

# Saksframlegg

**Saksgang:**

<b>Styre</b>	<b>Møtedato</b>
Styret Helse Sør-Øst RHF	27. september 2024

**Sak 097-2024**

**Driftsorienteringer fra administrerende direktør**

***Forslag til vedtak:***

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Hamar, 20. september 2024

Terje Rootwelt  
administrerende direktør

## **1. Ny helseberedskapsmodell, revisjon av Nasjonal helseberedskapsplan og rullering av Regional beredskapsplan i Helse Sør-Øst**

Nasjonal helseberedskapsplan gir grunnleggende og utdypende føringer for organiseringen av helseberedskapen i Norge. Planen redegjør for en rekke fagspesifikke lover og forskrifter, som også legger føringer eller har betydning for beredskapsarbeidet. Regional beredskapsplan i Helse Sør-Øst er strukturert i tråd med Nasjonal helseberedskapsplan.

Den regionale beredskapsplanen legger til grunn at beredskapsplaner på alle nivåer i helsetjenesten skal inngå i virksomhetens kvalitetssystem og skal rulleres og øves årlig. Gjeldende versjon av planen ble forelagt for styret i Helse Sør-Øst RHF 29. september 2023 (sak 103-2023). I den versjonen ble det foretatt mindre justeringer, inklusiv omtale av to nye delplaner, hhv. for bildediagnostikk og laboratorietjenester.

Videreutvikling og forbedring av beredskapsplaner i Helse Sør-Øst er en dynamisk prosess som involverer alle foretakene. Oppdatering av regional beredskapsplan skjer fortløpende, og det foretas mindre endringer ved behov. Det er siden sist revisjon etablert ytterligere to delplaner til regionalberedskapsplan - hhv. Regional beredskapsplan for bortfall av ekom samt Regional beredskapsplan for CBRNE-området. Bakgrunnen for etablering av delplaner omhandler bl.a. gjennomført kartlegging av ekom i Helse Sør-Øst og økt fokus på CBRNE-hendelser, som følge av den sikkerhetspolitiske situasjonen.

Helseberedskapsmeldingen (Meld. St. 5) ble fremmet for Stortinget i november 2023. I meldingen redegjøres det for en betydelig omlegging av helseberedskapsmodellen. Modellen skal gi bedre grunnlag for det strategiske beredskapsarbeidet, gjennom tydeligere styring, prioritering og koordinering av helsesektoren i det daglige og i kriser.

Modellen består av et nytt helseberedskapsråd og sekretariat ledet av Helse- og omsorgsdepartementet, rådgivende ekspertutvalg for helsekriser og seks utvalg på etatsnivå. Utvalg for sivil-militært helseberedskapssamarbeid skal videreutvikles og det samme gjelder utvalg for smittevern. I tillegg skal det etableres et utvalg for digital sikkerhet. Disse tre utvalgene skal ledes av Helsedirektoratet. Videre skal det etableres et utvalg for forsyningssikkerhet for medisinske produkter som skal ledes av Direktoratet for medisinske produkter (DMP), og et utvalg for vannforsyning som skal ledes av Mattilsynet. Kriseutvalget for atomberedskap skal videreføres og fortsatt ledes av Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet. Utvalgene skal bl.a. bidra til risiko- og sårbarhetsanalyser, utarbeidelse av scenarier, gjennomføre øvelser og redegjøre for planforutsetninger. Utvalgene har startet møteaktivitet, og det arbeides med fastsetting av endelige mandat. De regionale helseforetakene er involvert i arbeidet i utvalgene.

I helse- og omsorgssektoren har det vært etablert en praksis å delegere den nasjonale koordineringen av helsesektorens innsats i kriser og det å iverksette nødvendige tiltak på statlig nivå til Helsedirektoratet. Delegasjonen har medført at direktoratet i kriser har fått fullmakt til å koordinere helsesektoren og utføre oppgaver de til daglig ikke har. Ny helseberedskapsmodell endrer dette.. Det innebærer at Helse- og omsorgsdepartementet, og ikke Helsedirektoratet, skal koordinere håndteringen innad i helsesektoren ved store, sektorovergrepene og tverrsektorielle kriser. Beslutninger vil fattes i ordinær linje i samsvar med ansvars- og nærhetsprinsipper og etter råd fra etater og fagmiljøer der det er relevant.

Ett av oppfølgingspunktene i helseberedskapsmeldingen er at Helse- og omsorgsdepartementet skal revidere Nasjonal helseberedskapsplan fra 2018:

*I Nasjonal helseberedskapsplan redegjøres det samlet for helseberedskapsorganiseringer, herunder ulike etater og virksomheters oppgaver og ansvar. Nasjonal helseberedskapsplan vil bli revidert i etterkant av Stortingets behandling av denne melding (s. 12).*

Det er to klare henvisninger til helseberedskapsplanen i meldingen. Den ene gjelder viktigheten av å styrke samarbeidet i kriser som rammer helsesektoren, mens den andre gjelder evnen til prioritering, omstilling og fleksibilitet i sektorens beredskapsplanlegging og håndtering av ekstraordinære hendelser. Som en del av dette skal også myndigheten til tilknyttede virksomheter avklares gjennom virksomhetsstyringen, og beskrives i den nasjonale helseberedskapsplanen.

Helse Sør-Øst RHF har gitt innspill til den kommende helseberedskapsplanen, herunder bl.a. knyttet til behov for tydeliggjøring av samvirke og samarbeid mellom helsetjenesten, næringslivet, frivillige organisasjoner, forsknings- og utdanningsmiljøer og Forsvaret. Videre er det pekt på behov for større omtale av langsiktige hendelser som favner bredt, samt håndtering knyttet til tilsiktede hendelser, væpnet konflikt og krig.

Endringer i nasjonal helseberedskapsplan, i tråd med ny helseberedskapsmodell vil medføre behov for strukturelle endringer i regional beredskapsplan i Helse Sør-Øst. Det tas sikte på at kommende revisjon av den regionale beredskapsplanen vil foretas i forbindelse med etablering av Nasjonal helseberedskapsplan. Det forventes ferdigstilling av denne ila. høsten 2024.

Gjeldende plandokument, med tilhørende delplaner er tilgjengelig på [Helse Sør-Østs nettsider](#). Regional beredskapsplan for bortfall av ekom samt Regional beredskapsplan for CBRNE-området er unntatt offentlighet jf. offl. § 24 og er derfor ikke tilgjengelig på Helse Sør-Østs nettsider.

## 2. ForBedring 2024

Målet med ForBedring-undersøkelsen er å fremme kontinuerlig lokalt forbedringsarbeid på alle nivåer i helseforetakene – fra enhet til foretak. Undersøkelsen skal ikke bare bidra til å styrke arbeidsmiljøet, men også til å fremme en robust sikkerhetskultur, der arbeidsmiljø og pasientsikkerhet blir sett i sammenheng. ForBedring er en del av virksomhetenes systematiske HMS-arbeid, samt deres kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid.

Helse Sør-Øst koordinerer gjennomføringen av ForBedring i alle helseregionene, mens Helse Vest utarbeider en samlet rapport. Rapporten gir oversikt over resultater for helseforetakene, regionene og spesialisthelsetjenesten som helhet. Undersøkelsen inkluderer også private/ideelle sykehus med driftsavtale med RHF, samt nasjonale heleide selskaper, totalt 48 virksomheter<sup>1</sup>.

Et sentralt mål er høy deltakelse. For at en virksomhet skal få en gyldig måling, er det satt et krav om minimum 70 % deltakelse. I 2024 ble spørreskjemaet sendt ut til 136 326 personer, og 102 594 svarte – en deltakelse på 75 % som er godt over kravet. Totalt ble 8 521 enheter kartlagt. I Helse Sør-Øst var deltakelsen 77 % (65 965 invitasjoner, 50 964 besvarte skjema), noe høyere enn det nasjonale gjennomsnittet. Helse Sør-Øst utgjorde rundt halvparten av undersøkelsen. Det er variasjoner både i deltakelse og resultater mellom helseforetakene, men fokuset skal være på det interne arbeidet med egne resultater, snarere enn benchmarking.

Hesledirektoratet har, gjennom pasientsikkerhetsprogrammet, etablert to indikatorer: Teamarbeidsklima og Sikkerhetsklima. Disse måles spesielt i undersøkelsen. Spørsmålene er relatert til melde- og forbedringskultur, som blant annet dekker avviksrapporing, trygghet til å si fra om kritikkverdige forhold, og åpen diskusjon om feil og hendelser for å lære av dem. Lav score eller stor spredning i oppfatninger internt i enhetene kan indikere økt risiko for pasientskader. Den nasjonale rapporten presenterer resultater og variasjoner for disse temaene. Hver virksomhet i Helse Sør-Øst får en egen oppfølgingsrapport, som inkluderer score på alle temaene for alle enheter med fem eller flere svar. Disse rapportene brukes aktivt i oppfølgings- og forbedringsarbeidet.

Ansattes opplevelse av det systematiske arbeidet med arbeidsmiljø og sikkerhetskultur måles under temaet Oppfølging. I 2024 var 70 % litt eller helt enig i at oppfølgingen fungerer, mens 11 % var litt eller helt uenige. 13 % svarte nøytralt, og 7 % valgte ikke å

---

<sup>1</sup> Vedlegg - AD-møtesak 065-2024 – Resultat Forbedring 2024  
[Nasjonal-rapport-forbedring-2024.pdf \(helse-sorost.no\)](#)

svare. På spørsmål om de selv føler seg involvert i oppfølgingen av undersøkelsen, svarte mange "ikke relevant/ønsker ikke å svare", spesielt nyansatte som ikke hadde deltatt i forrige undersøkelse. Av de som svarte, mente 54 % at de var involvert i oppfølgingen, mens 16 % mente de i liten grad eller ikke var involvert.

For å styrke oppfølgingsarbeidet har RHF-et, i samarbeid med IA-bransjeprogrammet i sykehus, utviklet et eget oppfølgingskonsept. På [www.sammenomforbedring.no](http://www.sammenomforbedring.no) har ledere, tillitsvalgte, verneombud og ansatte enkel tilgang til informasjon om undersøkelsen, vitenskapelig evidens, prosess-støtte og verktøy.

For å lykkes med å bygge gode arbeidsmiljøer og en sterk sikkerhetskultur, er det avgjørende at ledere på alle nivåer fremmer åpen og forbedringsorientert dialog blant de som samarbeider om å løse oppdraget.

### **3. Oppfølging av anbefalinger fra revisjonsrapporten om styring av IKT-leveranser til nytt sykehus i Drammen**

Det vises til rapport 12/2022 fra konsernrevisjonen om Styring av IKT-leveranser til nytt sykehus i Drammen – med leveranser fra Regional løsning for helselogistikk som case ved Vestre Viken HF, Sykehuspartner HF og Helse Sør-Øst RHF. Revisjonsrapporten ble oversendt Helse Sør-Øst RHF 16. november 2023. Rapporten identifiserte flere områder for forbedring i styringen av IKT-leveransene til nytt sykehus i Drammen.

Administrerende direktør orienterer i det etterfølgende om hvordan anbefalingene fra rapporten er fulgt opp gjennom en oppdatering av styringsstrukturen for IKT i byggeprosjekter i Helse Sør-Øst som beskrives i dokumentet Byggeprosjekter i Helse Sør-Øst RHF, styring av IKT, revisjon 3.0.

Revisjonsrapporten anbefalte å styrke styringen av tverrgående risikoer, avhengigheter og tiltak. Dette er nå ivarettatt gjennom etablering av koordineringsmøter for IKT per prosjekt (på programnivå for Nye Oslo universitetssykehus), som bidrar til at risikoer identifiseres og håndteres på tvers av prosjekter og organisasjoner. Her deltar nøkkelressurser fra byggeprosjektet, Sykehuspartner HF, helseforetaket, porteføljekontoret for den regionale IKT-porteføljen og Helse Sør-Øst RHF. Dette gir et helhetlig risikobilde og et bedre beslutningsgrunnlag for både prosjektledelsen og for eventuelle saker som må løftes i de respektive linjer.

Videre ble det anbefalt å tydeliggjøre forventningene til risiko- og avhengighetsstyring på tvers av foretaksgruppen. Den oppdaterte styringsstrukturen beskriver nå klare prinsipper for identifisering og håndtering av avhengigheter mellom byggeprosjekter og IKT-leveranser, og hvordan saker skal løftes i respektive linjer for avklaring og beslutning.

For å fremme samhandling på tvers av foretaksgruppen ble det anbefalt å skape incentiver for dette. Samarbeidsmøter og koordineringsmøter for IKT er nå etablert for å fremme samhandling og sikre at beslutninger og prioriteringer er godt forankret i alle relevante organisasjoner. I Samarbeidsmøte IKT møter administrerende direktør ved helseforetaket, administrerende direktør i Sykehuspartner HF, direktør Helse Sør-Øst RHF Teknologi og e-helse og direktør for HSØ Byggeprosjektet/-programmet. Her forankres saker og risiko på tvers av bygg- og IKT-prosjekter. Samarbeidsmøte IKT kan også være et verktøy for rask eskalering i de tilfeller hvor tidsfrister ikke overholdes, eller det oppstår usikkerhet rundt leveranseomfang. Samarbeidsmøtet kan imidlertid ikke beslutte på tvers av gjeldende styringslinjer, og er ikke et beslutningsforum til erstatning for saker som skal legges frem for henholdsvis byggeprosjektets styringsgruppe, IKT-prosjektenes styringsgrupper eller IKT porteføljestyret.

Revisjonsrapporten anbefalte også å forbedre rapporteringen og oppfølgingen av risikoer og tiltak. Det er nå innført rutiner for regelmessig rapportering av risikoer og avvik til styringsgruppen og koordineringsmøter, noe som bidrar til at tiltak iverksettes og følges opp på en systematisk måte.

Administrerende direktør mener den oppdaterte styringsstrukturen for IKT i byggeprosjekter i Helse Sør-Øst adresserer anbefalingene fra revisjonsrapporten og legger til rette for bedre styring, koordinering og risikohåndtering. Dokumentet Byggeprosjekter i Helse Sør-Øst RHF, styring av IKT, revisjon 3.0. er behandlet i Helse Sør-Øst RHF ledergruppe og formelt sendt ut til Sykehusbygg HF og Sykehuspartner HF. Det følges opp at struktur og prinsipper etterleves i prosjektene. Til informasjon arbeides det for tiden også med ytterligere forbedring av risikorapportering og -styring i byggeprosjektene.

#### **4. Status for Helse Sør-Øst RHF's arbeid med breddekompetanse, samt framskrivning av behov for legespesialister, knyttet til oppdrag for 2024**

Hensikten med saken er å orientere styret om arbeidet knyttet til oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) om framskrivning av behov for legespesialister, samt vurdering av utdanningskapasitet i breddespesialitetene generell kirurgi og indremedisin. På bakgrunn av oppdraget som er gitt, er det iverksatt tverrregionale initiativ samt et regionalt arbeid. I saken gis en oppsummering av de ulike arbeidene som Helse Sør-Øst har vært involvert i og arbeidet i egen region.

##### *Tverrregional arbeidsgruppe ledet av Helse Vest RHF*

Helse Vest RHF har på mandat fra AD-møtet ledet en tverrregional arbeidsgruppe som vil levere en rapport som et felles svar på oppdraget for HOD. Helse Sør-Øst RHF har deltatt med tre representanter i arbeidsgruppen. KTV for Akademikerne i HSØ har også deltatt. Gruppen ledes av fagdirektør i Helse Vest RHF. Rapporten «Breddekompetanse i indremedisin og generell kirurgi – viktige veivalg» gir en redegjørelse for utfordringene og

situasjonsbildet, vurdering av behov for økt satsning på utdanning av breddespesialister og forslag til andre tiltak for å sikre nødvendig breddekompetanse. Rapporten vil ligge til grunn for oppdraget fra HOD om å lage en oversikt over fremtidig behov for de ulike legespesialitetene og vurdering om behov for å opprette flere utdanningsstillinger i breddespesialitetene indremedisin og generell kirurgi. En referansegruppe, samt de interregionale PO/HR- og fagdirektørmøtene ga sine innspill i slutfasen. Rapporten skal oversendes HOD innen fristen 1. oktober etter behandling i AD-møtet 23. september. Det bør bemerkes at rapporten og konklusjonene nok i liten grad er forankret i fagmiljøene og utdanningsvirksomhetene i regionene.

I rapporten diskuteres mulige årsaker til at man de siste årene har sett en svekkelse av generalistkompetanse hos legene, og at færre unge leger søker seg til de såkalte breddespesialitetene indremedisin og generell kirurgi. Det pekes på ulike drivere som bl.a. endringer i spesialistutdanningen, økende kunnskapsmengde og legers strategiske valg av spesialisitet mht. vaktbelastning, økonomi og andre hensyn som påvirker balansen mellom arbeid og privatliv. Det redegjøres for mulige konsekvenser av økt spisskompetanse. Det er sannsynlig at dette vil påvirke kvalitete på pasientbehandlingen, effektivitet og robusthet i sykehusene samt utfordringer med å bemanne vaktlinjer med leger som har adekvat kompetanse. Særlig vil dette bli krevende for de mindre sykehusene. Arbeidsgruppen konkluderer med at det haster med å gjøre kraftfulle grep, og skisserer tre hovedanbefalinger når det gjelder tiltak:

1. Endringer i organisering og faginndeling i sykehusene
2. Tiltak for å styrke breddekompetanse i dagens utdanningsløp
3. Større revisjon av læringsmålene i indremedisinske og kirurgiske spesialiteter

Når det gjelder volum anbefaler arbeidsgruppen at det bør utdannes betydelig flere spesialister innen indremedisin og generell kirurgi.

Enkelte av de foreslåtte tiltakene kan gjennomføres relativt rask og innenfor dagens strukturer. Andre vil kreve større utredning og konsekvensanalyser med bred involvering av flere parter. Det forventes at det vil komme nye oppdrag knyttet til denne tematikken, og HSØ RHF vil jobbe videre med bred involvering fra utdanningsvirksomhetene og fagmiljøene i Helse Sør Øst.

#### *Helsedirektoratets rådslag*

Helsedirektoratet har fått oppdrag fra HOD om å gjennomgå læringsmål og videreutvikle spesialitetsstrukturen for å innrette spesialistutdanningen mot bl.a. behovet for breddekompetanse. Direktoratet gjennomførte i april et rådslag kalt «Generalistkompetanse, spesialitetsstruktur og innhold i spesialistutdanningen i de indremedisinske og kirurgiske spesialitetene» med ca. 40 deltakere fra hele landet. Fokus for diskusjonene var å definere av hva som menes med generalistkompetanse, samt innhold og struktur i spesialistutdanningen. Helsedirektoratet har meldt at de vil bruke høsten 2024 på å planlegge et større prosjekt for gjennomgang og restrukturering av spesialistutdanningen i de såkalte breddespesialitetene, herunder revisjon av læringsmål. De fire RHF-ene og andre aktører vil bli involvert i dette arbeidet.

### *Regionalt arbeid i Helse Sør-Øst*

Helse Sør-Øst har utarbeidet en handlingsplan for spesialistutdanningen av leger for perioden 2023-2025 som fikk tilslutning fra direktørmøtet i juni 2023. I handlingsplanen er dimensjonering trukket frem som ett av fire innsatsområder. Målsetningen for dette innsatsområdet er å utvikle en modell for framskrivning av behov for legespesialister og etablere et godt system for kvalitetssikret dimensjonering av utdanningskapasiteten. Antallet utdanningsstillinger må tilpasses framtidig behov. Det er videre satt som et delmål at «breddekompetanse er prioritert for å skape robuste fagmiljø og nødvendig vaktkompetanse i tråd med gjeldende sykehusstruktur».

Når det gjelder tiltakene i planen, omhandler disse blant annet at det skal utarbeides framskrivingsmodeller basert på data fra regional data- og analyseplattform (RDAP), utvikling av bl.a. Legestillingsregisteret og andre kilder for å sikre riktig datagrunnlag samt utvikle gode prosesser for dimensjoneringsvurderinger. En er godt i gang med dette arbeidet, men det er mange elementer i utdanningen som påvirker og er avhengig av hverandre og det vil ta noe tid før målsetningen om å etablere treffsikre framskrivningsmodeller er nådd.

Helse Sør-Øst RHF har i 2024 gitt foretakene følgende oppdrag:

*«Helseforetaket skal, med utgangspunkt i antallet LIS2/3-stillinger i 2023, kartlegge og utarbeide en oversikt over behov for endringer i utdanningskapasitet (LIS-stillinger) for å dekke opp behovet for overleger i de ulike sykehusspesialitetene. Det skal utarbeides en plan som særskilt beskriver hvordan dekke behovet for tilstrekkelig antall LIS og overlegestillinger innenfor breddespesialitetene generell indremedisin og kirurgi.»*

For at foretakene skulle kunne svare opp dette oppdraget på en hensiktsmessig måte, bisto RHF-et med datagrunnlag og konkretisering av noen spørsmål/vurderinger knyttet til utdanningskapasitet, organisering av vaktlinjer og sykehusstruktur, samt eventuelle tiltak for å rekruttere og stimulere LIS til å velge breddespesialitetene. Alle foretakene fikk tilsendt HR-data for leger (fra RDAP) ved deres sykehus, som et underlag for vurderingene. Det ble også bedt om en vurdering av om tilsendte HR-data stemmer overens med foretakets egne data angående antall stillinger, og eventuelt årsak dersom det er divergens mellom tallene.

Helseforetakene har gitt tilbakemeldinger om at dette har vært et svært krevende arbeid hvor det har vært utfordrende å gi presise vurderinger. Flere foretak erkjenner at det har vært liten strategisk oppmerksomhet på å tilpasse utdanningskapasitet til fremtidens behov for spesialister. Videre har det vært til dels utfordrende å skaffe til veie riktige analyser på hvor mange som er under utdanning i de ulike spesialitetene. HSØ RHF må ta til etterretning at datagrunnlaget i RDAP i mange tilfeller ikke stemmer helt med foretakenes egne vurderinger, og det er tydeliggjort at det er helt sentralt å etablere et regionalt arbeid for å sikre enhetlig registreringspraksis og målbylde for bla de nye hovedspesialitetene innen de indremedisinske fagene. RHF-et vil sørge for å videreutvikle datakvaliteten og analyseverktøyene, slik at HF-ene settes i stand til å gjøre gode analyser. Helseforetakene melder inn et ønske om et felles videre arbeid for å understøtte større planmessighet i spesialistutdanningen.



Utviklingen innen bredde spesialitetene/breddekompetanse har blant annet blitt aktualisert i Helsepersonellkommissjonen, Nasjonal Helse- og samhandlingsplan og i den nye (2019) utdanningsstrukturen for leger som omgjorde grensespesialitetene innen indremedisin til hovedspesialiteter, og skapte en del «uklarheter» knyttet til forholdet mellom generell kirurgi og gastrokirurgi. Foretakene viser i sine tilbakemeldinger litt ulike holdninger til hvordan de best kan og vil håndtere dette. Vi forventer at dette vil bli fulgt opp med nye oppdrag fra HOD, og videre arbeid i regionene.

## 5. Status regionalt multimediearkiv og andre regionale IKT-prosjekter

13. september tok Sykehuset i Vestfold HF i bruk den regionale radiologi- og multimediearkivløsningen og startet med regional løsning for digital patologi. Samtidig tok de i bruk ny løsning for interne henvisninger til radiologi fra DIPS. De tre prosjektene regional radiologi 2.0, digital patologi og regional EPJ modernisering har samarbeidet godt for å nå denne viktige milepælen. Oppstarten ble gjennomført som planlagt med noen mindre oppstartsproblemer som ble løst raskt. Dette var en viktig milepæl som de tre prosjektene har avhengighet til for å nå videre planer i høst om å ta i bruk regional radiologiløsning for Sørlandet sykehus HF samtidig med overgang til DIPS Arena, digital patologi for Oslo universitetssykehus HF og overgang til regional laboratorieløsning (*LIMS*) og digital patologi for Vestre Viken HF. Det er særlig verdt å merke seg de mulighetene det regionale multimediearkivet gir mht. å dele ulike type bilder/multimediefiler mellom de ulike sykehusene i Helse Sør-Øst.

## 6. Saker til oppfølging etter styremøter

Sak og dato	Oppfølging	Tiltak	Status
027-2024 <b>Målretting av regionale forskningsmidler for utlysning i 2024</b> 7. mars 2024	Styret ber om at krav til universell utforming ivaretas i vurderingen av forskningsprosjekter innen digitalisering.		Under oppfølging
035-2024 <b>Årsregnskap. Årsberetning og spesialisthelsetjenestens felles rapport for samfunnsansvar 2023</b> 26. april 2024	Styret ber administrerende direktør vurdere om kommende rapporter om samfunnsansvar bedre kan synliggjøre utviklingen på sentrale indikatorer. Styret ber også om at begrepsbruken gjennomgås, særlig når det gjelder forholdet mellom samfunnsansvar og bærekraft.	Følges opp ved kommende rapportering	Under oppfølging

Sak og dato	Oppfølging	Tiltak	Status
061-2024 <b>Økonomisk langtidsplan 2025-2028</b> 21. juni 2024	Styret erkjenner de utfordringer spesialisthelsetjenesten står overfor framover og registrerer at det er lagt inn mekanismer for å ta hensyn til de store usikkerhetene blant annet i utviklingen i driftsutgifter, krav til økt aktivitet og planlagte store investeringer, sammen med utfordringene med å rekruttere og beholde ansatte. Administrerende direktør bes gjøre en konkurrentanalyse for å se på årsaker til at ansatte forlater spesialisthelsetjenesten. Styret vil følge utviklingen i investeringer tett, slik at en forsvarlig økonomisk utvikling ivaretas.		Under oppfølging
077-2024 <b>Driftsorienteringer fra administrerende direktør</b> 21. juni 2024	Styret merker seg at det er god koordinering mellom regionene som benytter DIPS og at det arbeides for forutsigbarhet om den fremtidige utviklingen. I samarbeidet må det bli søkt lagt til rette for at vi på sikt ikke blir for ensidig avhengige av én leverandør.  I større byggeprosjekter må det sikres bedre kunnskap om rekkefølgekrav i forkant av lånesøknad og endelig investeringsbeslutning og om disse fremstår rimelige.	Følges opp løpende	Under oppfølging  OK
080-2024 <b>Virksomhetsrapport per juni og juli 2024</b> 22. august 2024	Styret forventer at ventetidsløftet følges opp på en god måte samtidig som kvaliteten i tjenestene opprettholdes. En god balanse opp mot de økonomiske utfordringene må ivaretas, og det må sørges for at engangsbevilgninger benyttes til engangstiltak.  Styret ber om en orientering om avtalespesialistordningen og dets rolle i å realisere målene for ventetidsløftet.  Styret understreker at det fortsatt må arbeides aktivt for å redusere sykefravær.  Det ble vist til redegjørelse om aktiviteter i forbindelse med Pasientsikkerhetsuka i Helse Sør-Øst.	Følges opp i orienteringer til styret	Under oppfølging

Sak og dato	Oppfølging	Tiltak	Status
	<p>Styret ber om på egnet måte å få en presentasjon av konkrete eksempler på forbedringstiltak i helseforetakene som kan egne seg for videre bredding.</p> <p>Styret ber om en nærmere redegjørelse for utviklingen for reinnleggelser og hvordan det følges opp og måles. Det er også ønskelig å få en fremstilling av hvordan utvikling i Helse Sør-Øst er sammenliknet med andre regioner.</p>		
<p>081-2024</p> <p><b>Sykehuset Telemark HF – forprosjektrapport utbygging somatikk Skien, trinn 1 – akuttsenter, energisentral og cytostatika laboratorium</b></p> <p>22. august 2024</p>	<p>Styret ber om, på egnet måte, å få presentert hvordan det arbeides med å utarbeide gode kostnadsberegninger for byggeprosjekter i en tidlig fase.</p>	<p>Følges opp med orientering til styret</p>	<p>Under oppfølging</p>
<p>084-2024</p> <p><b>Årsplan styresaker</b></p> <p>22. august 2024</p>	<p>Det legges opp til at oppstartstidspunkt for kommende styremøter forskyves med 15 minutter.</p> <p>Styret minner om at en redegjørelse for arbeidet med kvinnehelse tas inn i årsplanen.</p>	<p>Årsplan for styret er oppdatert</p>	<p>OK</p>

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

Følgende skriftlige spørsmål som omtaler Helse Sør-Øst RHF og/eller underliggende helseforetak er besvart av Helseministeren:

### **Skriftlig spørsmål fra Erlend Svardal Bøe (H) til helse- og omsorgsministeren**

**Dokument nr. 15:2636 (2023-2024)**

**Innlevert: 28.08.2024**

**Sendt: 29.08.2024**

**Besvart: 06.09.2024 av helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre**

**Erlend Svardal Bøe (H)**

#### **Spørsmål**

Erlend Svardal Bøe (H): Hvor mye av helseforetakenes budsjetter brukes til kjøp av private tjenester?

#### **Begrunnelse**

Ønsker svar oppgitt pr. år fra 2000-2023 satt opp i tilsvarende modell som gitt i svar på budsjettspørsmål 507 fra Finanskomiteen/Hs fraksjon av 19.5.2023.

#### **Svar**

[Svaret i pdf-format](#)

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

**Dokument nr. 15:2594 (2023-2024)**

**Innlevert: 21.08.2024**

**Sendt: 22.08.2024**

**Besvart: 27.08.2024 av helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre**

#### **Spørsmål**

Bård Hoksrud (FrP): Har statsråden noen tanker knyttet til at man fortsatt ikke har fått noen avklaringer om hvem som skal ha ansvaret for de prehospitale tjenestene for Asker og Bærum?

#### **Begrunnelse**

Høsten 2008 vedtok styret i Helse Sør-Øst omfattende endringer i sykehusstrukturen. Dette innebar blant annet at Vestre Viken HF ble stiftet 30.mars 2009, og det nye helseforetaket overtok formelt ansvaret for funksjonene i sykehusområdet 01.juli samme år. I forbindelse med dette ble det også besluttet at ambulansetjenesten i Asker og Bærum midlertidig skulle ligge under OUS. Men, det lå samtidig til grunn at man skulle igangsette en prosess for å bestemme hvor de prehospitale tjenestene skulle være i fremtiden. Så vidt jeg er kjent med har dette arbeidet vært startet opp ved flere anledninger, for deretter å bli stilt i bero. Ja, det arbeides visstnok fortsatt med denne problemstillingen - men det er fremdeles ikke kommet noen anbefalinger om hva som skal skje videre rundt de prehospitale tjenestene i Asker og Bærum. Jeg har forståelse for at flere mener at det bør komme en avklaring rundt disse forholdene, og ser samtidig at det kan være utfordrende at de prehospitale tjenestene i deler av ett foretaks sykehusområde organiseres, og styres av et annet foretak. Blant annet kan dette dreie seg om problemstillinger knyttet til den delen av tjenesten som handler om å forflytte pasienter mellom sykehusene, mens transporten utføres av et annet helseforetak som kanskje har både andre behov, og ønsker å gjøre andre prioriteringer. Dette igjen kan bidra til utfordringer for sykehusenes drift og transport av pasientene i det foretaket som ikke har noen mulighet til å prioritere de totale prehospitale tjenestene i sitt eget foretak. Samtidig registreres det at det nå også stilles spørsmålsteget ved kvaliteten på ambulansetjenesten i OUS, hvor flere internt mener at tjenesten er for dårlig bemannet og at man ikke er godt nok rustet dersom en omfattende krisesituasjon skulle oppstå.

### Svar

Jan Christian Vestre: Jeg har forelagt spørsmålet for Helse Sør-Øst RHF. De viser i sitt svar til at Oslo universitetssykehus HF driver både Akuttmedisinsk Kommunikasjonssentral (AMK) og ambulansetjenesten for Asker og Bærum (som er en del av Vestre Viken HF). Oslo universitetssykehus HF driver også tilsvarende tjenester for Akershus universitetssykehus HF og delvis for Sykehuset Østfold HF. Helse Sør-Øst RHF opplyser at Vestre Viken HF har bedt om at AMK og ambulanser i Asker og Bærum blir overført til dem for at helseforetaket skal ha et mer helhetlig tilbud innen deres eget område. Det vil gi en bedre utnyttelse av ressursene for Vestre Viken HF ved at de disponerer de samlede transportressursene og kan planlegge for dette. Samtidig har dette konsekvenser blant annet for akuttberedskap, for dagens samarbeid mellom nødetater og for regionens samlede ressursbruk.

Som representanten Hoksrud påpeker, ble saken utredet også i 2011 uten at man fant grunnlag for å gjøre endringer.

Helse Sør-Øst RHF har nå et pågående prosjekt for mer overordnet å vurdere videre utvikling av prehospitaltjenester. Innen rammen av dette vurderes også problemstillingen knyttet til ambulansetjeneste og AMK i Asker og Bærum. Problemstillingen er altså hvem som skal eie ambulansestasjoner i Asker og Bærum og hvem som skal drive AMK. Det blir en avveining mellom Vestre Viken HF sitt ønske om å ha samlet ansvar for sitt område og det faktum at Oslo universitetssykehus HF i dag leverer gode og effektive tjenester i hele Stor-Oslo, inkludert beredskapssamarbeid med de andre nødetatene.

Helse Sør-Øst RHF viser til at det er særlige problemstillinger knyttet til å flytte grensen mellom helseforetak innen AMK og ambulansetjeneste. Dette knytter seg til responstider (alltid bruke nærmeste bil når det haster mest), etterfylling av beredskap (når en bil disponeres akutt må andre omrokeres for å opprettholde beredskap) og mottak av nødanrop (anrop fanges av nærmeste mobilmast og rutes til nærmeste AMK). Det er erfaringer med at antall feilrutinger øker i tettbygde strøk. Denne logistikken kompliseres alltid på grensen mellom foretak og derfor legger man helst grenser i områder med lavere befolkningstetthet.

Prosjektarbeidet i Helse Sør-Øst utføres i samarbeid med berørte helseforetak. Etter diskusjon med kommunene og påfølgende høring, vil det bli lagt fram sak for styret i Helse Sør-Øst RHF for avgjørelse.

### Skriftlig spørsmål fra Irene Ojala (PF) til helse- og omsorgsministeren

**Dokument nr. 15:2542 (2023-2024)**

**Innlevert: 13.08.2024**

**Sendt: 14.08.2024**

**Besvart: 16.08.2024 av helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre**

### Spørsmål

Irene Ojala (PF): Er det slik at vedtak truffet av de regionale helseforetakene ikke kan påklages, eller kan vedtak truffet av de regionale helseforetakenes styre påklages dersom det foreligger saksbehandlingsfeil?

### Begrunnelse

Ifølge svar fra Helse Nord HF på klage av 8.7.24 over styret i Helse Nord RHF's vedtak i styresak 84 – 2024, vedtakspunkt 3, er styrevedtaket og foretaksmøtets etterfølgende vedtak/instruks i foretaksmøtet i Nordlandssykehuset HF ikke truffet under offentlig myndighetsutøvelse, og vedtakene/instruksene gir derfor etter Helse Nords syn ingen klagerett jf. forvaltningsloven (fvl.) § 28. Ifølge klagen er det grunnlag for klage fordi fvl. gjelder for regionale helseforetak, jf. helseforetaksloven § 5, og de ulovfestede forvaltningsrettslige prinsippene gjelder for saksbehandlingen av enkeltvedtak så vel som ved utøvelse av forvaltningsorganets private autonomi, og dermed gjelder det ulovfestede kravet om forsvarlig saksbehandling, herunder utredningsplikten og informasjonsplikten, og at foretaket skal påse at saken er så godt opplyst som mulig før vedtak treffes, jf. fvl. § 17.

**Svar**

Jan Christian Vestre: Som representanten Ojala peker på, gjelder forvaltningsloven for helseforetakene. Det innebærer at også de ulovfestede forvaltningsrettslige prinsippene gjelder for helseforetakenes virksomhet.

Hvorvidt det er klageadgang på et vedtak fattet av styret i et helseforetak eller regionalt helseforetak, vil imidlertid være en konkret vurdering.

Etter forvaltningslovens regler, jf. fvl. § 28, er det enkeltvedtak som kan påklages. Enkeltvedtak er vedtak som gjelder rettigheter eller plikter til en eller flere bestemte personer, jf. fvl. § 2 første ledd bokstav b.

Hvorvidt det er klageadgang på et vedtak fattet av et styre i et helseforetak eller regionalt helseforetak, vil derfor bero på en vurdering av om vedtaket er utøvelse av offentlig myndighet eller om det gjelder helseforetakets privatsrettslige stilling. Videre vil det som omtalt over kun være vedtak som er å regne som et enkeltvedtak, som kan påklages.

Hvordan Helse Nord RHF organiserer sin virksomhet for å oppnå formålet med foretaket slik det er definert i vedtektene for Helse Nord RHF § 5, vil normalt ikke være å regne som et enkeltvedtak.

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

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

Trykte vedlegg:

- Til pkt 2 - AD-møtesak 065-2024 – Resultat Forbedring 202

Utrykte vedlegg:

- Ingen