

## Saksframlegg

**Saksgang:**

Styre	Møtedato
Styret Helse Sør-Øst RHF	8. september 2016

**SAK NR 074-2016**

**ORIENTERINGSSAK: DRIFTSORIENTERINGER FRA ADMINISTRERENDE DIREKTØR**

***Forslag til vedtak:***

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Hamar, 31. august 2016

Cathrine M. Lofthus  
administrerende direktør

## 1. Status Digital fornying

Digital fornying har i hovedsak god fremdrift, men enkelte av hovedprosjektene i Regional klinisk løsning har noen forsinkelser og problemer med kvaliteten i løsningene fra leverandør. Infrastrukturmodernisering følger i hovedsak plan, med noen mindre forsinkelser i enkelte prosjekter. Øvrige program er stort sett i henhold til planer.

Status for hvert program pr 15. august 2016 oppsummeres i tabellen under.

Rapportert område	Regional klinisk løsning		Infrastrukturmodernisering		Virksomhetsstyring		Regional IKT for forskning		Eksternt partnerskap		Sykehuset Østfold IKT fase 3	
	jun.	aug.	jun.	aug.	jun.	aug.	jun.	aug.	jun.	aug.	jun.	aug.
Overordnet												
Fremdrift												
Kostnad												
Risiko												
Kvalitet												

### *Regional klinisk løsning*

Flere av prosjektene har oppnådd viktige milepæler i denne perioden. E-resept og kjernejournal er innført ved Sørlandet sykehus, og for prosjektet Automatisk tildeling av fødselsnummer er pilot av integrert løsning gjennomført for Oslo universitetssykehus. Pilotering av laboratoriesvar fra Oslo universitetssykehus til Vestre Viken ble avsluttet 10. juni 2016 som planlagt.

Det har vært store utfordringer med pilotprosjektet for radiologi ved Sykehuset Innlandet, men løsningen ble ferdig testet i juni og produksjonssetting er planlagt 23. september 2016. Denne milepælen er viktig for de andre aktivitetene i regionen knyttet til radiologiløsning.

### *Infrastrukturmodernisering*

Programmet leverer stort sett som planlagt, med mindre forsinkelser i noen prosjekter.

### *Virksomhetsstyring*

Programmet Virksomhetsstyring er i henhold til gjeldende plan. Innføringsprosjektene ved Sykehuspartner og Helse Sør-Øst RHF går som planlagt. Det er nå fem foretak som har tatt i bruk den regionale økonomi- og logistikk-løsningen.

Innføring av regional økonomi- og logistikk-løsning ved Sykehuset Telemark og Sunnaas sykehus er godt i gang. Begge innføringene er detaljplanlagt for å sikre produksjonssetting henholdsvis 1. mars og 1. april 2017. For innføring av løsningen ved Oslo universitetssykehus pågår det avklaringer mellom Helse Sør-Øst RHF og foretaket før selve innføringen kan starte. Avklaringene knytter seg til omfang og forutsetninger for gjennomføring av tilpasninger for Oslo universitetssykehus i den regionale løsningen. Forsinkelse i dette arbeidet er prosjektets største risiko.

### *Regional IKT for forskning*

Basert på arbeid utført i etableringsfasen har programmet utarbeidet forslag til fire prioriterte løsningsområder.

### *Sykehuset Østfold IKT fase 3*

Programmet leverer som planlagt og i henhold til tid og budsjett, med noen unntak. En leveranse for laboratoriedataløsningen med planlagt produksjonssetting 25. august 2016 er forsinket. Prosjektet har sammen med program for Regional klinisk løsning besluttet å overføre ansvaret for ferdigstilling av denne leveransen til Regional klinisk løsning.

### *Risiko*

Risikobildet preges av en begrensning i tilgjengelige ressurser, hovedsakelig fra Sykehuspartner, men også fra helseforetakene. Når prosjekter ikke får rett kompetanse til rett tid, kan det føre til forsinkelser og også utsettelse for prosjekter som er avhengige av leveranser fra forsinkede prosjekter. Det er fortsatt problemer med kvaliteten i leveransene fra flere av leverandørene til Digital fornying.

### *Økonomi*

Oppsummeringen per juli 2016 viser at Digital fornying totalt ligger 120 millioner kroner bak budsjett hittil i år. Avviket skyldes primært ressursknapphet og periodiseringsavvik. Alle programmene rapporterer at de styrer mot budsjett, men det vil bli gjennomført en grundig prognostisering i forbindelse med tertialrapportering for andre tertial.

## **2. Publisering av 30 dagers overlevelse 2015**

### **Bakgrunn**

Metodikken rundt bruk av sykehusdødelighet som kvalitetsindikator har siden 1990-tallet blitt videreutviklet, ikke minst på bakgrunn av data som viste betydelig overdødelighet ved enkelte sykehus i Storbritannia. Dette ble utgangspunkt for ekstern granskning som påpekte betydelig kvalitetssvikt (Mid - Staffordshire, Crosshouse). 30 dagers dødelighet er for tiden en av få kvalitetsindikatorer som brukes i alle nasjonale kvalitetsindikatorsystem.

Studier viser at om lag 50 % av variasjonen mellom sykehus kan tilskrives case-mix, 15 % tilfeldig variasjon, mens 35 % kan tilskrives reell kvalitetsforskjell. Justering for case-mix vil kunne øke andel som kan tilskrives kvalitetsforskjell. Denne typen data har bidratt til å avdekke betydelige kvalitetsutfordringer ved enkelte sykehus, men har også vært brukt til å planlegge, gjennomføre og følge effekt av forbedringsarbeid med gode resultater.

Erfaringer fra utlandet har vist at offentliggjøring av denne typen data ofte utløser debatt rundt sykehus med høy dødelighet. Debatten starter ofte med problematisering av metode og at lokalpressen tar sykehuset i forsvar. Prosessen endres radikalt når media begynner å dekke pasientenes sak ved å publisere kasuistikker som beskrives av etterlatte pårørende (jfr. Mid – Staffordshire).

### **Aktuelt**

#### *Publisering av 30 dagers dødelighet i Norge*

I Norge publiserte Kunnskapssenteret 30 dagers dødelighet første gang i 2005. Dette ble møtt av massiv kritikk fra fagmiljøene og direktør i Kunnskapssenteret måtte trekke data tilbake og beklaget utgivelsen. I 2011 ble "30 dagers overlevelse ved norske sykehus" publisert på Helsedirektoratets nettside [www.helsenorge.no](http://www.helsenorge.no), og siden har data vært publisert årlig. Her beregnes diagnosespesifikk dødelighet for pasienter innlagt med hjerteinfarkt,

hoftebrudd og hjerneslag, samt totaloverlevelse (basert på 42 diagnoser som forårsaker 80 % av dødsfallene). For å sikre tilstrekkelig statistisk styrke slik at man kan sammenligne sykehus er data for diagnosespesifikk overlevelse basert på tre års materiale, mens totaloverlevelse er basert på ett års materiale. Erfaringer fra Helse Sør-Øst har vist at de diagnosespesifikke data er velegnet til forbedringsarbeid (jfr. artikkel i BMJ Open som beskriver erfaringene fra slikt arbeid ved Sykehuset Innlandet, Sykehuset Østfold og Sykehuset Telemark). Det foreligger mindre erfaring med bruk av totaloverlevelse til forbedringsarbeid, men arbeid fra Sørlandet sykehus HF viste normalisering av totaloverlevelse etter systematisk innføring av «early warning score» ved sykehuset i Kristiansand.

### ***30 dagers dødelighet i Helse Sør-Øst – 2015***

Tallene som er publisert for 2015 for totaloverlevelse i Helse Sør-Øst viser en positiv utvikling for sykehusene sett under ett, men utviklingen går langsomt. Fra 2011 til 2015 har det vært en økning i totaloverlevelse på omtrent 0,5 prosent. Helse Sør-Øst hadde som region signifikant lavere 30 dagers overlevelse enn landsgjennomsnittet for pasienter behandlet for hoftebrudd og hjerneslag i regionen i perioden 2012-2014. Tilsvarende tall for 2013-2015 viser bedring for pasienter med hjerneslag og resultatene er nå som landsgjennomsnittet. Imidlertid har Helse Sør-Øst som region fremdeles lavere 30 dagers overlevelse for pasienter med hoftebrudd enn landsgjennomsnittet.

På helseforetaksnivå er det følgende negative avvik:

Totaloverlevelse:	Sykehuset Telemark, Sykehuset Østfold, Sykehuset Innlandet (Gjøvik, Kongsvinger)
Hjerteinfarkt:	Sykehuset Innlandet (Gjøvik, Kongsvinger)
Hjerneslag:	Sykehuset Innlandet (Gjøvik, Tynset)

### ***30 dagers overlevelse ved Sykehuset Innlandet***

Siden tallene ble publisert første gang i 2011 har 30 dagers overlevelse ved Kongsvinger sykehus vært signifikant lavere enn landsgjennomsnittet. I 2015 døde 7,4 % av pasientene som ble innlagt på sykehuset i Kongsvinger versus landsgjennomsnittet på 4,8 %. På denne bakgrunn tok ledelsen ved Sykehuset Innlandet initiativet til å gjennomføre en granskning av de 50 siste dødsfall, en metode som ble utviklet ved Kaiser Permanente i USA og senere anbefalt av Institute of Healthcare Improvement (IHI) og Pasientsikkerhetsprogrammet i Norge.

En foreløpig gjennomgang av undersøkelsen viser at om lag 60 % av dødsfallene ble kategorisert som "unngåelige", noe som er vesentlig høyere enn tilsvarende resultater fra gjennomganger ved sykehusene i Elverum og Hamar. Det er videre avdekket forhold som er vurdert som meldepliktige, og på den bakgrunn ble Fylkeslegen orientert om funnene. Dette medførte at Fylkeslegen den 15. juli 2016 sendte bekymringsmelding til Sykehuset Innlandet HF. Denne bekymringsmeldingen ble gjenstand for mediaoppslag. Dette har utløst kritikk som hovedsakelig har vært rettet mot prosess, men hvor det også har vært stilt spørsmål om 30 dagers overlevelse som kvalitetsindikator.

### **Prosess**

Helse Sør-Øst RHF arbeider aktivt sammen med Pasientsikkerhetsprogrammet for å planlegge, gjennomføre og følge opp forbedringsarbeid i de sykehusene hvor overlevelse er

lavere enn landsgjennomsnittet. Erfaringene fra dette arbeidet rapportertes jevnlig til alle helseforetak. I samarbeid med fagmiljøene i helseforetakene er det iverksatt et regionalt arbeid som vurderer ulike forbedringstiltak og erfaringsdeling.

Med tanke på prosessen ved Sykehuset Innlandet vil Helse Sør-Øst RHF bidra med erfaringer med forbedringsarbeid utført i Helse Sør-Øst. Den videre utviklingen vil være gjenstand for nær oppfølging av Helse Sør-Øst RHF.

### **3. Oppdragsdokument 2016 – tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 122 S (2015-2016)**

Helse- og omsorgsdepartementet oversendte 30.06.2016 tilleggsdokument til oppdragsdokument 2016. Departementets brev er tatt inn som annen orientering til styret i dette møtet.

Administrerende direktør har tilsvarende utarbeidet et tilleggsdokument til oppdrag og bestilling 2016 som sendes helseforetakene og de private ideelle sykehusene. Dokumentet er utarbeidet med utgangspunkt i tilleggsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet. I tillegg tas det inn styringsbudskap som er forankret i andre foretaksmøter i løpet av året.

Tilleggsdokumentet fra Helse Sør-Øst RHF konkretiserer og presiserer hvordan helseforetakene og de private ideelle sykehusene forutsettes å delta i arbeidet for å nå de overordnede målene. For noen av oppdragene forutsettes nærmere orientering fra Helse Sør-Øst RHF før aktuelle helseforetak og sykehus iverksetter tiltak. Dette er presisert i det enkelte oppdrag.

### **4. 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 Torgeir Micaelsen (A) til helse- og omsorgsministeren**

**Dokument nr. 15:1446 (2015-2016)**

**Innlevert: 15.08.2016 Sendt: 15.08.2016**

**Besvart: 23.08.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie**

**Spørsmål**

Torgeir Micaelsen (A): Kan statsråden legge frem oppdaterte tall for antall pasienter i Helse Sørøst med passert tentativ frist for behandling?

**Begrunnelse**

Helseminister Bent Høie (H) opplyste i Stortinget 10. juni 2016 at Helse Sørøst har etablert en indikator som viser antall pasienter som har passert såkalt tentativ frist. I tråd med svar på spørsmål 1391 viser det seg at det ikke er mulig å få sammenlignbare tall per nå for hele landet. Gitt at statsråden har brukt tallene for landets største regionale helseforetak i Stortinget, antar jeg at Stortinget inntil videre fortsatt kan få oppdaterte tall for dette helseforetaket i påvente av tall for resten av landet.

**Svar**

Bent Høie: Indikatoren passert tentativ frist er innført i Helse Sør-Øst og brukes i styringsdialogen med helseforetakene. Tentativ tid til kontakt er definert som antall nyhenviste pasienter og pasienter i forløp der planlagt dato for kontakt er overskredet. Helse Sør-Øst opplyser at det per 5. august er 61 906 pasienter med passert tentativ frist. Tallet omfatter pasienter henvist etter 1.1.2010. Dette er om lag samme antall som per mai 2016, jf. mitt svar på spørsmål nummer 1347. Helse Sør-Øst opplyser om at de fra juli 2016 også vil inkludere pasienter henvist før 2010, dvs. at flere pasienter med lengre behandlingsopplegg vil inkluderes. Foreløpige tall viser at antall pasienter med tentativ passert tid vil øke med omlag 20 000 dersom man foretar denne endringen i datagrunnlaget.

Jeg har i revidert oppdragsdokument 2016 av 30. juni til de regionale helseforetakene bedt om at tentativ tid til kontakt skal etableres som en styringsindikator fra og med andre halvår 2016, i første omgang innen utvalgte fagområder. Det tas sikte på at endelig definisjon av indikatoren, og sammenlignbare og kvalitetssikrede tall for utvalgte fagområder, skal foreligge i løpet av høsten 2016. Når vi får kvalitetssikrede tall på denne indikatoren vil utviklingen over tid og sammenlikning mellom foretak kunne gi oss nyttig informasjon om sykehusenes evne til å planlegge og gjennomføre gode pasientforløp.

**Skriftlig spørsmål fra Per Olaf Lundteigen (Sp) til helse- og omsorgsministeren**  
**Dokument nr. 15:1404 (2015-2016)**

**Innlevert: 30.06.2016 Sendt: 01.07.2016**

**Besvart: 08.08.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie**

**Spørsmål**

Per Olaf Lundteigen (Sp): Har arbeidskonflikten ved Transplantasjonskirurgisk seksjon, Oslo universitetssykehus (OUS), som førte til at tre av de fire mest erfarne legene ble permittert og seinere sluttet, hatt betydning for kvaliteten på utførte transplantasjoner (nyre, lever og bukspyttkjertel) og det faktum at for året 2015 har antall nyretransplantasjoner ikke vært lavere i perioden 2011-2015, samtidig som ventelistene i denne perioden også var høyest i 2015?

**Svar**

Bent Høie: Jeg har i forbindelse med representant Lundteigens henvendelse bedt Helse Sør-Øst RHF om en vurdering av hvilke konsekvenser det har hatt for den aktuelle avdelingen ved Oslo universitetssykehus HF at tre av legene har sluttet. Helse Sør-Øst RHF har i sin tur forelagt spørsmålet for sykehuset. Tilbakemeldingen fra Oslo universitetssykehus HF er at det er tre svært kompetente leger som har sluttet, men at det fortsatt er flere svært kompetente og erfarne kirurger med bred kompetanse på avdelingen. Ved at disse har arbeidet noe mer, og at det også i en begrenset periode ble leid inn kirurger fra Sahlgrenska Sjukhuset i Göteborg, har avdelingen sørget for at pasientsikkerheten hele tiden har blitt ivarettatt. Det er derfor ikke holdepunkter for å si at kvaliteten på avdelingens transplantasjonsaktivitet har blitt påvirket av den konflikten som ligger til grunn for at de tre legene har sluttet ved avdelingen.

Antall gjennomførte nyretransplantasjoner vil til enhver tid bestemmes av tilgangen på organer.

Arbeidskonflikten har ikke hatt innvirkning på antallet gjennomførte transplantasjoner.

Når det gjelder gjennomførte transplantasjoner viser jeg for øvrig også til mitt svar av 28. juni 2016 til representant Toppes spørsmål som lød: "Kan statsråden gi en oversikt over utviklingen i gjennomførte årlige transplantasjoner( alle de ulike organ) og omfanget/utviklingen av ventelister for hver av disse organområdene i de siste fem årene, samt utviklingen når det gjelder reoperasjoner/komplikasjoner i samme tidsrom ved klinikk for kirurgi, inflammasjon og transplantasjon ved OUS, avdeling Rikshospitalet?" Mitt svar til henne gir utfyllende informasjon om transplantasjonsvirksomheten i Norge og om omfang/utvikling og ventelister de siste fem årene. Svaret finnes her: <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Sporsmal/Skriftlig-sporsmal-og-svar/Skriftlig-sporsmal/?qid=66009>

**Skriftlig spørsmål fra Torgeir Micaelsen (A) til helse- og omsorgsministeren**  
**Dokument nr. 15:1347 (2015-2016)**

**Innlevert: 20.06.2016 Sendt: 21.06.2016**

**Besvart: 29.06.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie**

**Spørsmål**

Torgeir Micaelsen (A): Kan statsråden fremvise en tabell som inneholder 1) antall pasienter i sykehus med passert tentativ tid fordelt på fagområde og helseforetak (Antallet bes fordelt på antall som er ventelisteavklart

og ikke), 2) antall planlagte kontakter per fagområde og helseforetak og 3) en kolonne i samme tabell som viser antall ventende og snitt ventetid for ventende per fagområde og helseforetak?

#### Begrunnelse

Jeg ber om å få tall for de 20 medisinske fagområdene med flest pasienter med passert tentativ tid, «medisinsk frist». Dersom psykisk helsevern – både voksne og barn og unge – ikke er inkludert i de 20 fagområdene, ber jeg om å få disse særskilt oppstilt på samme måte.

Jeg viser til statsråd Bent Høie (H) sin redegjørelse i Stortinget fredag 10. juni. Statsråden brukte i den forbindelse en undersøkelse fra Helse Sør-Øst der tallgrunnlaget og gjennomgangen i følge statsråden viser at det i HSØ er 61 000 pasienter per mai 2016 med såkalt passert tentativ tid for pasientmøte. Gitt at disse tallene er uttrekkbare fra pasientdataene i Helse Sør-Øst, forutsetter jeg at dette også er tall som er mulig å få fra de andre helseforetakene i landet. Dersom dette ikke skulle være tilfelle, eller dette vil ta lang tid, ber jeg om å få oversendt tallene for Helse Sør-Øst i første omgang.

Tallene statsråden viste til i Stortinget, viser at det er mange enkeltpasienter som i dag ikke blir ivaretatt på en god nok måte. Det er interessant for pasientene, fagfolk og Stortinget å sammenligne i hvilken grad det er samsvar med de ulike sykehusene sin evne til å håndtere pasienter som står til oppfølging internt på sykehuset målt mot hva den offisielle ventelistestatistikken tilsier.

#### Svar

Bent Høie: Den ordinære ventelistestatistikken fra Norsk pasientregister måler ikke antall pasienter med passert tentativ tid, og antall planlagte pasientkontakter. Det er derfor vanskelig å sammenstille god og sammenlignbar statistikk av god kvalitet på dette. For å følge opp pasientene i pågående forløp har Helse Sør-Øst RHF etablert en indikator, Tentativ tid for kontakt, som viser antall pasienter der planlagt dato for videre oppfølging eller kontakt er passert. Denne indikatoren kan være et uttrykk for kapasitets- eller planleggingsutfordringer, og brukes av Helse Sør-Øst og sykehusene i regionen til styring og oppfølging.

Helse Sør-Øst opplyser at det var registrert om lag 590000 planlagte pasientkontakter i begynnelsen av mai 2016. For 61000 av disse har den planlagt datoen for pasientkontakt passert, og er det som kalles pasienter med passert tentativ tid. Av disse 590000 var i overkant av 180000 kontakter planlagt i løpet av mai. Antallet planlagte pasientkontakter fordeler seg per helseforetak: 66000 i Akershus universitetssykehus HF; 150000 i Oslo universitetssykehus; 1400 i Sunnaas sykehus HF; 44000 Sykehuset i Vestfold HF; 79000 i Sykehuset Innlandet HF; 33000 i Sykehuset Telemark HF; 55000 i Sykehuset Østfold HF; 75000 Sørlandet Sykehus HF; 88000 Vestre Viken HF. Helse Sør-Øst opplyser at pasienter som er henvist før 1. januar 2010, og pasienter som opprinnelig kom inn som ø-hjelpspasienter og som fortsatt går til behandling, ikke vil være inkludert i tallene. Vedlagt følger også en oversikt fra Helse Sør-Øst som viser de ti fagområdene som har flest pasienter med passert tentativ tid fordelt på helseforetak i regionen.

Vedlagt følger tall fra Norsk pasientregister over antall ventende og gjennomsnittlig ventetid for ventende per fagområde og helseforetak per 31. mai 2016. Dette er tall fra den ordinære ventelistestatistikken. Tabellen inneholder tall for de 20 største fagområdene innen somatikk, målt ved antall ventende. I tillegg til tall for somatiske fagområder, inneholder tabellen tall for psykisk helsevern voksne og barn og unge, og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Tallene er basert på månedlig rapportering og rapporteres umiddelbart etter månedsslutt. Tallene er derfor i liten grad kvalitetssikret.

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

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

Dokument nr. 15:1340 (2015-2016)

Innlevert: 17.06.2016 Sendt: 20.06.2016

Besvart: 28.06.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie

#### Spørsmål

Kjersti Toppe (Sp): Kan statsråden gi en oversikt over utviklingen i gjennomførte årlige transplantasjoner (alle de ulike organ) og omfanget/utviklingen av ventelister for hver av disse organområdene i de siste fem årene, samt utviklingen når det gjelder reoperasjoner/komplikasjoner i samme tidsrom ved klinikk for kirurgi, inflammasjon og transplantasjon ved OUS, avdeling Rikshospitalet?

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

**Skriftlig spørsmål fra Jan Bøhler (A) til helse- og omsorgsministeren**

**Dokument nr. 15:1337 (2015-2016)**

**Innlevert: 17.06.2016 Sendt: 20.06.2016**

**Besvart: 30.06.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie**

**Spørsmål**

Jan Bøhler (A): Det ble meget positivt mottatt da OUS-direktør Erikstein uttalte at han ønsker å samordne bygging av ny storbylegevakt og nytt lokalsykehus på Aker - og at "hvis alt går etter planen, vil storbylegevakten være ferdig i 2022, og deler av et nytt sykehus kanskje ørlite grann senere"(Dagens Medisin 25/4). Men i Helse Sørøsts vedtak 16/6 følges ikke dette opp, og det er uklart når byggingen av nytt lokalsykehus kan skje. Vil Statsråden på foretaksmøtet 24/6 be om en tidsplan for lokalsykehuset og en samordning med storbylegevakten?

**Begrunnelse**

Siden Helse Sørøst og Oslo Kommune la fram samarbeidsprosjektet "Fremtidens Storbylegevakt i Oslo" i en rapport i november 2008 har det vært lagt til grunn at storbylegevakten skulle utvikles sammen med det nye storbysykehuset, som er benevnelsen på det nye store lokalsykehuset for rundt en kvart million innbyggere som planlegges på Aker. Det har vært grundig utredet hvordan storbysykehus og storbylegevakt ved å legges nært inntil hverandre skulle skape nye og bedre behandlingstilbud, som de ikke kan greie hver for seg. Etter flere års prosess og utsettelse er det nå bestemt at forprosjektet for ny storbylegevakt på Aker starter i desember i år, og at den planlegges å stå ferdig i 2022.

Slik direktøren for Oslo Universitetssykehus uttrykte 25/4 har det vært lagt til grunn siden den felles rapporten fra 2008 at planleggingen av storbylegevakt og storbysykehus skal gå hånd i hånd. Det vil gi store gjensidige fordeler både for pasientene og for ressursbruken. Det er derfor meget beklagelig hvis ikke Helse Sørøst vil følge opp det felles samarbeidsprosjektet de lanserte i 2008, som var en viktig del av hele argumentasjonen for etableringen av Oslo Universitetssykehus.

Når Helse Sørøst skaper ny klarhet om når man vil starte bygging av nytt storbysykehus på Aker, fører det også til økt usikkerhet om det vil være mulig å skaffe nok lokalsykehuskapasitet i årene framover. Allerede siden 2014 må pasienter fra tre bydeler i Groruddalen sendes videre fra sitt lokalsykehus Ahus til andre sykehus. Befolkningen i Oslo og Akershus øker med rundt tjuvfem tusen i året, og veksten vil fortsette på samme nivå fram mot 2030. For å skape trygghet for at man vil ha nok lokalsykehuskapasitet til å møte denne utviklingen, vil det være avgjørende raskt å komme i gang med planlegging og bygging av et nytt storbysykehus. Det er meget viktig at helseministeren gjennom foretaksmøtet bidrar til at Helse Sørøst prioriterer dette.

**Svar**

Bent Høie: Som representanten Bøhler viser til hadde jeg foretaksmøte fredag den 24. juni med Helse Sør-Øst RHF, hvor jeg godkjente planer for den videre utviklingen ved Oslo universitetssykehus. Foretaksmøtets vedtak gir en tydelig retning for den videre utviklingen av Oslo universitetssykehus, med et samlet og komplett regionsykehus inkludert lokalsykehusfunksjoner på Gaustad, et stort akuttstusykehus på Aker og et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet. I møtet ble det lagt til grunn at de første prosjektene som gjennomføres er regional sikkerhetsavdeling og klinikkbygg på Radiumhospitalet, og at den første utviklingen på Gaustad og Aker planlegges startet opp samtidig og vil foregå parallelt.

Utvikling ved Oslo universitetssykehus har prioritert i Helse Sør-Øst RHF og ved behandling av økonomiske langtidsplan for 2017-2020 er det tatt høyde for regional prioritering av investeringer ved Oslo universitetssykehus HF. Helse Sør-Øst vedtok i styresak 053-2016 Videreføring av planer for utviklingen av Oslo universitetssykehus HF å føre planleggingen av ny regional sikkerhetsavdeling (RSA) og nybygg på Radiumhospitalet til konseptfase, og at en naturlig fremdrift av disse prosjektene vil kunne medføre beslutning om oppstart av gjennomføring i inneværende økonomiplanperiode. I samme sak foreslås det videre trinnsvis utvikling av Gaustad og Aker, hvor det i første omgang må foretas avgrensninger og konkretisering inkludert dimensjonering av virksomhetsinnholdet i et første trinn i utviklingen av Aker og Gaustad. Det er også plass for en storbylegevakt på Aker, hvis Oslo kommune ønsker det.

Helse Sør-Øst og Oslo universitetssykehus må tilpasse drift og gjennomføring av planlagte investeringer innenfor sitt økonomiske handlingsrom for å sikre en forsvarlig økonomi. Realisering av framtidig mål bilde ved Oslo universitetssykehus inklusiv nytt stort akuttstusykehus på Aker må planlegges med en trinnsvis oppbygging, tilpasset behovet for gradvis kapasitetsoppbygging. Lånesøknad for prosjektene vil fremmes for Stortinget når kvalitetssikrede prosjektgrunnlag foreligger.



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

**Dokument nr. 15:1322 (2015-2016)**

**Innlevert: 17.06.2016 Sendt: 17.06.2016**

**Besvart: 27.06.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie**

**Spørsmål**

Kjersti Toppe (Sp): Vil statsråden overstyre Helse Sør Øst når de planlegger nytt sykehus på Gaustad og nytt sykehus i Drammen med beleggsprosent på 90 prosent, og pålegge helseforetaket en forsvarlighetsgrense på 85 prosent ved planlegging av de nye sykehusene, for å unngå liknende situasjon som Sykehuset Østfold Kalnes, Akershus Universitetssykehus HF( Ahus) og Sykehuset Telemark HF er i, med overbelegg, korridorpasienter og kritiske situasjoner med hensyn til kvalitet og pasientsikkerhet?

**Begrunnelse**

Viser til styresak 054-2016 Vestre Viken HF- konseptfase nytt sykehus i Drammen og styresak 053-2016- Videreføring av plan for utvikling av Oslo Universitetssykehus HF, der det legges til grunn en beleggsprosent på 90 prosent. Helse- og omsorgsminister har varslet at han vil ta stilling til styrevedtakene i snarlig foretaksmøte.

**Svar**

Bent Høie: Som representanten Kjersti Toppe viser til har jeg nylig hatt foretaksmøter med Helse Sør-Øst RHF hvor jeg godkjente planer for videre utvikling ved Oslo universitetssykehus og lokalisering av nytt sykehus i Drammen.

Når det gjelder planlegging av framtidig behandlingsskapitet og beleggsprosent ved nye sykehus er dette et ansvar som tilligger det regionale helseforetaket, i dette tilfelle Helse Sør-Øst RHF. Det er en rekke faktorer som har betydning når helseforetakene planlegger framtidig kapasitetsbehov, i tillegg til beleggsprosent på sengepostene. Her kan nevnes befolkningsframskrivninger, aktivitetsprognoser, forventet forbruk, liggetider, åpningstider og andel pasienter som avklares i mottak. Dette må sees i forhold til effekter av endrede behandlingsmetoder, medisinske og teknologiske endringer, samhandlingsreformen og vridning av aktivitet fra døgn til dag og poliklinisk aktivitet. Det er utarbeidet en egen modell for planlegging av kapasitetsbehov i sykehus, som helseforetakene benytter.

Helse Sør-Øst har et generelt vedtak som tilsier at høy utnyttelsesgrad skal benyttes ved planlegging av nye sykehusbygg. Høy utnyttelsesgrad er her definert som utnyttelsesgrad på 90 pst for normalsenger, 80 pst for observasjonsplasser og 75 pst for pasienthotellsenger.

Når det gjelder sengekapasitet vil nyere bygg bedre kunne legge til rette for effektiv utnyttelse av sengeområder, bla som følge av enerom.

Helse Sør-Øst har opplyst at det er lagt til grunn høy utnyttelsesgrad ved planlegging av nytt sykehus i Drammen, men at det er gitt åpning for å vurdere kapasitetsutnyttelsen knyttet til spesielle funksjoner ved Oslo universitetssykehus.

Helse Sør-Øst opplyser videre at de legger ulik utnyttelsesgrad til grunn ved beregning av totalt kapasitetsbehov i regionen. Akershus universitetssykehus HF og Sykehuset Østfold HF, Kalnes, er nye bygg og bygget på en forutsetning om 90 pst belegg for ordinære senger. For disse helseforetakene legges høy utnyttelsesgrad til grunn i vurderingen av kapasitetsbehov. For øvrige helseforetak og sykehus i regionen legges 85 pst belegg til grunn.

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

**Dokument nr. 15:1295 (2015-2016)**

**Innlevert: 14.06.2016 Sendt: 15.06.2016**

**Besvart: 22.06.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie**

**Spørsmål**

Ulf Leirstein (FrP): Hva vil statsråden gjøre for å sikre tilbudet til pasientene ved Edwin Ruuds distriktpsykiatriske senter?

**Begrunnelse**

Et bedre helsetilbud for psykisk syke har vært en viktig satsning for Høyre/FrP-regjeringen. Rask og trygg behandling er viktig for å forebygge selvmord i psykiatrien. Nedleggelse av sengeplasser i veletablerte institusjoner er uheldig. Ifølge Smaalenenes Avis er brukerne misfornøyd med at tilbudet nedlegges ved Edwin Ruuds, og de frykter en kvalitetsforringelse i behandlingen.

**Svar**

Bent Høie: De regionale helseforetakene har ansvar for å sørge for forsvarlige spesialisthelsetjenester til befolkningen. I dette ligger også ansvar for å organisere tjenestene. Med bakgrunn i dette finner jeg det ikke riktig å overprøve organisering av døgn tilbudene i psykisk helsevern i Sykehuset Østfold HF.

Til orientering viser jeg til kommentar til saken som departementet har innhentet fra Helse Sør-Øst RHF: "Psykisk helsevern for voksne ved Sykehuset Østfold har tre distriktpsikiatriske sentra; DPS Halden-Sarpsborg, DPS Fredrikstad og DPS Nordre Østfold. Pasienter med psykiatriske lidelser som har behov for mer spesialisert behandling får dette på Sykehuset Kalnes.

De siste årene har det vært en stor vekst i antallet pasienter som får tilbudet sitt i poliklinikk eller som hjemmebehandling. Dette er helt i overensstemmelse med føringer gitt fra myndighetene. Samtidig erfarer vi at bruken av døgnplasser reduseres. Ved Edwin Ruud står til eksempel rundt 3-4 av 12 døgnplasser til enhver tid ledig. Vi erfarer videre også at det er svært vanskelig å rekruttere tilstrekkelig antall leger til små døgnseksjoner. Å leie inn leger er svært kostbart, og har derfor uheldige konsekvenser for andre deler av det tilbudet som vi skal gi.

Dette er hovedgrunnen til at Sykehuset Østfold nå reduserer antall døgnplasser innenfor DPS-ene. Fra august legges ned 10 plasser ved DPS Fredrikstad (fra 28-18). Frigjorte ressurser overføres til poliklinisk og ambulant virksomhet. Samtidig foreslås det at døgnkapasiteten/plassene ved DPS Nordre Østfold-Edwin Ruud omstruktureres og flyttes til Kalnes. Det vil her bli etablert en egen akuttseksjon for DPS-pasienter. DPS Nordre Østfold har i dag virksomhet både i Moss og på Edwin Ruud i Eidsberg. Begge lokalisasjonene tilbyr både utredning og behandling i poliklinikk og i døgnseksjoner. De har videre et felles ambulant team som følger opp pasienten hjemme/utenfor institusjon.

Pasienter fra kommunene i Indre Østfold som i framtiden vil ha behov for døgnbehandling vil få dette fortrinnsvis ved DPS Moss eller på Kalnes. Det polikliniske tilbudet vil fortsatt være lokalisert i Indre Østfold. De aller fleste voksne pasientene med psykiske lidelser får sin behandling ved poliklinikkene. Det er derfor svært viktig at disse fortsatt er lokalisert nært der folk bor, - i alle fem distriktene i Østfold. DPS Nordre Østfold vil med denne endringen få samme struktur som DPS Halden-Sarpsborg, der man siden 2008 har hatt to poliklinikker, men bare en felles døgnseksjon".

**Skriftlig spørsmål fra Ketil Kjenseth (V) til helse- og omsorgsministeren**

**Dokument nr. 15:1289 (2015-2016)**

**Innlevert: 14.06.2016 Sendt: 15.06.2016**

**Besvart: 23.06.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie**

**Spørsmål**

Ketil Kjenseth (V): Vil statsråden ta initiativ til å utrede investering i og kompetanse knyttet til en såkalt åpen MR-maskin i Norge?

**Begrunnelse**

NRK omtalte 11. juni en pasient som har gått med store nakkesmerter i 19 år etter en arbeidsulykke. Pasienten opplevde å ikke få en diagnose, mange ulike råd og behandlinger og som siste utvei fra norske helsevesen ble det foreslått nerveblokkering og antidepressiva. I januar i år ble pasienten med på en organisert tur til Medserena Upright MRI Centre i London for undersøkelse i en såkalt åpen MR-maskin med en oppreist skanner – det vil si at pasienten kan stå eller sitte og ikke bare ligge. I løpet av en dag ble det stilt en detaljert diagnose for pasienten og lagt et behandlingsforløp – uten inngrep og uten antidepressiva. I løpet av 19 uker har britisk helsehjelp gjort pasienten smertefri, mens vi i Norge ikke greide å hjelpe på 19 år. Pasienten har lagt ut om lag 80 000 kr selv for å få hjelpen i England, uten å få noe refundert fra Norge.

Nakke-, rygg- og kjevepasienter i Norge har over flere år tatt til orde for mer forskning, økt kompetanse, bedre diagnostikk og bedre behandling i Norge. Å investere i en åpen MR-maskin, som Skottland med en befolkning på størrelse med Norge, tok i bruk allerede i 2002, kan være ett mulig bidrag. Et annet kan være å gi pasienter uten eller med usikker diagnose, mulighet til en såkalt second opinion i et annet land – etter avtale med norske helsemyndigheter. En tredje mulighet er å gi disse pasientgruppene anledning til å bli diagnostisert i utlandet, mot refusjon fra norske helsemyndigheter, tilsvarende slik det i dag gis refusjon for visse typer behandling i utlandet – gitt at en har fått innvilget rett til behandling. Andre muligheter, som uansett må prioriteres, er å styrke FoU og behandlingsrettede tiltak i Norge.

NRK har vært i kontakt med Oslo Universitetssykehus og flere helseforetak. Ingen av dem har planer om å anskaffe en åpen MR-maskin og stiller seg tvilende til behovet i Norge. I følge Helsedirektoratet har Norge en relativt høy forekomst av nakkeskader, mange knyttet til trafikk- og arbeidsulykker.

**Svar**

Bent Høie: Diagnostikk og behandling i Norge av pasienter med nakkeskader må være basert på tilgjengelig internasjonal kunnskap og vitenskapelig dokumentasjon. Som representanten Kjenseth er inne på, har

spørsmålet om tilgang til stående (funksjonell) MR- undersøkelse av pasienter med nakkeskade vært tatt opp tidligere av pasientorganisasjonen for nakkeskadde, av media og i Stortinget. Det har tidligere blitt innhentet vurderinger fra de nasjonale kompetansetjenestene og de fremste fagmiljøene ved norske universitetssykehus. Disse har ment at det ikke er dokumentert behov for slike undersøkelser i et omfang som vil forsvare investering og drift av en slik maskin. Helsedirektoratets vurdering har vært at det ikke foreligger sikker dokumentasjon for at funksjonell MR vil ha avgjørende betydning for diagnostikken.

Vurdering av hvilke undersøkelser som er mest relevante for å kunne stille diagnose må baseres på et faglig grunnlag, og representanten Kjenseths spørsmål er derfor forelagt Helsedirektoratet til uttalelse. Helsedirektoratet refererer til en oversiktsartikkel fra 2011 (Dahabreh IJ et al, Ann Intern Med 2011;155:616-624) hvor man gikk igjennom 57 publiserte vitenskapelige studier angående «MRI under loading stress», og konkluderte med at det ikke er noen dokumentert nytteverdi av slike undersøkelser utover ordinære MR- undersøkelser. Ifølge Helsedirektoratet hadde de publiserte studiene små pasientgrupper, og det var få rapporter om pasientrelaterte resultater. Det var få studier med sammenligning mellom konvensjonell MRI og belastnings-MRI, og resultatene var utilstrekkelige til å konkludere med klinisk nytte. Etter Helsedirektoratets vurdering er diagnostikk med stående MR faglig omstridt og ikke allment akseptert hverken i det radiologiske eller det kirurgiske fagmiljøet. Verdien av slik diagnostikk for større grupper av pasienter med nakkeskade er ikke vitenskapelig dokumentert.

Beslutninger om innføring av ny teknologi i spesialisthelsetjenesten skal skje gjennom system for Nye metoder, og skal baseres på kunnskapsbasert beslutningsgrunnlag (metodevurderinger) som utarbeides av bl.a. Kunnskapscenteret i Folkehelseinstituttet. Beslutninger fattes i Beslutningsforum av de fire administrerende direktører i de regionale helseforetak. Om innføring av en slik ny teknologi skal vurderes i fremtiden, må det være gjennomført vitenskapelige studier om blant annet nytteverdi og kostnadseffektivitet av den nye metoden som skal brukes som grunnlag for en metodevurdering.

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

**Dokument nr. 15:1282 (2015-2016)**

**Innlevert: 13.06.2016 Sendt: 14.06.2016**

**Besvart: 22.06.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie**

#### **Spørsmål**

Torgeir Micaelsen (A): Er det riktig at det ved klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi ved Oslo universitetssykehus står 15 782 pasienter på såkalt intern venteliste, finnes det tilsvarende tall for de andre klinikkene ved OUS og når skal Stortinget få disse tallene opplyst for OUS og sykehusene i landet for øvrig?

#### **Begrunnelse**

Jeg viser til svar på spørsmål 15:1183 og 15:1184 som ba om fremleggelse av en komplett oversikt over eksterne og interne ventelister på en rekke nivåer. Statsråden svarer ikke på spørsmålet, men viser i stedet til en lang rekke argumenter for hvorfor det er sannsynliggjort at antall ventende og ventetidene faller. Jeg tillater meg derfor å spørre på nytt.

Kim Alexander Tønseth, klinikkssjef for Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi ved Oslo universitetssykehus (OUS), opplyser til Dagens Medisin den 26.05.16 at det på hans klinikk står 15 782 pasienter på såkalt internventeliste. Vi må derfor forutsette at disse tallene for såkalt «intern venteliste» finnes, både på den omtalte klinikken ved OUS, for de andre klinikkene på OUS og i andre helseforetak. Dette er informasjon som Stortinget nå krever å få se i en form som gjør den sammenlignbar for årene fra 2011 til denne dag. Jeg ber om at Stortinget får det tallgrunnlaget regjeringen og sykehusene sitter på, brutt ned på enkeltforetak, helseregioner og samlet for landet i en form som er forståelig og sammenlignbar. Dersom det er informasjon som mangler for en eller flere av klinikkene eller sykehusene, ber jeg om at dette opplyses, men at dette ikke er til hinder for å gi Stortinget tallene og dokumentasjonen på det som det er mulig å legge frem.

#### **Svar**

Bent Høie: La meg først slå fast at det ikke er noe kritikkverdig eller noe som er galt i at sykehusene har oversikter eller lister over hvor mange pasienter som er i pågående forløp, eller såkalte "interne ventelister". Sykehusene er store og komplekse virksomheter. I 2015 ble det utført om lag 7 mill. utredninger og behandlinger ved somatiske sykehus og i overkant av 1,9 mill. unike pasienter fikk helsehjelp. I tillegg kommer pasientbehandling innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Dette omfatter alt fra behandling av ø-hjelps pasienter, til behandling av elektive pasienter og kronikere som går til regelmessig kontroller. Skal sykehusene lykkes med å sikre god ressursutnyttelse og gode pasientforløp krever det lang planleggingshorisont. Dette betyr bl.a. at sykehusene til enhver tid må ha oversikt over hvor mange pasienter som er i pågående forløp.

I debatten vi har hatt den siste tiden brukes begrepet "interne ventelister" og ord som skjulte ventelister og hemmelighold om pasienter som er i pågående forløp i sykehusene. Disse begrepene er misvisende fordi sykehusene er nødt til å ha gode oversikter for å kunne gi alle pasienter rask og god behandling innen medisinsk forsvarlig tid. Helseregioner må jobbe enda mer med å ha slike oversikter.

Jeg har forelagt spørsmålet fra stortingsrepresentant Torgeir Micaelsen for Helse Sør-Øst RHF. Helse Sør-Øst svarer at i Klinikk for Hode, hals og rekonstruktiv kirurgi ved Oslo universitetssykehus HF (OUS) er det per 15. juni 2016, 17260 pasienter totalt i pågående forløp. Disse fordeler seg slik på fagområder: 1459 pasienter i Plastikk- og odontologi, 92 pasienter i Kjeve- og ansiktskirurgi, 3716 pasienter i Plastikk og rekonstruktiv kirurgi, 4928 pasienter i Øre- nese- hals og 7065 pasienter i Øye. Helse Sør-Øst opplyser om at det er mulig å skaffe tilsvarende tall fra de andre klinikkene ved OUS, men at det er en noe tidkrevende prosess.

Den ordinære ventelistestatistikken fra Norsk pasientregister (NPR) måler antall ventende henvisninger som er registrert for elektiv behandling på et gitt tidspunkt. Det rapporteres ikke på antall pasienter/henvisninger i pågående forløp fra helseforetakene til NPR. Det er derfor vanskelig å sammenstille god og sammenlignbar statistikk av god kvalitet på dette.

Pasienter som tas av venteliste etter å ha startet opp utredning, skal få videre oppfølging og eventuell behandling på en forsvarlig måte. For å følge opp pasientene i pågående forløp har Helse Sør-Øst etablert en indikator, Tentativ tid for kontakt, som viser antall pasienter der planlagt dato for videre oppfølging eller kontakt er passert. Denne indikatoren kan være et uttrykk for kapasitets- eller planleggingsutfordringer, og brukes av Helse Sør-Øst og sykehusene i regionen til styring og oppfølging.

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

**Dokument nr. 15:1253 (2015-2016)**

**Innlevert: 08.06.2016 Sendt: 09.06.2016**

**Besvart: 17.06.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie**

#### **Spørsmål**

Rigmor Aasrud (A): Hva er bevilgningene til psykiatri i Sykehuset Innlandet i 2016 sammenlignet med 2013 (2013 tall), og hva er bevilgningen til private tilbydere innen psykisk helse lokalisert i Hedmark og Oppland i samme periode?

#### **Begrunnelse**

Jeg viser til statsrådets svar på mitt spørsmål nr. 1172 hvor statsråden opplyser at han har stilt krav om at de regionale helseforetakene skal prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling på regionnivå. Denne veksten har ikke nådd Sykehuset Innlandet. Samtidig ser det ut til at flere private tilbud får økte bevilgninger.

#### **Svar**

Bent Høie: Helse- og omsorgsdepartementet har bedt Helse Sør-Øst RHF om informasjon for å besvare spørsmålet. Helse Sør-Øst har innhentet en redegjørelse fra Sykehuset Innlandet HF.

I følge Helse Sør-Øst hadde divisjonen for psykisk helsevern ved Sykehuset Innlandet i 2013 et basisrammetilskudd på 1 330 mill. kroner. I årene 2014 til 2016 har basisrammetilskuddet blitt redusert med 87 mill. kroner målt i 2013-tall. Divisjonen har utover dette mottatt kompensasjon for bl.a. økte kostnader til pensjon og fritt behandlingsvalg med til sammen 96 mill. kroner. Divisjonens basisrammetilskudd er i 2016 1 339 mill. kroner målt i 2013-tall.

Helse Sør-Øst opplyser at de har avtale med ti private institusjoner innen psykisk helsevern, hvorav én (Friskstiftelsen) er lokalisert innenfor det geografiske ansvarsområdet til Sykehuset Innlandet. Dette avtaleforholdet ble inngått gjennom en regional anskaffelse i 2015 som omfattet psykisk helsevern samlet. Det var før dette tidspunktet ingen private leverandører innen psykisk helsevern lokalisert i Hedmark/Oppland. Helse Sør-Øst opplyser videre at alle avtalene innen psykisk helsevern er en del av ordningen fritt sykehusvalg og rekrutterer pasienter fra hele regionen. Helse Sør-Øst har, på vegne av alle helseforetakene i Helse Sør-Øst, inngått avtaler med private institusjoner om leveranser av tjenester innen psykisk helsevern. Bruken av disse tjenestene varierer i stor grad mellom de ulike sykehusområdene. Inntektsmodellen i Helse Sør-Øst avregner helseforetakene for deres relative andel bruk av private tjenester.

Helse Sør-Øst kan for øvrig av konkurransemessige forhold ikke oppgi kontraktssummen for avtalen med Friskstiftelsen. Det kan imidlertid opplyses at det samlede budsjettet for alle avtalene innen psykisk helsevern var på om lag 409 mill. kroner i 2013, mens det i 2016 er på 528 mill. kroner (484 mill. kroner i 2013-tall).

**Skriftlig spørsmål fra Laila Gustavsen (A) til helse- og omsorgsministeren**

**Dokument nr. 15:1240 (2015-2016)**

**Innlevert: 07.06.2016 Sendt: 07.06.2016**

**Besvart: 15.06.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie**

**Spørsmål**

Laila Gustavsen (A): Hva er status for arbeidet og hva har helseministeren gjort for å sikre at bemanningen er forsvarlig på norske fødeavdelinger?

**Begrunnelse**

Oppslag i Aftenposten 20 mai 2016, samt Drammens Tidende den 3 juni viser at jordmødre gruer seg til å gå på jobb i sommer og varsler om sprengt kapasitet, for få på jobb, stort arbeidspress, og en følelse av å ikke strekke til og kunne gi de fødende et godt tilbud.

I Drammens Tidende skrives det også om et sykefravær på mellom 11-13 % noe som også fører til svært høy arbeidsbelastning på de som er på jobb, samt utstrakt bruk av vikarer. Utviklingen på landsbasis skyldes bl.a. at flere mindre fødesteder er stengt mens kapasiteten i byene ikke er bygd ut tilsvarende. I Vestre Viken er det også kapasitet i Kongsberg, noe som kunne vært et godt tilbud til de som bor nærmere det sykehuset. Men da må det være planlagt at fødselen skal skje på Kongsberg i fra starten av svangerskapet.

I fødselsomsorgen har Stortinget stilt tydelige krav. Et av dem er at fødetilbudet ved norske sykehus ikke skulle svekkes av økonomiske årsaker. Derfor ba komiteen Helse og Omsorgsministeren stille krav til de regionale helseforetakene om at det ikke skal foretas økonomisk motiverte omstillinger som medfører til et dårligere helsetilbud.

Regjeringen Stoltenberg la fra både en stortingsmelding om fødselsomsorgen og styrket sykehusenes økonomi med 12 milliarder over 4 år. Dessverre er ikke Regjeringens viktigste prioritering penger til fødende og til sykehus, men til skattekutt. Hver dag har helseministeren prioritert 50 millioner i skattekutt fremfor pasienter han har ansvaret for.

Arbeiderpartiet er fornøyd med at flere foretak sier de har styrket bemanningen de siste årene, men når det nærmer seg sommer og høysesong for fødsler og ferie blir utfordringene ekstra synlige.

I kvalitetskravene til fødselsomsorgen er det slått fast at bemanningen må være tilstrekkelig for å ivareta forsvarlig overvåking og behandling. I en kartlegging Jordmorforbundet har gjort omtalt i Aftenposten den 17 juli 2015 oppgir halvparten av jordmødrene at de ikke får overvåket den fødende kvinnen tilstrekkelig under fødsel. En av fire sier at de må avvise kvinner som er i aktiv fødsel fra fødeavdelingen og at det sjelden er nok jordmødre til å følge opp kvinnene individuelt. Vi har og skal ha en av verdens tryggeste fødetilbud men det er uholdbart at mange jordmødre gruer seg til å gå på jobb fordi de frykter for tilbudet til de som skal føde.

På spørsmål fra Torgeir Micaelsen (dok 15/608 i februar i år) skriver Statsråden at helseforetakene må utvikle systemer for bemanningsplanlegging ved store svingninger og at det jobbes med dette.

**Svar**

Bent Høie: Sommeren er en travel periode på alle fødeinstitusjoner. Mens sesongvariasjonene tidligere var slik at det ble født flest barn om våren, fødes det nå ifølge Statistisk sentralbyrå 35% flere barn i juli måned enn i desember. Når det samtidig skal avvikles ferie for de ansatte, blir sommerperioden ekstra krevende.

Utfordringen om sommeren er først og fremst tilgang på personell, spesielt jordmødre, og ikke økonomi.

Det er helseforetakene som har ansvar for at fødetilbudet er forsvarlig og at det tilfredsstillende de nasjonale kvalitetskravene i St.meld. Nr. 12 om fødselsomsorg fra 2009 og Helsedirektoratets veileder "Et trygt fødetilbud". Helseforetakene har flere tiltak for å møte utfordringene om sommeren. Ferie fordeles, det lages egne sommervaktplaner, det utlyses sommervikariater, og det sendes bestillinger til vikarbyrå. Det inngås også avtaler med eget personale om merarbeid og overtid.

Retten til fritt sykehusvalg gjelder for fødende, men hvis sykehuset ser at det ikke kommer til å ha kapasitet på tidspunktet rundt fødselsterminen, kan de henvise til annen fødeinstitusjon med bedre kapasitet hvis det er i samsvar med gjeldende seleksjonskriterier. Kvinnene det gjelder skal få informasjon om dette i god tid før fødselen.

Når det gjelder helseforetakenes økonomiske rammer, har regjeringen lagt til rette for en høyere vekst i pasientbehandlingen i våre tre budsjetter, sammenliknet med hva de rødgrønne fikk vedtatt gjennom sine åtte. Dette viser at regjeringen satser på og prioriterer sykehusene, eller viktigere, vi prioriterer pasientene.

**Skriftlig spørsmål fra Laila Gustavsen (A) til helse- og omsorgsministeren**

**Dokument nr. 15:1235 (2015-2016)**

**Innlevert: 06.06.2016 Sendt: 07.06.2016**

**Besvart: 14.06.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie**

**Spørsmål**

Laila Gustavsen (A): Har statsråden bidratt aktivt gjennom styringsdialog eller på annen måte til at pasientene i Vestre Viken og ellers i landet blir satt på en ny venteliste uten juridisk bindende frist?

**Begrunnelse**

Pasienter som blir 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 2013 til desember 2015 sank andelen fristgrudd fra 5,2 til 1,1% og ventetiden sank i samme periode fra 72 til 61 dager i følge tall fra Norsk Pasientregistrering. Tall viser imidlertid at færre blir satt i kø for behandling men derimot i kø til utredning. På denne måten unngås fristbrudd, samtidig som ventetiden tilsynelatende går ned. Dette er uheldig og i strid med loven og Stortingets intensjoner.

Dagens Medisin og NRK (26.05.16) viser til at det fra 1.11-15 ble satt en frist på 10 dager for å vurdere behovet til ny henviste pasienter og at det derved kan være en vridningseffekt og et utslag av politisk press for å redusere ventetid og fjerne fristbrudd.

Vestre Viken helseforetak viser samme trend som ellers i landet. Tall fra Norsk Pasientregister viser at det i april i år var 9735 ny henviste pasienter på venteliste i Vestre Viken HF. Av disse ble kun 809 henvist til behandling, mens 8926 er henvist til utredning. I tillegg er 1448 vurdert å ikke ha behov for hjelp i spesialisthelsetjenesten i Vestre Viken i april i år. Mens det var 192 fristbrudd april 2012 var det 20 fristbrudd i 2015. Forskjellen tilbake til april 2012 med andre ord påfallende stor.

Dersom en skal legge oppslaget i Dagens Medisin 26.05-2016 til grunn, som om dette har blitt en gjennomgående praksis. I oppslaget hevdes det at klinikkjefer sier at "man tar bare pasienten inn til poliklinikken så er fristen løst" En slik praksisering svekker pasientrettighetene og er i strid med lovgivers intensjon.

**Svar**

Bent Høie: Nei, jeg har ikke bidratt gjennom styringsdialogen eller på annen måte til at pasientene i Vestre Viken eller ellers i landet blir satt på en ny type venteliste uten juridisk bindende frist.

Fristen for oppstart av enten utredning eller behandling i spesialisthelsetjenesten er oppfylt først når en pasient får en reell oppstart på pasientforløpet. Det er derfor ikke tilstrekkelig at sykehuset innkaller pasienten til en time, dersom nødvendig utredning faktisk ikke kommer i gang. En slik praksis vil være i strid med regelverket, og er selvsagt uakseptabelt.

Vi har sett en endring i form av at flere pasienter gis frist for utredning og tas ut av ventelistene når utredningen er påbegynt. Norsk pasientregister har tall for dette tilbake til 2011. Tallene viser at andelen nyhenviste pasienter til utredning har økt fra 2011 til 2015. Vi vet ikke hvorfor andelen pasienter som vurderes til å ha behov for utredning, er større nå enn tidligere. Det kan skyldes pasientenes behov, ønske om grundigere utredning før behandling, endrede rutiner, eller noe annet. Vi har heller ikke et medisinskfaglig kunnskapsgrunnlag som kan bekrefte hva som er riktig andel. Jeg vil derfor be Helsedirektoratet om å se grundig på denne problemstillingen. Praksis skal undersøkes opp mot regelverket og prioriteringsveilederne. I møte 22. juni 2016 med de fire regionale helseforetakene vil jeg ta opp denne problemstillingen for å forsikre meg om at regelverket er riktig forstått.

Regjeringen har gjort en rekke grep for å redusere ventetiden for pasientene. Fra dag én var derfor oppdraget vårt til sykehusene tydelig; ventetiden skulle ned. Regjeringen vil ikke bare redusere ventetiden til sykehus, men også ventetiden i sykehusene. At regjeringen har innført pakkeforløp for kreft, viser at vi tar helheten i forløpet på alvor. 30 000 pasienter har nå kommet i pasientforløp. I pakkeforløpet får pasienten definerte tider til utredning, diagnostisering, beslutning og oppstart behandling. Dette fordi all venting betyr noe for pasientens opplevelse i møtet med helsetjenesten.

Den ordinære venteliste-statistikken, som måler tid til oppstart av helsehjelp, viser at ventetiden går ned. Trenden med fallende ventetid bekreftes også av et annet ventetidsmål fra Helsedirektoratet. Dette målet viser tiden fra henvisningen er mottatt i sykehuset til pasienten har fått en bestemt utredning eller behandling, for 300 000 pasienter. Disse tallene er tilgjengelige fra 2013 til 2015. Målet gir informasjon om utvalgte forløp, og er en detaljering av venteliste-statistikken. Tallene viser en nedgang i median ventetid på 7 dager fra 2013 til 2015. Resultatene støtter ikke påstanden om økte såkalte interne ventelister som følge av vridning fra rett til behandling til rett til utredning

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

**Dokument nr. 15:1223 (2015-2016)**

**Innlevert: 03.06.2016 Sendt: 06.06.2016**

**Besvart: 14.06.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie**

**Spørsmål**

Kjersti Toppe (Sp): Sykehuset Telemark HF har mottatt endeleg rapport frå Fylkeslegen i Telemark, som konstaterer fleire svært alvorlege lovbrøt.

Vil statsråden instruere Helse Sør Øst om å gjennomføre nødvendige utskiftingar i statens styrerepresentantar i styret i Sykehuset Telemark HF, slik at Fylkeslegens rapport får ein naturleg konsekvens for dei som ikkje har gjort ein god nok jobb?

**Begrunnelse**

Sykehuset Telemark HF har mottatt endeleg rapport frå Fylkesmannen i Telemark, som konkluderer med lovbrøt: Pasientbelegget er uforsvarleg høgt på to sengepostar, foretaket sikrar ikkje forsvarleg bemanning og pasientar som blir lagt på andre sengepostar enn dei skulle vore, får ikkje forsvarleg oppfølging. Fylkeslegen skildrar avvika som svært alvorlege, som kan få store konsekvensar for pasientane.

Tilsynet starta etter at Fylkesmannen i Telemark fekk skriftleg varsling frå føretakstillitsvalde for Yngre Legers Forening (YLF) i Telemark. Saka si alvorlegheitsgrad blei etter kvart tydeleg, og det blei understreka blant anna av fleire saker med alvorlege komplikasjonar i pasientbehandlninga ved Sykehuset Telemark HF i Skien i løpet av 2015. Det vart blant anna meldt 3 saker med dødsfall i Kirurgisk klinikk, dessutan vart det meldt om ein alvorleg hending i Medisinsk klinikk som nesten enda med dødsfall. I alle dei fire sakene blei det konstatert uforsvarlege pasientbehandling, og i alle fire sakene var det indikasjonar på at saken hadde samanheng med høgt pasientbelegg og stor arbeidsmengde for personalet.

Spørsmålsstillar meiner at denne rapporten må få konsekvensar for dei ansvarlege.

**Svar**

Bent Høie: Helsetilsynet har gjennomført tilsyn ved Sykehuset Telemark, hvor de har sett på pasientbelegget og om det har vært gitt et forsvarlig pasienttilbud ved kirurgisk klinikk og medisinsk klinikk i Skien. Sykehuset Telemark har opplyst at de tar tilsynssaken svært alvorlig, og at de vil bruke rapporten til læring og forbedring, i tillegg til de tiltakene som de allerede har satt i verk. Sykehuset har frist til 15. oktober med å lukke avvikene.

Jeg legger til grunn at styret ved Sykehuset Telemark følger opp denne saken videre.

Helsetilsynet har som tilsynsmyndighet ansvar for å vurdere om tjenestene ved sykehuset blir drevet på en faglig forsvarlig måte, og i tråd med lovkravene. Nå som helseforetaket har mottatt den endelige rapporten, skal man inn i en prosess for å korrigere de pliktbruddene som er påvist gjennom tilsynet. Fylkesmannen oppgir at Sykehuset Telemark allerede er i gang med sitt forbedringsarbeid. Sykehuset har frist frem til 15. oktober 2016 med å lukke avvikene og gi en tilbakemelding til Fylkesmannen om dette.

Jeg vil avslutningsvis understreke at det er styret i det regionale helseforetaket som har ansvar for å vurdere styrene i helseforetakene sin utøvelse av oppdraget.

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

**Dokument nr. 15:1220 (2015-2016)**

**Innlevert: 03.06.2016 Sendt: 03.06.2016**

**Besvart: 14.06.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie**

**Spørsmål**

Freddy de Ruiter (A): Kan statsråden redegjøre for hvordan arbeidet med veilederen for helseforetakenes utviklingsplaner er planlagt, herunder hvilke fagmiljøer, organisasjoner og etater som har vært involvert, og hvordan den eksterne kvalitetssikring i etterkant skal foregå?

**Begrunnelse**

I Innst. 206 S fra helse- og omsorgskomiteen om Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019) heter det at komiteens flertall «er positiv til at det utarbeides et eget kvalitetssikringssystem for helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner i form av en veileder».

Det viser seg at veilederen er utarbeidet av RHFene under ledelse av Helse Sør-Øst. Oppdraget ble gitt allerede i foretaksmøtet i januar, men er ikke omtalt i oppdragsdokumentet. Oppdraget ble altså gitt lenge før Stortinget hadde avgitt sin innstilling.

Det ferdige produktet som nå benyttes i foretakene er svært kortfattet og det er lite tydelig hvilke krav og forventninger som stilles til selve innholdet.

Det er relevant for Stortinget å få innsyn i denne prosessen, for å sikre at departementets oppfølging svarer til flertallets forventninger.

**Svar**

Bent Høie: Oppdraget med å utvikle en veileder for utviklingsplanarbeidet ble gitt i mitt foretaksmøte med de fire regionale helseforetakene den 22. januar i år og står omtalt i protokollen fra møtet. Det ble satt krav om at oppdraget skulle gjennomføres i fellesskap mellom regionale helseforetak og i regi av Sykehusbygg.

Sykehusbygg HF fikk ved sin etablering ansvar for å vedlikeholde og utvikle ulike veiledere for sykehusprosjekter, som Kompetansenettverket i Helsedirektoratet tidligere hadde ansvar for. Det ble nedsatt en styringsgruppe med representanter fra de regionale helseforetak, som representerte ulike fagområder. Helse- og omsorgsdepartementet hadde to observatører i dette arbeidet. Sekretariatet for arbeidet besto i representanter fra Sykehusbygg og Helse Sør-Øst. I foretaksmøtet i januar i år ble det også gitt styringssignaler om at utviklingsplanene skal kvalitetssikres av eksterne fagmiljøer, tilsvarende nåværende system som gjelder for kvalitetssikring av konseptfasen ved investeringsbeslutninger.

Det foreligger nå en første versjon av veilederen for utviklingsplanarbeidet som ble behandlet i foretaksmøtet 4. mai i år. Veilederen vil bli jevnlig revidert. Jeg har allerede signalisert at viktigheten av dialog, kontaktpunkter og kommunikasjon, samt konsekvenser for kommunene konkretiseres nærmere.

**Skriftlig spørsmål fra Ruth Grung (A) til helse- og omsorgsministeren**

**Dokument nr. 15:1202 (2015-2016)**

**Innlevert: 01.06.2016 Sendt: 01.06.2016**

**Besvart: 08.06.2016 av helse- og omsorgsminister Bent Høie**

**Spørsmål**

Ruth Grung (A): Antallet henvisninger til spesialisthelsetjenesten som avvises er økende, ifølge tall fra NPR, gjengitt i Dagens Medisin og NRK.

Hva har statsråden foretatt seg for å få klarhet i årsakene til denne utviklingen, og hvilke tiltak har ministeren eventuelt iverksatt overfor fastlegene for å få klarhet i det økende antallet avviste pasienter?

**Svar**

Bent Høie: Innledningsvis vil jeg vise til mitt svar på spørsmål nr. 1064 (2015-2016), som også handlet om avviste henvisninger i spesialisthelsetjenesten. Her viser jeg til hvordan vurdering av henvisninger i spesialisthelsetjenesten skal skje, og presenterer tall som viser omfanget av avviste henvisninger.

I 2015 mottok spesialisthelsetjenesten om lag 1 600 000 henvisninger. Av disse ble om lag 203 000 henvisninger vurdert til å ikke ha behov for helsehjelp (avviste) i spesialisthelsetjenesten. Andelen avviste henvisninger utgjorde 12,7 prosent i 2015. Tilsvarende tall for 2012 var 9,8 prosent. Ifølge Helsedirektoratet er tallene noe usikre, og tallene kan derfor være for høye enn det er grunnlag for. Norsk pasientregister har ikke publisert tall for dette før 2012.

Som stortingsrepresentant Ruth Grung kanskje er kjent med, vil jeg be Helsedirektoratet redegjøre for årsakene til at flere tas av ventelistene ved utredning og færre ved behandling, og konsekvensene av en slik praksis, jf. oppslag i media om registrering av ventetider den siste tiden. Som en del av dette oppdraget, vil jeg også be

Helsedirektoratet se på årsakene til den svake økningen i tallene for avviste pasienter i spesialisthelsetjenesten.

I oppdragsdokumentet for 2016 ba jeg de regionale helseforetakene om å foreslå indikatorer som måler kapasitetsutnyttelse og effektivitet. De regionale helseforetakene har nå foreslått flere indikatorer der en indikator er antall avviste henvisninger. Forslagene er til vurdering i departementet. Indikatorerne er ment til bruk av departementet til styring og oppfølging av de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene skal også bruke indikatorerne til styring og oppfølging av sine sykehus.

Det er gjort mye for å sikre god samhandling og dialog mellom sykehus og fastlegene. Det er utarbeidet en henvisningsveileder som kan brukes av fastlegene som henviser til spesialisthelsetjenesten. Det er også laget diagnoseveiledere for pasienter som skal inn i kreftpakkeforløp – med koblinger til veilederen om henvisninger.

For å sikre helhetlige og koordinerte tjenester for pasientene, er kommuner og sykehus gjennom lov pålagt å inngå samarbeidsavtaler. Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen viser at et flertall av kommunene opplever at samarbeidsavtalene legger til rette for godt samarbeid og god arbeidsdeling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten.

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

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