inntrykket at stor oppmerksomhet på utvikling i ventetider og fristbrudd bidrar både til bedre datakvalitet og reduserte ventetider.



**Skriftlig spørsmål fra Torgeir Knag Fylkesnes (SV) til helse- og omsorgsministeren**  
**Dokument nr. 15:989 (2015-2016)**

**Innlevert: 26.04.2016 Sendt: 27.04.2016**

**Besvart: 06.05.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie**

**Spørsmål**

Torgeir Knag Fylkesnes (SV): Det kommer svært alvorlige rapporter om situasjonen i Sykehuset i Telemark. Fylkeslegen i Telemark sier følgende: "Situasjonen på enkelte sengeposter har vært svært alvorlig, og presset på personalet der har vært svært stort. Og disse periodene med alvorlig overbelegg har falt sammen tidsmessig med perioder der det har vært alvorlige komplikasjoner og dødsfall."

Vil statsråden sette inn strakstiltak, og er det aktuelt å reversere sykehuskuttene nå som disse svært alvorlige forholdene blir kjent?

**Begrunnelse**

Ifølge statsråden i tidligere svar til Stortinget slår regjeringsplattformen "fast at det er kvalitets- og pasientsikkerhets hensyn som skal begrunne endringer i akutt- og fødetilbud." Det bildet som tegner seg i Telemark nå tyder på en annen situasjon.

I et annet svar skriver statsråden "Jeg vil stanse endringer som jeg opplever som ikke er reelt begrunnet i forhold til pasientsikkerhet." Situasjonen i Telemark med store overbelegg og alvorlige situasjoner gir god grunn til å stille spørsmål rundt situasjonen der nå. Det er på høy tid med en full gjennomgang.

**Svar**

Bent Høie: I spørsmålet vises det til en foreløpig rapport fra et tilsyn ved virksomheten ved Kirurgisk klinikk og Medisinsk klinikk i Skien på bakgrunn av en bekymringsmelding fra Yngre Legers Forening. Rapporten fra fylkesmannen om Sykehuset Telemark er foreløpig og jeg vil ikke gå inn i saken mens den fortsatt er under behandling.

Sykehuset Telemark opplyser at de ser svært alvorlig på rapporten fra fylkesmannen. Sykehuset Telemark erkjenner at de har hatt utfordringer med overbelegg på enkelte poster, spesielt der hovedvekten av pasientene innlegges som øyeblikkelig hjelp. Derfor er kapasiteten og kompetansen økt for å sikre god pasientbehandling. Sykehuset har økt antall senger med tilhørende bemanning, både overleger og sykepleiere, ved de mest belastede sengepostene i løpet av det siste året. Videre har sykehuset økt antall senger, både på Notodden og i Skien, i vintermånedene. I denne perioden av året er det vanligvis mest infeksjonssykdommer. Sykehuset Telemark mener at overleger i akuttmottaket også bidrar til tidlig avklaring og behandlingsstart av akutt syke pasienter. Sykehuset har etablert en kreftavdeling som i tillegg avlaster de regulære sengepostene. Sykehuset opplever også en god effekt av at kommunene tar imot utskrivningsklare pasienter når de er ferdig behandlet av sykehuset.

Som det også framgår av Nasjonal helse- og sykehusplan, vil vi oppleve at det vil bli et stort press på spesialisthelsetjenesten framover, med en aldrende og voksende befolkning. Det er derfor viktig å se på hvordan man kan bedre kapasitetsutnyttelsen i sykehusene og øke samarbeidet med kommunene.

Sykehuset Telemark opplyser at de tar rapporten fra Fylkesmannen svært alvorlig og jobber med å løse utfordringene. De har arbeidet med å forbedre situasjonen og det er satt inn en rekke tiltak de siste månedene for å bedre bemanningen, for å redusere arbeidspresset og for at pasienter ikke skal ligge på korridor. Sykehuset Telemark har ansvar for å sikre pasientene en god og forsvarlig pasientbehandling og jeg legger til grunn at fylkesmannens rapport følges opp for å sikre dette.

**Skriftlig spørsmål fra Line Henriette Hjemdal (KrF) til helse- og omsorgsministeren**  
**Dokument nr. 15:982 (2015-2016)**

**Innlevert: 25.04.2016 Sendt: 25.04.2016**

**Besvart: 02.05.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie**

**Spørsmål**

Line Henriette Hjemdal (KrF): Fylkesmannen i Østfold har åpnet tilsynssak i forbindelse med at overlegene på ortopedisk avdeling ved sykehuset i Østfold har sendt en bekymringsmelding om at pasienter med brudd må vente lenger en ønskelig utfra diagnosen.

Avdelingsjef Borgersen ved ortopedisk avdeling, sier til Fredrikstad Blad at behandlingen er forsvarlig, men ikke optimal.

Hva vil statsråden forta seg mens tilsynssaken foregår, slik at pasientene i Østfold får optimal behandling ved bruddskader?

**Svar**

Bent Høie: Regjeringen ønsker ikke at noen skal vente unødvendig lenge på behandling. Vårt mål er å skape pasientens helsetjeneste. Gjennom konkrete reformer og styrking av sykehusene ønsker regjeringen å bidra til redusert ventetid og økt pasientbehandling ved norske sykehus. Regjeringen har allerede kuttet ventetider. Det står 42 000 færre i helsekø i dag enn for to år siden.

Når det gjelder den aktuelle situasjonen ved Sykehuset Østfold, så opplever jeg at sykehusets ledelse har inntatt et aktivt forhold til å følge opp dette. De har vært tydelig på at de både har iverksatt og jobber med nye tiltak for å unngå situasjoner der pasienter må vente unødvendig lenge. Jeg kan forstå at det kan være sesongmessige variasjoner knyttet til denne type skader, for eksempel på dager hvor det er spesielt glatt eller i sommerferien med mange tilreisende til fylket, men det er likevel viktig at sykehuset tar høyde for slike normale variasjoner. Jeg har forstått at sykehuset siden påske ikke har hatt ventetider på denne typen operasjoner ved ortopedisk avdeling på grunn av for liten operasjonskapasitet, og at de nå setter inn flere tiltak for å unngå en ny opphopning til sommeren.

Det er åpnet en tilsynssak som vil gi en objektiv vurdering av om tilbudet er forsvarlig. Uansett konklusjon fra fylkeslegen, så oppfatter jeg at Sykehuset Østfold følger opp de bekymringsmeldingene som har kommet. Jeg forventer at summen av de tiltakene som sykehuset nå arbeider med bidrar til bedre behandling av denne pasientgruppen i fremtiden.

**Skriftlig spørsmål fra Ulf Leirstein (FrP) til helse- og omsorgsministeren**

**Dokument nr. 15:979 (2015-2016)**

**Innlevert: 25.04.2016 Sendt: 25.04.2016**

**Besvart: 04.05.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie**

**Spørsmål**

Ulf Leirstein (FrP): Hva vil statsråden gjøre for å sørge for at ortopedisk avdeling ved sykehuset i Østfold får de nødvendige ressursene for å kunne tilby en raskere behandling?

**Begrunnelse**

NRK kunne melde om at pasienter ved ortopedisk avdeling på sykehuset i Østfold har måtte vente flere uker på behandling. Det finnes ifølge NRK eksempler på at pasienter har måtte vente så lenge at brudd må brytes opp igjen. Det er viktig for Østfolds innbyggere at fylkes sykehuspasienter får rask og trygg behandling for alle alvorlige helseproblemer og skader.

**Svar**

Bent Høie: Regjeringen ønsker ikke at noen skal vente unødvendig lenge på behandling. Vårt mål er å skape pasientens helsetjeneste. Gjennom konkrete reformer og styrking av sykehusene ønsker regjeringen å bidra til redusert ventetid og økt pasientbehandling ved norske sykehus. Regjeringen har allerede kuttet ventetider. Det står 42 000 færre i helsekø i dag enn for to år siden.

I spesialisthelsetjenestens etablerte styringsmodell har de regionale helseforetakene ansvar for å sørge for spesialisthelsetjenester for befolkningen i sin region, innenfor de økonomiske rammer som Stortinget bevilger til deres virksomhet. Spørsmålet om ressursfordeling mellom de enkelte sykehusene mv. besluttes av det regionale helseforetakene, mens beslutninger om ressursfordelingen innad i det enkelte sykehus eller helseforetak ligger til ledelsen av denne virksomheten.

Når det gjelder den aktuelle situasjonen ved Sykehuset Østfold, så opplever jeg at sykehusets ledelse har inntatt et aktivt forhold til å følge opp dette. De har vært tydelig på at de både har iverksatt og jobber med nye tiltak for å unngå situasjoner der pasienter må vente unødvendig lenge. Jeg kan forstå at det kan være sesongmessige variasjoner knyttet til denne type skader, for eksempel på dager hvor det er spesielt glatt eller i sommerferien med mange tilreisende til fylket, men det er likevel viktig at sykehuset tar høyde for slike normale variasjoner. Jeg har forstått at sykehuset siden påske ikke har hatt ventetider på denne typen operasjoner ved ortopedisk avdeling på grunn av for liten operasjonskapasitet, og at de nå setter inn flere tiltak for å unngå en ny opphopning til sommeren.

Jeg vil avslutningsvis minne om at det er åpnet en tilsynssak som vil gi en objektiv vurdering av om tilbudet ved Sykehuset Østfold er forsvarlig. Uansett konklusjon fra fylkeslegen, så oppfatter jeg at Sykehuset Østfold følger opp de bekymringsmeldingene som har kommet. Jeg forventer at summen av de tiltakene som sykehuset nå arbeider med bidrar til bedre behandling av denne pasientgruppen i fremtiden.

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

**Dokument nr. 15:975 (2015-2016)**

**Innlevert: 22.04.2016 Sendt: 25.04.2016**

**Besvart: 04.05.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie**

**Spørsmål**

Kjersti Toppe (Sp): Vil helse- og omsorgsministeren redegjøre for hva som er likt med ledelsesmodellen ved Ringerike sykehus (Vestre Viken HF) og ledelsesmodellen som er vedtatt i Helse Møre og Romsdal HF, hva slags (fag)områder stedlig leder ved Ringerike har ansvar for, og hvilke områder stedlig leder ikke har lokalt ansvar for?

**Begrunnelse**

Det vises til helse- og omsorgsministerens svar til undertegnede i spørretimen 13. april om stedlig ledelse. Av svaret kunne det oppfattes som at helse- og omsorgsministeren mente at ledelsesorganiseringen i Vestre Viken HF, "Bleikli-modellen", er svært lik den organiseringen som nå planlegges i Helse Møre og Romsdal. Undertegnede legger til grunn at statsråden må gi korrekte opplysninger til Stortinget.

**Svar**

Bent Høie: Helse Møre og Romsdal HF har i dag både gjennomgående og stedlige klinikker, og Helse Midt-Norge RHF har informert departementet om at de arbeider med ny organisasjonsmodell. Arbeidet er planlagt i to faser hvor første fase er å få på plass en ledergruppe med klinikkjefer.

Helse Møre og Romsdal HF har i en første fase besluttet å videreføre en modell med tverrgående klinikker og utvide den til også å omfatte kirurgisk virksomhet. I neste fase skal de beslutte hvordan stedlig ledelse skal organiseres. En evaluering viser at de tverrgående klinikkene i større grad enn de geografiske klinikkene har bidratt til måloppnåelse. De har også bidratt til å fremme samhandlingen på tvers av etablerte sykehusgrenser. Evalueringen peker på at en av svakheten ved tverrgående klinikker er opplevelsen av manglende helhetsansvar for de ulike geografiske lokasjonene og at det er behov for stedlig ledelse og koordinering.

En av de store utfordringene, som også er vel kjent nasjonalt, er behovet for å binde sammen fagmiljøene på tvers av sykehusene. Administrerende direktør i Helse Møre og Romsdal HF har overfor tillitsvalgte, skissert flere mulige løsninger for stedlig ledelse, men ønsker å gjennomføre en bred prosess. Han har for eksempel skissert en mulighet hvor en av klinikkjefene også har et stedlig ansvar. Administrerende direktør er imidlertid klar på at valg av ledelsesform er tidsbestemt ut fra dagens situasjon, og at det på et senere tidspunkt hvor man har kommet lengre i funksjonsfordeling, samhandling og standardisering, godt kan tenke seg å organisere de somatiske klinikkene på de enkelte sykehusene for eksempel som i Vestre Viken HF.

Ved Vestre Viken HF har en organisert tverrfaglig spesialisert rusbehandling, psykisk helsevern, røntgen og laboratorium som gjennomgående klinikker, mens indremedisin, kirurgi, gynekologi og obstetrik er organisert i felles klinikk på hvert av sykehusene.

Avslutningsvis vil jeg nevne at det finnes mange ulike organisasjonsmodeller ved norske sykehus, og alle er de valgt ut fra størrelse, kompleksitet og historisk kontekst. Helse Midt-Norge RHF har informert departementet om at målsettingen i Helse Møre og Romsdal HF er enhetlig ledelse, gjennomgående klinikker og en langt sterkere stedlig ledelse enn dagens situasjon.

**Skriftlig spørsmål fra Torgeir Micaelsen (A) til helse- og omsorgsministeren**

**Dokument nr. 15:962 (2015-2016)**

**Innlevert: 22.04.2016 Sendt: 22.04.2016**

**Besvart: 29.04.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie**

**Spørsmål**

Torgeir Micaelsen (A): Kan jeg be statsråden legge frem en sammenlignbar oversikt over økingen i antall helsebyråkrater i den sentrale helseforvaltningen fra 2009-2013 og fra 2013-2016, og om at tallene som presenteres summeres per virksomhet og per år, med en tilhørende oversikt over sammenslåtte eller utskilte virksomheter og tilhørende konsekvenser for antall årsverk i virksomheten?

**Begrunnelse**

For å fatte gode beslutninger, er Stortinget avhengig av sammenlignbar informasjon. Derfor ber vi om en presisering av svaret gitt på spørsmål nr. 15:865 (2015-2016). Vi ber om at tallene i de to periodene er justert for tekniske endringer og tilpasninger til ny innrapporteringsordning for årsverk. Videre ber jeg om synliggjøring av antall nye årsverk som er opprettet etter etableringen av et nytt e-helsedirektoratet, flytting av

klageorganer til Bergen og øvrige justeringer foretatt som følge av sturkutrreformen fra 01.01.16. Der endelige tall ikke foreligger, ber vi om foreløpige estimater.

#### Svar

Bent Høie: Jeg viser til mitt svar av 13. april 2016 på spørsmål til skriftlig besvarelse nr 865 – hvor mange flere ansatte ble det i den sentrale helseforvaltningen fra regjeringsskiftet høsten 2013 til mars 2016. Jeg har her redegjort for årsverkstallene og for årsakene til økningen i årsverk i Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet. Hovedårsaken til økningen er ikke tradisjonelt byråkrati og administrasjon, men blant annet knyttet til nødvendig styrkning innenfor e-helse og IKT. En helhetlig helse- og omsorgstjeneste krever en effektiv informasjonsutveksling rundt pasienten. Direktoratet for e-helse er etablert for å styrke den nasjonale styringen av IKT-området og ivareta en profesjonalisert utvikling og forvaltning av nasjonale fellestjenester. Av økningen i Helsedirektoratet på 150 årsverk er 120 relatert til IKT området. Den øvrige veksten skyldes tekniske flyttinger og økt innsats på viktige politikkområder. For Folkehelseinstituttets del er økningen knyttet til økning i nye oppgaver og oppgaver som er høyt prioritert. Eksempler på dette er sykdomsbyrdeprosjektet, helseregisterområdet, vaksineprogrammer og dels til overføring av Giftinformasjon til instituttet. I tillegg har de en del eksternt finansierte oppgaver som er en grunnleggende forutsetning for instituttets øvrige virksomhet. Dette utgjør 27 årsverk.

Når det gjelder nye årsverk i e-helsedirektoratet er det planlagt omlag 50 årsverk i løpet av 2016. Dette er et usikkert tall da man i løpet av året skal ha en budsjettrevisjon og gjøre en ny vurdering av årsverk versus innleide konsulenter, samt en generell vurdering av effektivisering og kostnadsbesparende tiltak. Tallet kan derfor bli noe lavere. Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten ble etablert 1. januar 2016 gjennom sammenslåing av sekretariatene for Pasientskadenemnda, klagenemnda for behandling i utlandet, Preimplantasjonsdiagnostikkemnda, Statens helsepersonellnemnd og Apotekklagenemnda, og gjennom overføring av ansvar for klagesaker fra Helsedirektoratet og Helfo. Klageorganet skal etableres i Bergen over en periode på tre år.

Oversikt over årsverk for de to periodene justert for tekniske endringer og tilpasninger til ny rapporteringsordning er under utarbeidelse i Kommunal- og moderniseringsdepartementet, og vil bli oversendt så snart den er ferdigstilt.

#### Skriftlig spørsmål fra Olaug V. Bollestad (KrF) til helse- og omsorgsministeren

**Dokument nr. 15:958 (2015-2016)**

**Innlevert: 22.04.2016 Sendt: 22.04.2016**

**Besvart: 28.04.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie**

#### Spørsmål

Olaug V. Bollestad (KrF): Hvordan vil statsråden sikre at tilbudet til pasientene styrkes og ikke svekkes, samtidig som Sørlandet sykehus melder at de i forslaget til økonomisk langtidsplan skal redusere 200 årsverk fra 2017-2020 og ytterligere 200 årsverk de neste 5 årene?

#### Begrunnelse

Den økonomiske langtidsplanen for Sørlandet sykehus inneholder store kutt for å klare investeringer. Fra 2017-2020 må det reduseres 200 årsverk og de neste fem årene etter det foreslås det ytterligere reduksjon på 200 stillinger.

Årsverksnedgang kombinert med økt aktivitet vil kreve en produktivitetsforbedring pr ansatt på vel 10 prosent. Antall pasientbehandling pr ansatt vil dermed øke betydelig, som igjen vil måtte føre til endringer i turnus, vaktordninger og andre tiltak.

#### Svar

Bent Høie: Helse Sør-Øst RHF og Sørlandet sykehus HF opplyser at Sørlandet sykehus HF på linje med alle sykehus i Helse Sør-Øst har utarbeidet og styrebehandlet en økonomisk langtidsplan for 2017-2020. Dette gjøres årlig som en del av foretaksgruppens planarbeid. For Sørlandet sykehus HF viser planen behov for redusert bemanning innen de somatiske fagene fremover. Sørlandet sykehuset HF opplyser at behovet for bemanningsreduksjon skyldes for høy bemanningsvekst de siste 5 årene, behov for effektivisering knyttet til det digitale fornyingsprogrammet i regi av Helse Sør-Øst, behov for kostnadsreduksjoner for å kunne ta i bruk nye behandlingsformer og medikamenter og for å kunne sikre økonomisk bæreevne for investeringer. Sørlandet sykehus mener at det er nødvendig å dreie prioriteringen av midler over mot investeringer kontra vekst i behandlingsressurser kombinert med løpende produktivitetsforbedringer. Sørlandet sykehus opplyser at de forventer at dreiningen vil bidra til både økt tilgjengelighet for pasientene og økt kvalitet i pasientbehandlingen. Til sammen opplyser Sørlandet sykehus at det er et behov for en justering av bemanningen med nærmere 200 årsverk i de neste 4 årene. Det opplyses også at den pågående reorganiseringen også skal bidra til å sikre bedret

drift og ressursstyring.

Økonomisk langtidsplan ble behandlet av styret ved Sørlandet sykehus 21. april 2016. Planen oppdateres årlig. Selv om bevilgningene til de regionale helseforetakene legger til rette for en vekst i pasientbehandlingen så er det de regionale helseforetakene og helseforetakene som er nærmest til å vurdere hvordan ressursene kan utnyttes på best mulig måte for pasientene.

### **Skriftlig spørsmål fra Ingvild Kjerkol (A) til helse- og omsorgsministeren**

**Dokument nr. 15:885 (2015-2016)**

**Innlevert: 08.04.2016 Sendt: 08.04.2016**

**Besvart: 14.04.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie**

#### **Spørsmål**

Ingvild Kjerkol (A): Hvor stor har økningen i RHFenes legemiddelkostnader vært i perioden fra regjeringsskiftet 2013 til dd., sett i forhold til perioden 2009-2013, og i hvilken grad er dette kompensert for i de årlige sykehusbudsjettene?

#### **Begrunnelse**

Økte utgifter til legemidler gir økonomiske utfordringer for sykehusene, ser ut til å påvirke øvrig drift, og vil på sikt gå på bekostning av annen behandling.

07. april 2016 kan vi lese i Telemark Arbeiderblad at Sykehuset Telemark får nye økonomiske utfordringer på bakgrunn av at legemiddelkostnadene øker kraftig. I siste styremøte advarte både økonomidirektør Tom Helge Rønning og administrerende direktør Bess Margrethe Frøyshov om at tjenestetilbudet kan være under press, hvis utviklingen man nå ser fortsetter.

Jeg ber om at svaret inneholder en oversikt over nye medisiner som nå dekkes av RHFene selv, som tidligere ble dekket gjennom særskilte bevilgninger utover sykehusbudsjettene.

#### **Svar**

Bent Høie: Legemidler som de regionale helseforetakene har finansieringsansvar for inngår som en del av den ordinære pasientbehandlingen og finansieres gjennom ISF-systemet og basisbevilgningene. Budsjettet til de regionale helseforetakene for 2016 legger til rette for en vekst i pasientbehandlingen på 2,5 pst., herunder utgifter til legemidler. Utbetalingene fra statsbudsjettet til de fire regionale helseforetakene er i 2016 til sammen om lag 139 mrd. kroner. Tilsvarende la budsjettet for 2015 til rette for en vekst i pasientbehandlingen på 2,15 pst. og budsjettet for 2014 la til rette for en vekst i pasientbehandlingen på 2,6 pst.

Ifølge Helsedirektoratets rapport SAMDATA 2014 utgitt i 2015 utgjorde de regionale helseforetakenes totale legemiddelkostnader om lag 5,4 mrd. kroner i 2014. Målt i faste priser utgjorde de totale legemiddelkostnadene til de regionale helseforetakene i 2007 om lag 3,5 mrd. kroner, i 2010 om lag 4,2 mrd. kroner, i 2012 om lag 4,5 mrd. kroner og i 2013 om lag 7 mrd. kroner. Helsedirektoratets rapport viser ikke tilsvarende tall for 2008, 2009 og 2011. Prosentvis endring fra 2007 til 2014 er 53,8 pst., fra 2010 til 2014 29,7 pst. og fra 2013 til 2014 16 pst. Rapporten finnes her:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/989/SAMDATA%202014%20IS-2348.pdf>

Disse tallene er ikke justert for økning i budsjettene til de regionale helseforetakene som følge av at nye legemidler er inkludert i den såkalte h-reseptordningen. De regionale helseforetakene har fått overført finansieringsansvaret for flere pasientadministrerte legemidler fra folketrygden. Disse legemidlene inngår i h-reseptordningen. I 2006 ble finansieringsansvaret for legemidler til behandling av revmatiske lidelser overført fra folketrygden med til sammen 400 mill. kroner. I 2008 ble finansieringsansvaret for legemidler til behandling av multipel sklerose overført fra folketrygden med 258 mill. kroner. I 2014 ble videre finansieringsansvaret for enkelte kreftlegemidler overført fra folketrygden med til sammen 300 mill. kroner. Dersom tallene justeres for disse økningene i de regionale helseforetakenes budsjetter er den prosentvise veksten i de totale legemiddelkostnadene ifølge Helsedirektoratets rapport 36,9 pst. fra 2007 til 2014, 23,7 pst. fra 2010 til 2014 og 10,1 pst. fra 2013 til 2014.

Helsedirektoratet har fullmakt til å fatte beslutning om de regionale helseforetakene skal ha finansieringsansvaret for nye legemidler som kommer på markedet innenfor disse legemiddelgruppene og som er alternativer til legemidler som finansieres av de regionale helseforetakene. Liste over legemidler som inngår i H-reseptordningen finnes i Forskrift om helseforetaksfinansierede reseptlegemidler til bruk utenfor sykehus på [www.lovddata.no](http://www.lovddata.no).

Ifm. Stortingets behandling av Prop. 1 S (2015-2016) ble finansieringsansvaret for ytterligere legemiddelgrupper overført fra folketrygden til de regionale helseforetakene med til sammen 1170 mill. kroner, svarende til de forventede utgiftene i 2016.



**Skriftlig spørsmål fra Torgeir Micaelsen (A) til helse- og omsorgsministeren**

**Dokument nr. 15:865 (2015-2016)**

**Innlevert: 06.04.2016 Sendt: 06.04.2016**

**Til behandling**

**Spørsmål**

Torgeir Micaelsen (A): Hvor mange flere ansatte ble det i den sentrale helseforvaltningen fra regjeringsskiftet høstet 2013 til mars 2016?

**Begrunnelse**

I januar 2016 trådte endringer for organisering av den sentrale helseforvaltningen i kraft. Regjeringen sier på sine nettsider at de vil forenkle og effektivisere den sentrale helseforvaltningen, med målsetting om at fellesskapets ressurser benyttes mest mulig effektivt og at befolkningen skal få bedre helsetjenester. Regjeringen gikk til valg på å redusere antallet byråkrater og lovet å redusere antallet offentlige ansatte. Tall fra blant annet SSB, svarbrev til Stortinget knyttet til statsbudsjettet og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) viser noe annet. Jeg ber derfor om en oversikt over økingen i antall helsebyråkrater fra 2013-2016, og perioden 2009-2013.

**Svar**

Bent Høie: Oversikter over årsverk i den sentrale helseforvaltningen for perioden 2009 – 20012 og 2013 - 2015 er vedlagt. Tall for 2016 er ikke klare på nåværende tidspunkt.

Når det gjelder tall fra og med 2015 er disse rapportert i ny innrapporteringsordning for årsverk, jf. omtale i Prop. 1 S Helse- og omsorgsdepartementet (2015-2016). Ordningen medfører brudd med tidligere statistikk, og årsverkstallene er derfor ikke direkte sammenlignbare med tall fra tidligere år. Fra 2015 er også timelønne, overenskomstlønne og ledere på lederkontrakt inkludert i statistikken. De nye tallene pr. 1. mars 2015 er i tillegg usikre da det er ulik grad av tilpasning til den nye ordningen.

I følge oversikten per. 1. mars 2015 har Folkehelseinstituttet økt med 116 årsverk sammenlignet med tall per. 1. mars 2014. Av dette er 23 årsverk knyttet til den nevnte usikkerheten som følge av ny innrapporteringsordning. Av den reelle veksten er vel 25 årsverk knyttet til innlemming av Giftinformasjonen pr. 1. januar 2015.

Eksternfinansierte oppdrag har økt med nærmere 27 årsverk. Den resterende økingen er knyttet til nye oppgaver, herunder sykdomsbyrde-prosjektet, vaksineprogrammet, helseregistre mv. Helseinspektariatet har hatt en reell økning på om lag 150 årsverk i samme periode. Av dette er vel 120 årsverk knyttet til fagområdet e-helse og IT-området i Helseinspektariatet/Helfo. Over 13 årsverk er overført fra Kunnskapsenteret til Helseinspektariatet knyttet til fagområdet pasientsikkerhet, mens tre stillinger er overført fra NAV til sekretariatet for Statens seniorråd. Helfo har styrket bemanningen med åtte årsverk som følge av nye oppgaver. Øvrige endringer er knyttet til arbeidet med pakkeforløp kreft, spesialistutdanning, Omsorgsplan 2020, medisinsk utstyr, tannhelsefeltet, rehabilitering mv.

Regjeringen legger vekt på en effektiv bruk av fellesskapets ressurser, og har derfor innført en avbyråkratiserings- og effektiviseringsreform som forutsetter at statlige virksomheter gjennomfører tiltak for å bli mer effektive. I den sentrale helseforvaltningen gjennomføres en strukturreform som reduserer antall underliggende etater fra 15 til 11. Organiseringen vil samle fagmiljøer og legge til rette for mer effektiv helseforvaltning slik at samfunnets ressurser utnyttes bedre.

Vedlegg til svar:

[Lenke til vedleggene i pdf-format](#)

**Skriftlig spørsmål fra Torgeir Micaelsen (A) til helse- og omsorgsministeren**

**Dokument nr. 15:864 (2015-2016)**

**Innlevert: 06.04.2016 Sendt: 06.04.2016**

**Til behandling**

**Spørsmål**

Torgeir Micaelsen (A): Hvor stor andel av det totale helsebudsjettet går til byråkrati og administrasjon, hvor stor andel av spesialisthelsetjenestens budsjett brukes på byråkrati og administrasjon, og hvor stor andel av budsjettet til primærhelsetjenesten brukes til byråkrati og administrasjon, og kan jeg også be om tall for de ulike sektorene sett som del av det totale helsebudsjettet?

**Svar**

Bent Høie: Kostnader til administrasjon av helse vil i hovedsak forekomme kommunene, i spesialisthelsetjenesten og i den sentrale helseforvaltning.

Innledningsvis vil jeg vise til at det er krevende å definere "byråkrati og administrasjon". Mange av helsetjenestens oppgaver er knyttet til pålagte oppgaver og rapportering, andre oppgaver er knyttet til helt nødvendige støtte- og serviceoppgaver som for eksempel innkjøp, IKT, HR, pasientreiser, logistikk, pasientflyt, forvaltning, drift og vedlikehold av bygg. Alle helsetjenester krever administrative funksjoner for å kunne fungere på en god måte. Det utføres administrative oppgaver på alle nivåer. Oppgavene er ulikt organisert i kommunene og i helseforetakene.

OECD publiserer tall for andel utgifter til "Health administration and health insurance" i sin statistikkdatabase. De siste tallene er fra 2014. Tallene for Norge viser at andelen administrasjon av totale helseutgifter var 0,6 pst. i 2014. Andelen har variert mellom 0,5- 0,8 pst. i perioden 2009 til 2014. Det er SSB som rapporterer tallene for Norge til OECD, og de følger bestemte definisjoner. Som det går fram av avsnittet under innebærer definisjonen av "Health administration and health insurance" en noe smal definisjon av administrasjon.

Vi har ikke tall for kostnader knyttet til administrasjon av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det samme gjelder for administrasjon av spesialisthelsetjenesten.

SSBs helseregnskap er grunnkilden til tallene fra OECD. Ifølge SSBs helseregnskap ble det brukt 1859 mill. kroner til helseadministrasjon i 2014, og dette tilsvarer altså 0,6 pst. av de totale helseutgiftene.

Helseadministrasjon er her, kort forklart, definert som driftsutgiftene på følgende institusjoner: De regionale helseforetakene og Helse- og omsorgsdepartementet (herunder Bioteknologinemnda, Statens strålevern, Statens helsetilsyn, Norsk pasientskadeerstatning, Pasientskadenemnda, Statens legemiddelverk). I tillegg tas enkelte tilskudd/tiltak til helsetjenesten med:

Apotekvesenet og legemiddelfaglige tiltak, statlige stimulerings tiltak for psykisk helse og diverse andre kostnader til tilskudd/tiltak avhengig av på hvilke kapitler disse kostnadene er plassert i Helse- og omsorgsdepartementets budsjettproposisjon.

SSB viser videre til at kostnader til helseadministrasjon bør ses i sammenheng med kostnader til forebyggende helsearbeid. Forebyggende arbeid er her definert som kostnadene til følgende institusjoner:

Folkehelseinstituttet, Utredningsvirksomhet, forskning m.m., Tannhelsetjenesten, Folkehelse, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og Helsedirektoratet. Kostnader i kommuneregnskapet knyttet til Forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjeneste og Annet forebyggende helsearbeid er også inkludert her.

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

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/aktuelt/svar-til-stortinget-2.html?id=668230>