



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Statsråden

Kontroll- og konstitusjonskomiteen

Deres ref

Vår ref
201103922

Dato
19.12.2011

Svar på flere spørsmål angående omstillingen ved Oslo universitetssykehus

Jeg viser til kontroll- og konstitusjonskomiteens brev datert 29. november 2011 der det blir stilt ytterligere spørsmål vedrørende omstillingen ved Oslo universitetssykehus HF med bakgrunn i mitt svarbrev datert 18. november 2011.

- 1. I statsrådens svar på spørsmål 1 fra kontroll- og konstitusjonskomiteen sier hun at det ikke er gjort tilsynsmessige funn av alvorlig karakter som kan tilskrives omstillingsarbeidet. Fylkeslegen har stilt en rekke spørsmål til OUS, og etter svar derfra har han stilt ytterligere spørsmål. I tillegg sier han i Dagsavisen 23. november 2011 følgende: "Etter vår mening er noen endringer faglig godt begrunnet, mens man for andre burde vurdere tempoet i selve omorganiseringen inntil de nødvendige lokaler og datasystem er på plass, og fagmiljøet føler seg trygge på det som skjer".*

Mener statsråden at det ikke er alvorlig når tilsynsmyndigheten ber om en revurdering av tempo i omstillingen?

Selvfølger skal man ta vurderingene til tilsynsmyndighetene alvorlig. Jeg må imidlertid forholde meg til de formelle uttalelsene som fylkeslegen har gitt i denne saken, blant annet i høringsrunden i forbindelse med opprettelsen av Oslo universitetssykehus (OUS). Jeg er tilfreds med at tilsynsmyndighetene følger med i en slik stor og omfattende omstillingsprosess.

Risikoen generelt knyttet til sykehusbehandling er stor ved alle sykehus, og jeg er derfor opptatt av at vi har et aktivt og uavhengig tilsyn. Som trolig første land i verden har Norge også gjennomført en kartlegging av pasientskader ved alle våre helseforetak.

Dette er en del av pasientsikkerhetskampanjen ”i trygge hender”. Tallene kan tyde på at rundt 16 prosent (115 000) av pasientoppholdene var forbundet med skade i 2010. Det viser beregninger fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, som driver kampanjen. I alt 9 prosent (64 000) av pasientoppholdene var forbundet med skade som førte til forlenget sykehusopphold. I 0,7 prosent av pasientoppholdene døde pasienten som følge av skade. Nasjonalt tilsvarer dette rundt 4700 dødsfall. Dette bekrefter at pasientskader er en betydelig årsak til sykdom og død i Norge. Resultatet er innenfor det som er forventet ut fra internasjonal forskning. Samtidig finnes det ikke tilsvarende større undersøkelser fra Norge eller andre land å sammenlikne med. En sammenligning mellom de ulike helseforetakene er krevende statistisk, og resultatene slik de foreligger i dag gir ikke grunnlag for å sammenligne mellom helseforetak. Andelen skader i tallmaterialet er imidlertid noe lavere ved OUS enn det nasjonale gjennomsnittet. Resultatene for OUS er vedlagt dette svaret.

Jeg vil også presisere at jeg i mitt tidligere svar om omstillingen, registrerte at det da ikke hadde vært alvorlige tilsynssaker med pasientskader eller dødsfall som kunne knyttes til omstillingsprosessen. Jeg har nå blitt informert av Helsetilsynet om at de i en tilsynssak som gransker ett dødsfall ved OUS også vurderer forhold omkring omstillingsprosessen. Jeg forutsetter at den nye ledelsen gjør alt for å bistå Helsetilsynet i denne granskningen og gjør de tiltak Helsetilsynet ber om. Inntil videre må jeg avvente Helsetilsynets behandling og konklusjon.

2. Helt siden mars 2010 har en rekke stortingsrepresentanter stilt spørsmål om OUS blant annet fordi Fylkeslegen var bekymret og mente at kostnadene knyttet til prosessen var grovt undervurdert. Han fryktet at ulike pasientgrupper ville bli rammet. De første spørsmålene fra Stortinget om problemer knyttet til IKT-systemet og klinisk arbeidsflate kom litt senere i 2010. Ga ikke signalene fra Fylkeslegen og spørsmålene fra stortingsrepresentantene grunn til bekymring, og hvorfor førte det ikke til tettere oppfølging allerede i 2010?

Helse Sør-Øst RHF (HSØ) har sørge-for-ansvaret for at befolkningen får tilgang til forsvarlige spesialisthelsetjenester. Befolkningen i hovedstadsområdet skal både under og etter omstillingen være sikret gode og forsvarlige spesialisthelsetjenester og det er HSØ og OUS sitt ansvar å sikre at driften av helseforetaket og gjennomføringen av de planlagte omstillingene skjer på forsvarlig måte. Som jeg gjorde rede for i mitt brev datert 18. november 2011, har HSØ tilrettelagt økonomisk for omstillingene ved OUS gjennom budsjettet for 2011, der de blant annet bevilget et særskilt omstillingstilskudd på 225 mill. kroner og ga tillatelse til å gå med et underskudd på 400 mill. kroner.

Helse- og omsorgsdepartementet sin oppfølging av de regionale helseforetakene varierer med risiko og utfordringsbilde. Allerede i 2010 ble OUS og omstillingsprosessen i hovedstadsområdet fulgt opp spesielt i forbindelse med den månedlige oppfølgingen av HSØ. Denne oppfølgingen har blitt ytterligere intensivert i 2011, med møter hver 14. dag siden juni 2011.

Jeg tok initiativ til flere særskilte møter om omstillingsarbeidet allerede i 2010, der ledelsen i OUS har møtt sammen med ledelsen i HSØ. I disse møtene har jeg blitt forsikret om at omstillingen kunne gjennomføres innenfor de vedtatte rammene og uten at dette gikk på bekostning av forsvarlighet for pasientene. I januar 2011 hadde jeg foretaksmøte med HSØ hvor jeg på nytt tok opp og presiserte krav med bakgrunn i de særskilte utfordringene HSØ hadde i forhold til hovedstadsprosessen.

3. *Dagens Næringsliv skriver i en artikkel av 4. oktober 2011 at IT-selskapet Logica hevder at det leverte en fullt fungerende it-løsning til it-prosjektet "Klinisk arbeidsflate" i februar 2011, men at it-løsningen aldri ble testet på sykehuset, før prosjektet så ble avsluttet. Hvilke begrunnelser har helseforetaket gitt statsråden for ikke å teste den it-løsningen som ble levert?*

HSØ har informert meg om at leverandøren overleverte it-løsningen til akseptansetest i februar 2011. Umiddelbart etter mottak av løsningen gjennomførte OUS tester over to dager med sikte på å avklare om løsningen faktisk var klar for akseptansetest, eller om den hadde slike mangler at løsningen burde avvises. Dette ble gjort både ved hjelp av eksterne, uavhengige ressurser og med interne ressurser. Spørsmålets premiss om "at it-løsningen aldri ble testet på sykehuset" er derfor ikke riktig. Denne prosedyren er i tråd med Statens standardavtale SSA-K og ble ansett som en viktig risikovurdering og evaluering fra OUS' side. I fusjonsprosessen har det hele tiden blitt lagt stor vekt på risikovurdering underveis, hvilket også var påkrevet i dette tilfellet, spesielt med tanke på pasientsikkerheten.

Testene som ble gjennomført, viste at løsningen hadde mangler slik at den ikke oppfylte kontraktens krav. Flere av manglene var av en slik karakter at de ville hindre effektiv testing av løsningen. Løsningen hadde også flere mangler som, hvis de ikke ble utbedret, hver for seg ville hindre fremtidig produksjonssetting av løsningen fordi de ville sette pasientenes sikkerhet i fare.

Basert på de ovennevnte testene, besluttet OUS at man ikke kunne binde opp ressurser i omfattende akseptansetesting før det var på det rene at manglene kunne og ville bli rettet, og at dette ville skje i tide til at akseptansetesten kunne gjennomføres på en effektiv måte med påfølgende forsvarlig produksjonssetting.

OUS benyttet på denne bakgrunn sin rett til å avvise leveransen til akseptansetest og kommuniserte tydelig til leverandøren at man forventet et nytt oppfyllelsesforsøk etter at manglene var rettet. Et nytt oppfyllelsesforsøk fra leverandøren fant ifølge OUS og HSØ, aldri sted.

4. *Hvilke risikoanalyser er foretatt for pasientsikkerheten i forbindelse med omorganiseringsprosessen, og hvordan er disse fulgt opp fra henholdsvis HF, RHF og departementets side?*

Det er virksomhetens ansvar å sikre at de helsetjenestene som ytes til enhver tid er sikre og forsvarlige, i tråd med lover og forskrifter og krav fra eier. HSØ sitt sørge-for-ansvar innebærer at det regionale helseforetaket og helseforetakene må planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at helsetjenestene er sikre og forsvarlige. Dette ansvaret fremgår også av forskrift om internkontroll i helse- og sosialtjenesten.

Departementet har i flere foretaksmøter med HSØ stilt krav om at det skal foreligge systemer for internkontroll og risikostyring for å forebygge, forhindre og avdekke avvik i det regionale helseforetaket og i de underliggende helseforetakene. Dette er viktig både i daglig ordinær drift, men ikke minst i forbindelse med større omstillinger i helseforetakene. I foretaksmøter i januar 2010 og januar 2011 ble dette formulert slik: *"Foretaksmøtet la til grunn at det ved omstilling av virksomheten må foreligge risikovurderinger for hvilke konsekvenser tiltaket vil ha for andre deler av virksomheten og det samlede tjenestetilbudet for pasientene."*

HSØ redegjorde for sin oppfølging av dette kravet i årlig melding for 2010, lagt fram i mars 2011. HSØ har etablert et rammeverk som skal sikre omforent forståelse av prinsipper, metoder og krav for god virksomhetsstyring, intern kontroll og risikostyring i regionen. Dette rammeverket har HSØ gjort gjeldende for sine underliggende helseforetak gjennom foretaksmøter og oppdragsdokumenter. I tillegg har styret for HSØ, etter krav fra eier i 2005, etablert en revisjonskomite og en internrevisjonsordning som har ansvar for internrevisjon og rådgivning av det regionale helseforetaket og de underliggende helseforetakene i regionen. Internrevisjonens formål er å bistå styret og ledelsen for det regionale helseforetaket og helseforetakene med å utøve god virksomhetsstyring gjennom intern kontroll og risikostyring.

Ifølge HSØ er dette rammeverket lagt til grunn i hele helseforetaksgruppen og danner et viktig grunnlag for god pasientbehandling. OUS har siden sammenslåingen av sykehusene utført risikovurderinger etter metodikk fastsatt i rammeverket. Risikovurderingene inneholder både risikoanalyse og handlingsplan for risikoreduserende tiltak og omfatter også vurderinger av resultater fra avvikssystemet. Risikovurderingene gjennomføres på alle ledelsesnivåer, dvs. på avdelings-, klinikk-, sykehus- og helseforetaksnivå. Helseforetakets overordnede vurderinger og tiltak legges frem for styret for helseforetaket og for HSØ.

Det gjennomføres systematiske risikovurderinger ut fra satsingsområdene i HSØ sin strategiske utviklingsplan der kvalitet og pasientbehandling er første satsingsområde. Det gjennomføres også spesielle risikovurderinger i forkant av endringer som kan ha

konsekvenser for driften. Både systematiske og spesielle risikovurderinger har vært gjennomført og blir gjennomført i forbindelse med omstillingene ved OUS. Dette ble også gjort i forbindelse med at 160 000 innbyggere ble overført fra OUS til Ahus. Denne overføringen har gått som planlagt og risikovurderingene var en sentral del av planleggingen og kalibreringen av overføringen. I sitt svar til Fylkeslegen i Oslo og Akershus 28. oktober 2011 redegjør OUS også for at de fra "Dag 1" i fusjonsprosessen har hatt ett felles overgripende registrerings- og analyseverktøy for avvik, uønskede hendelser og forbedringsforhold og at dette brukes aktivt i styringen.

Risikovurderingene og vurderinger av risikoreduserende tiltak ved OUS omfatter også fortløpende vurderinger av om det er behov for å justere fremdriftsplanene. Det vurderes ikke som hensiktsmessig eller risikoreduserende å stanse de prosessene som er igangsatt. Snarere vil dette kunne bidra til å øke risikoen og skape usikkerhet.

5. Hvilke konsekvensanalyser har departementet fått gjennomført i forbindelse med kjøp og innføring av prosjektet klinisk arbeidsflate, og hvordan er disse fulgt opp fra henholdsvis HF, RHF og departementets side?

HSØ har ansvar for inngåelse av regional rammeavtale for "Klinisk arbeidsflate". OUS har ansvar for avropsavtalen på den regionale rammeavtalen, og for å gjennomføre og følge opp prosjektet "Klinisk arbeidsflate", både IKT-faglig og i forhold til medisinsk forsvarlighet ved eventuell innføring. Departementet skal ikke delta i vurderingene som gjøres i et slikt prosjekt. Dette ville bidra til uklarhet i de etablerte ansvarsstrukturene innenfor spesialisthelsetjenesten.

Departementet har derfor ikke gjort særskilt konsekvensanalyse av prosjektet "Klinisk arbeidsflate", og det er heller ikke departementets ansvar å gjøre dette i helseforetakenes investeringsprosjekter. Analyser og vurderinger ved store investeringsprosjekter over 500 mill. kroner (1 mrd. kroner før 2011) skal forelegges departementet jf. Prop. 1 S (2010-2011), men det er de regionale helseforetakene som er ansvarlig for beslutning om igangsetting og gjennomføring av prosjektene. Prosjektet "Klinisk arbeidsflate" lå langt under denne grensen og er av den grunn ikke forelagt departementet.

Da jeg svarte på spørsmål fra Stortinget om prosjektet "Klinisk arbeidsflate" ved Oslo universitetssykehus HF i desember 2010, hadde HSØ opplyst departementet om at den daværende ledelsen ved OUS mente systemet gradvis ville bli innført fra 2011, men at forsinkelser ikke kunne utelukkes. Jeg fikk på det tidspunktet opplyst at det var funnet akseptable midlertidige løsninger, og at de vurderte disse til å gi en tilfredsstillende løsning for brukerne frem til full funksjonalitet var på plass. Den opprinnelige planen omfattet en gradvis innføring av funksjonalitet med et innføringsløp frem til 2013, og det ble i desember 2010 opplyst at det så langt ikke var registrert forhold som vil forsinke de senere delene av dette innføringsløpet.

Det ble i desember 2010 opplyst fra HSØ at det ikke var vesentlige tekniske problemer knyttet til innføringen, men at det i ettertid ble konstatert at den opprinnelige tidsplanen måtte anses å ha vært for stram. Det var blant annet satt for knappe tidsfrister til leverandørene av de øvrige IKT-systemene som skulle integreres i løsningen, og det ble i tillegg behov for nyutvikling av funksjonalitet som man ikke var klar over på forhånd.

På bakgrunn av senere vurderinger om at det ikke lenger var mulig å hente ut de gevinstene som var forutsatt, vedtok styret for OUS den 28. april 2011 at prosjektet "Klinisk arbeidsflate" skulle stanses. Vedtaket innebar at utestående leveranser fra leverandøren Logica ble avbestilt.

6. Hvilke risikoanalyser er foretatt med tanke på økte ventetider, og hvordan er disse fulgt opp fra henholdsvis HF, RHF og departementets side?

OUS har fra oppstart av fusjonen utført risikovurderinger som inneholder både risikoanalyse og handlingsplan for risikoreduserende tiltak (jf. svaret på spørsmål 4). Dette gjøres gjennomgående i hele organisasjonen etter at sykehuset har mottatt sitt årlige oppdrag fra HSØ. Analysen gjennomføres på bakgrunn av de målområdene som er gitt i oppdraget, hvor pasientbehandling og krav til reduserte ventetider er et område.

OUS rapporterer risikovurderinger hver måned og på utvikling i ventetider hvert tertial til HSØ. HSØ gjør en samlet risikovurdering for foretaksgruppen som inngår i tertialrapporteringen til styret for HSØ. Den samlede risikovurderingen gjøres innværende år i forhold til vedtatte mål for HSØ for 2011 og styringsbudskap fra Helse- og omsorgsdepartementet som er gitt gjennom oppdragsdokument, protokoll fra foretaks-møte 31. januar 2011 og tilleggskdokument til oppdragsdokument.

Uønskede forhold av alvorlig medisinsk eller driftsmessig karakter, påviste lovbrudd eller alvorlige funn påvist ved interne revisjoner eller tilsyn, og som har konsekvenser for pasientbehandling, økonomi eller omdømme, skal meldes til HSØ uten opphold.

Helse- og omsorgsdepartementet har fulgt opp utviklingen i ventetider i hovedstaden svært tett gjennom oppfølgingsmøtene. I disse er vi også blitt orientert om den grundige oppfølgingen HSØ har hatt med hovedstadsprosessen og OUS gjennom 2011. Når det gjelder status i ventetidene i hovedstadsområdet, så har det vært noe usikkerhet om ventelistestatistikken på grunn av organisatoriske og systemmessige endringer. Det er gjennomført et betydelig kvalitetssikringsarbeid som har avdekket feil i statistikken. Feilen er nå rettet i samarbeid med Norsk pasientregister (NPR) og nytt statistikkgrunnlag både for 2010 og 2011 er satt i bestilling. Dette gjør at utviklingstall for ventelister fra 2010 til 2011 ikke gir et riktig bilde før denne oppdateringen er på plass. Månedstallene som er rapportert inn til NPR for august og september 2011 skal være riktige.

Tall fra NPR viser at gjennomsnittlig ventetid for OUS for august og september 2011 er hhv. 86 og 94 dager. Tilsvarende tall for hele landet er 82 og 87 dager. Tallene viser at OUS' pasienter må vente noe lenger for utredning/behandling enn for hele landet generelt, men da må en også ta hensyn til at det alltid har vært lengre ventetider til en del av de spesialiserte lands- og regionsykehusfunksjonene som OUS har.

Departementet vil i oppdragsdokumentet 2012 fortsatt stille krav om at ventetidene skal reduseres og videreføre den tette oppfølgingen av HSØ.

7. *Ortopedisk avdeling ved OUS skal reduseres drastisk, pasientrettigheter brytes, ventelister øker. I hvilken grad er det en del av den planlagte omstillingsprosessen at store deler av ortopeditilbudet i HSØ skulle avvikles? Hvordan har departementet vært informert om dette og hva har man foretatt seg?*

Ortopedisk avdeling er den største avdelingen i Klinikk for kirurgi og nevrofag ved OUS. Avdelingen hadde i 2010 drift ved seks lokasjoner. Etter overføringen av befolkningsgrunnet på 160 000 til Ahus, har avdelingen nå drift ved fire lokasjoner. Siden ortopedi er et fagområde der utredning og behandling i stor grad skjer på lokalsykehusene, medfører overføringen til Ahus en naturlig nedjustering av aktiviteten på OUS. Avdelingen har lange ventetider, det er særlig økning i ventetiden for pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp, men også en liten økning i ventetiden for pasienter med rett. Årsakene til økningen i ventetid ved ortopedisk avdeling er sammensatte. Noe skyldes økt pågang av regionspasienter og noe skyldes noe redusert drift i forbindelse med overføring fra Aker og intern flytting på Rikshospitalet. Mangel på operasjonssykepleiere ved Ullevål er også en medvirkende årsak til at ventetidene har økt.

Oslo universitetssykehus oppgir at ortopedisk avdeling må redusere aktiviteten med ca 4-5 prosent i 2012 for å tilpasse seg budsjettet. Dette skyldes at avdelingen ennå ikke har tilpasset virksomheten til den reduserte oppdragsmengden som overføringen til Ahus medfører. Det er gjennomført et forbedringsprosjekt som viser at avdelingen har et potensial for å effektivisere drift av sengeposter og operativ virksomhet. Det planlegges også at avdelingen skal samlokalisere større deler av virksomheten på Ullevål, hvilket innebærer muligheter for å samordne vaktplaner og lage mer "robuste" sengeenheter.

8. *Hvordan forsikret departementet seg om at de planlagte bemanningsendringene, med økt bemanning på Ahus og redusert bemanning på OUS lot seg gjennomføre innen de frister som var satt?*

Det vises til tidligere omtale bl.a. i brev datert 18. november 2011 om styringssystemet innenfor spesialisthelsetjenesten. I dette brevet ble det også vist til at HSØ redegjorde for planene om å slå sammen de fire sykehusene i hovedstadsområdet til OUS i styresak 108/2008. I samme styresak er det også gitt en omtale av overføringen av lokalsykehusansvaret for en befolkning på 160 000 fra OUS til Ahus. HSØs vurdering

var at ikke bare Alna, men også kommunene i Follo skulle overføres til Ahus fra 2011. Dette var bl.a. begrunnet i ønsket om å bruke kapasiteten på Ahus best mulig. Follo ble foreslått overført fordi området grenser til Ahus sitt eksisterende opptaksområde. Styrets vedtak ble stadfestet i foretaksmøtet i HSØ 27. november 2008.

Som redegjort for i mitt svar 18. november 2011, var størrelsen på beløpet som ble overført fra OUS til Ahus, omforent mellom de to helseforetakene. Dette ga også føringer for aktivitetsendringene og bemanningstilpasningene som følge av endringene i opptaksområdet. Framdriftsplanen for overføring av pasienter fra OUS til Ahus har skjedd i dialog mellom HSØ og de to involverte helseforetakene. Gjennom året 2010 behandlet styrene for de to helseforetakene en rekke saker i tilknytning til beslutningen om overføring av pasientgrunnlaget, herunder endringene i bemanningen. Styrene for de to helseforetakene bekreftet på spørsmål fra HSØ høsten 2010 at overføringstidspunktet skulle være 1. januar 2011.

Helse- og omsorgsdepartementet ble orientert om framdriften gjennom de månedlige oppfølgingsmøtene og jeg avholdt også særskilte møter med ledelsen i HSØ og OUS (jf. svar på spørsmål 2) der jeg ble orientert om arbeidet. Bemanningsendringene var på dagsorden på alle disse møtene. Til tross for at departementet hadde blitt informert om at HSØ hadde stilt tydelige krav til OUS om å gjennomføre nødvendige bemannings-tilpasninger og planer for dette, så ble ikke dette gjennomført som forutsatt.

Jeg har på side 11 og 12 i mitt forrige brev til kontroll- og konstitusjonskomiteen redegjort for hvordan departementet fulgte opp dette videre, og at det bl.a. er etablert ekstraordinær oppfølging hver 14. dag. HSØ har videreført dette til helseforetakene i hovedstadsområdet, med særlig oppmerksomhet mot og oppfølging av bemanningsutviklingen.

9. I hvilken grad har departementet forsikret seg om at omorganiseringen ved OUS tidsmessig vil være kommet så langt at helseforetaket kan gjennomføre de store endringene som følger med Samhandlingsreformen fra 2012?

Det er bred enighet om utfordringsbildet, hovedintensjonen og målene med samhandlingsreformen. For at vi også fremover skal ha en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste er det avgjørende at den forventede veksten i befolkningens behov for helse- og omsorgstjenester i større grad finner sin løsning i kommunene. Kompetansen knyttet til helsefremmende arbeid generelt, samt tilbud før, istedenfor og/eller etter sykehusbehandling, der dette vurderes forsvarlig, skal styrkes i kommunene. Gjennom kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter og gradvis etablering av døgntilbud for øyeblikkelig hjelp i kommunene, kan spesialisthelsetjenesten finne løsninger på en del kapasitetsutfordringer blant annet knyttet til korridorpasienter. Kommunal medfinansiering gir insentiv til mer forebygging og helsehjelp i regi av kommunene. Samhandlingsreformen skal bidra til bedre arbeidsdeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, og dermed

bedre forholdene for at helseforetakene kan konsentrere seg om å tilby spesialiserte helsetjenester til befolkningen. Det er derfor ingen grunn til at HSØ og OUS skulle ønske å utsette igangsettingen av samhandlingstiltak. Snarere tvert i mot.

Omstillingsprosesser i spesialisthelsetjenesten og samhandlingsreformen kan ikke sees atskilt. For å oppnå mer effektiv ressursutnyttelse til gode for pasientene er det nødvendig å se forskjellige helsetjenestetilbud i sammenheng. I Oslo-området ser man at samhandlingsreformen understøtter hovedstadsprosessen. Sammenlåingen av sykehusene i Oslo har gitt mulighet til å frigi arealer på Aker sykehus. Jeg ga i foretaksmøte 11. november 2010 føringer om bruk av Aker sykehus til samhandlingsformål. Jeg har fulgt opp prosessen gjennom egne rapporteringer fra HSØ. Siden juni 2011 har bruk av Aker sykehus som samhandlingsarena også vært tema i forbindelse oppfølgingsmøtene departementet har hatt med HSØ.

Prosessen rundt utvikling av Aker som samhandlingsarena er godt i gang. Det er etablert et felles samhandlingsprosjekt mellom OUS og Oslo kommune med eget sekretariat. Det skal inngås en avtale mellom OUS og Oslo kommune om utleie av "bygg 21 på Aker" som bl.a. skal brukes til geriatrisk ressurscenter. OUS skal også etablere 40-60 senger på Aker for pasienter som trenger oppfølging i spesialisthelsetjenesten, men som ikke er avhengig av et akutttilbud på døgnbasis. Det vurderes også å etablere et utvidet dagkirurgisk tilbud for utvalgte diagnoser og det skal etableres et distriktpspsykiatrisk senter (DPS) på Aker. OUS ønsker også å utvikle kompetansemiljøer på nye områder i samarbeid med Oslo kommune bl.a. innenfor innvandrerhelse.

Samhandlingsreformen er en retningsreform. Innføringen av reformen vil skje gradvis, slik at både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten vil få tid til å forberede, omstille og tilpasse sin virksomhet til de endrede oppgavene som reformen legger opp til. Det er viktig at OUS sikrer framdrift i omstillingsarbeidet *både i forhold til utflyttinger, medisinsk og ikke-medisinsk støtte og etablering av ny aktivitet på Aker* slik at planene for Aker blir realisert innenfor de tidsrammene som OUS og Oslo kommune har lagt opp til i sitt samarbeid.

10. Ved OUS har kun 18 av 59 somatiske avdelinger stedlig ledelse. Hvordan vurderte departementet at en så stor organisasjonsendring kunne la seg gjennomføre uten stedlig ledelse i foretakene?

Det følger av helseforetaksloven § 36 og 37 at foretakene skal ha en daglig leder som forestår den daglige ledelsen av foretaket, etter retningslinjer og pålegg som styret har gitt. Det ligger til ansvaret hos daglig leder å organisere virksomheten på en forsvarlig måte. I henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 3-9 skal sykehus organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer og dersom kravet til forsvarlighet gjør det nødvendig, skal det pekes ut medisinskfaglige rådgivere.

Det er en forutsetning at tjenestene OUS tilbyr er forsvarlige. For helsepersonell er dette ansvaret plassert på individnivå ved at helsepersonellet har en plikt til å gi forsvarlige tjenester (helsepersonelloven § 4). Ansvaret er videre plassert på virksomhetsnivå ved at virksomheten har ansvar for å legge til rette for at helsepersonell kan gi forsvarlige tjenester (spesialisthelsetjenesteloven § 2-2). Det tilligger derfor den daglige ledelsen ved OUS å sikre forsvarlig organisering av virksomheten. Eventuelle krav til endringer i ledelse må vurderes i lys av dette, og drøftes mellom ledelsen og de ansattes organisasjoner i tråd med de etablerte spillereglene i arbeidslivet.

Etableringen av OUS er et viktig ledd i samordningen av de mange like fag- og forskningsmiljøene som var en sentral del av problembeskrivelsen i hovedstadsområdet, og som det var politisk enighet om. Fra 2010 ble helseforetaket drevet med felles ledelse og gjennomgående klinikker og ledelse på tvers av de fire sykehusene. Gjennomgående ledelse er viktig for å sikre samordning og samhandling mellom fag- og forskningsmiljøene som er lokalisert på flere steder og for å sikre helhet i det samlede pasienttilbudet.

Samlingen av fag- og forskningsmiljøer skal skje i flere trinn og gjennomføres over flere år. Ifølge HSØ er det pr november 2011 gjennomført 29 samlokaliseringer. For eksempel er akuttpsykiatri samlet på Ullevål sykehus, gynekologi er samlet på Ullevål sykehus, avrusning og rusakutt er samlet på Aker sykehus og ablasjonsvirksomhet er samlet på Rikshospitalet. Nye samlokaliseringer er i ferd med å gjennomføres, men det vil fortsatt være virksomhet på to eller flere steder innen enkelte fagområder. Dette innebærer at ansatte fortsatt kan oppleve at de ikke har tilstedeværende ledelse til enhver tid. Dette vil i følge HSØ suksessivt finne sin løsning ved å fortsette rekken av planlagte samlokaliseringer.

De fire sykehusene har heller ikke tidligere hatt stedlig ledelse ved samtlige av de over 70 stedene de driver sin virksomhet. OUS har fortsatt virksomhet på mange ulike lokasjoner. Valg av ledelses- og styringssystem i OUS er basert på et mål om en organisasjon som sikrer kortest mulig avstand mellom foretaksledelse og førstelinje. Det er også et mål å se fagområder i sammenheng, og dermed bidra til mer helhetlig pasientbehandling og mer fleksibel ressursbruk. Dette innebærer en begrensning i antall organisasjonsnivåer, og en tilsvarende reduksjon i antall ledere. Dette er ikke alltid forenlig med lederens fysiske tilstedeværelse til en enhver tid.

For å imøtekomme behovet for at ledere er fysisk tilgjengelig på lokalisasjonene har OUS iverksatt en stedlig koordinatorfunksjon for å bistå leder i driftsfunksjoner og personalledelse på den enkelte lokasjon. Ordningen er evaluert for tre klinikker og OUS vurderer med bakgrunn i denne evalueringen at disse funksjonene bidrar til å skape nærhet til medarbeiderne og løser utfordringer som oppstår i den daglige arbeidsflyten. Den nye ledelsen og det nye styret ved OUS må likevel kontinuerlig vurdere om andre tiltak bør gjøres for å bedre den stedlige ledelsen.

Jeg forventer og har tillit til at HSØ og styret, ledelsen og ansatte ved OUS vil håndtere dette på en god måte.

11. I hvilken grad har ansatte kunne forholde seg til og visst hvem deres nærmeste leder har vært i omorganiseringsprosessen?

Som redegjort for under svaret på forrige spørsmål, så er det ledelsen ved OUS sitt ansvar å sikre forsvarlig organisering av virksomheten.

OUS har gjennomført en medarbeiderundersøkelse i oktober 2011, som ble behandlet av styret 24. november 2011. Undersøkelsen hadde over 10 000 svar. Resultatene viser at medarbeiderne ved OUS svarer 73 av 100 [poeng] på påstanden "*min nærmeste leder er tilgjengelig for meg når jeg har behov for det*". Dette er innenfor normalområdet/på snittet for alle sykehusene i HSØ, og OUS skiller seg dermed ikke fra de andre sykehusene i regionen verken på positiv eller negativ måte. 70 prosent svarte "*min nærmeste leder er flink til å informere om det som skje i vår virksomhet*". Sykehusets medarbeidere svarer også det samme som medarbeidere på de andre sykehusene i regionen på spørsmål om klarhet rundt ansvar og arbeidsoppgaver (87). Dette gir grunn til å tro at den enkelte medarbeider opplever at deres leder er der ved behov.

Oslo universitetssykehus hadde i 2009 tredelt ledelse i de tre tidligere helseforetakene, samtidig som fusjon, fisjon og fremtidig daglig drift ble planlagt. Fra januar 2010 ("Dag 1") startet sykehuset opp med den første organisatoriske milepælen, gjennomgående klinikkledelse i ni klinikker. Dette var det første integrasjonsvirkemiddelet og en grunnleggende forutsetning for samarbeid på tvers av de tidligere organisasjonene, slik hele omstillingens grunntanke uttrykker. Gjennom 2010 beholdt sykehuset de opprinnelige enhetene på laveste organisasjonsnivå (enheter, seksjoner og avdelinger), mens man forberedte samorganisering og samlokalisering. I 2011 startet prosessen med samorganisering også på lavere nivåer, og med tilhørende innplassering av ledere.

OUS har gjennom hele fusjonsprosessen lagt vekt på betydningen av god ledelse og arbeider målrettet med dette. Det er bl.a. iverksatt et eget lederutviklingsprogram basert på en felles lederplattform. Førstelinjeledere har så langt vært prioritert i dette programmet. Til nå har omlag 400 ledere med personalansvar gjennomført programmer i regi av sykehuset. Planen er at alle ledere skal ha deltatt innen utgangen av 2013.

12. Hvordan forsikret departementet seg om at de ansatte ble konstruktivt hørt og var deltakende i prosessen?

Det har vært et klart premiss i forbindelse med samordningen av sykehusene i hovedstadsområdet at dette skulle skje gjennom "åpen kommunikasjon, god proseshåndtering og systematisk involvering av interessenter". Dette ble presisert i det første foretaksmøtet i HSØ 30. mai 2007, da HSØ fikk oppdraget om å samordne

sykehusene i hovedstadsområdet. Kravet ble også gjentatt i foretaksmøte med HSØ 23. september i år.

I juni 2008 inngikk HSØ en omstillingsavtale med de ansattes organisasjoner (Unio, LO, Akademikerne, YS og SAN). Dette var en oppfølging av styringskravet, og skulle øke graden av forutsigbarhet og trygghet for de ansatte i forbindelse med omstillingene. HSØ har også som en del av omstillingsprogrammet utarbeidet 12 prinsipper for medvirkning i omstilling (*Styresak 67/2008 nr. 6 Omstillingsprogrammet. Innsatsområde 5. Mobilisering av medarbeidere*), som ligger til grunn for involvering av medarbeidere og ledere.

Jeg er opptatt av at gode omstillinger fordrer at ansatte er informert og delaktige. Dette betyr at omstillingsprosesser best gjennomføres i et forpliktende og tillitsfullt samarbeid mellom arbeidsgiver og arbeidstakernes tillitsvalgte. Det bør også være en felles oppfatning av hva som er dagens situasjon og hva som er målet for omstillingene. Alle disse forholdene er nedfelt i omstillingsavtalen i HSØ.

Den nylig gjennomførte medarbeiderundersøkelsen ved sykehuset (jf. svar på spørsmål 11), har kartlagt medarbeidernes opplevelse av både arbeidsmiljø og ledelse i sykehuset. Resultatene av denne undersøkelsen er vedlagt dette svaret. Alle enheter i sykehuset jobber nå med å utvikle konkrete tiltak for å forbedre arbeidsmiljøet og ledelse i sine respektive enheter lokalt. Når det gjelder ledelse diskuterer medarbeidergruppene blant annet temaer som tilgjengelighet til leder, informasjonsdeling, tydelige mål og oppfølging ved sykdom og andre spesielle forhold. Handlingsplaner på arbeidsmiljø og ledelse blir fulgt opp gjennom året.

Avsluttende kommentarer

Vedlagt følger protokoller fra foretaksmøter i Helse Sør-Øst RHF 30. mai 2007, 27. november 2008, 11. november 2010, 31. januar 2011, 15. juni 2011 og 23. september 2011.

Det er for 2011 avholdt oppfølgingsmøter med Helse Sør-Øst RHF 10. mars, 11. april, 19. mai, 14. juni, 23. juni, 12. juli, 3. august, 24. august, 15. september, 30. september, 18. og 19. oktober, 2. november, 15. november og 5. desember og det vil bli avholdt ytterligere ett oppfølgingsmøte før jul.

Det føres ikke referater fra oppfølgingsmøtene med de regionale helseforetakene. Dette var en vurdering som ble gjort når denne ordningen for oppfølging ble etablert i 2002. De regionale helseforetakene oversender skriftlig rapportering til departementet i forkant av møtene, basert på et standardisert opplegg for rapportering på indikatorer for økonomi, bemanning, aktivitet og kvalitet (ØBAK). Dokumentasjonen gjennomgås av departementet før møtene og danner grunnlag for dialogen i møtene. Til de ekstra møtene som avholdes hver 14. dag utarbeides det en egen tilleggsrapportering for de

tre foretakene i hovedstadsområdet. De skriftlige rapportene fra Helse Sør-Øst RHF hittil i 2011 følger vedlagt.

Jeg har til komiteens informasjon vedlagt resultatene fra pasientsikkerhetskampanjens kartlegging av pasientskader ved OUS og resultatene av medarbeiderundersøkelsen som OUS har gjennomført.

Med vennlig hilsen

Anne-Grete Strøm-Erichsen

Vedlegg