



**DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT**

Statsråden

Kontroll- og konstitusjonskomiteén
Stortinget
0026 OSLO

Deres ref

Vår ref
201103922-/BLS

Dato
18.11.2011

Svar på spørsmål knyttet til omstillingene ved Oslo universitetssykehus HF

Jeg viser til kontroll- og konstitusjonskomiteens brev av 27. oktober 2011 der komiteen ber om svar på spørsmål knyttet til omstillingene ved Oslo universitetssykehus HF. Jeg vil innledningsvis trekke opp noen momenter som danner en ramme for mitt svar på spørsmålene fra komiteen. Dette gjelder bakgrunnen og premissene for sammenslåingen av helseregionene Sør og Øst til Helse Sør-Øst, samt prinsippene i styringssystemet som følger av helseforetaksmodellen.

Etableringen av Helse Sør-Øst RHF

Helse Sør-Øst RHF ble etablert 1. juni 2007. Inndelingen av helseregionene på sør-østlandet hadde da vært diskutert i lang tid, og vært tema i flere stortingsmeldinger bl.a. i St. meld. nr. 24 (1996-97) *Tilgjengelighet og faglighet*, jf. Innst. S. nr. 237 (1996-97) og St. meld. nr. 37 (1997-98) *Ett sted må grensen gå*, jf. Innst. S. nr. 231 (1997-98).

Før sammenslåingen lå sykehusene i hovedstaden i to ulike helseregioner. Ullevål sykehus og Aker sykehus lå i Helseregion Øst. Rikshospitalet og Radiumhospitalet lå i Helseregion Sør, men hadde om lag 60 prosent av sine pasienter fra Helseregion Øst. I tillegg var mange like fag- og forskningsmiljøer lokalisert på flere steder innenfor en begrenset radius. Det var bred enighet om at dette var en uhensiktsmessig organisering både styringsmessig og med hensyn til kvalitet og god ressursbruk.

Det fremgår av St. prp. nr. 44 (2006-2007), jf. Innst. S. nr. 167 (2006-2007) at Helse Sør-Øst RHF skulle sikre bedre samordning og ressursbruk i den sammenslåtte regionen og i hovedstadsområdet spesielt, til beste for pasientene. Flertallet i helse- og omsorgskomiteen, som i tillegg til regjeringspartiene omfattet Høyre og

Fremskrittspartiet, ga sin tilslutning til sammenslåingen, med henvisning til de utfordringene som var synliggjort i hovedstadsområdet.

Helse- og omsorgsdepartementets styring og oppfølging

Helse- og omsorgsdepartementet formelle styring og oppfølging skjer i tråd med det styringssystemet som følger av helseforetaksloven (Ot.prp. nr 66 (2000-2001) og Innst. O. nr. 118 (2000-2001) og Statens økonomireglement mv. Dette innebærer at Helse- og omsorgsdepartementets styring må følge bestemte formkrav og rettes mot det regionale helseforetaket. Helse Sør-Øst RHF har sørge-for-ansvaret for befolkningen og eier helseforetakene i regionen, herunder helseforetakene i hovedstadsområdet.

Departementets styring skjer innenfor de rammer og mål som Stortinget fastsetter f.eks. gjennom budsjettvedtak (Prop. 1 S), lovgivning og nasjonal helse- og omsorgsplan (Meld. St. 16 (2010-2011)). Departementets styring skjer fremst og fremst gjennom oppdragsdokumentet og foretaksmøtet. I de årlige oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene stilles Stortingets bevilgninger til disposisjon og departementet setter krav knyttet til bevilgningene, både når det gjelder pasientbehandling, forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende. I foretaksmøtene gis primært krav av økonomisk og organisatorisk karakter.

Rapportering fra, og oppfølgingen av de regionale helseforetakene skjer gjennom årlig melding, årsregnskap og årsberetning, samt gjennom månedlig rapportering med påfølgende oppfølgingsmøter og utvidet rapportering hvert tertial.

I årlig melding, som oversendes Helse- og omsorgsdepartementet innen 15. mars hvert år, redegjøres det for virksomheten i det regionale helseforetaket og underliggende helseforetak foregående år, samt for gjennomføringen av de kravene departementet har stilt i oppdragsdokument og foretaksmøter. Denne rapporteringen utgjør et viktig grunnlag for departementets oppfølging. Helse- og omsorgsdepartementet har i tillegg oppfølgingsmøter med regionale helseforetakene. I oppfølgingsmøtene rapporteres det henholdsvis månedvis eller tertialvis på styringskravene stilt i oppdragsdokumentet og foretaksmøtene. Norsk pasientregister (NPR) og andre sentrale registre er viktige datakilder for departementets oppfølging, i tillegg til helseforetakenes egne data. I særskilte tilfeller er det iverksatt hyppigere rapportering, slik det nå er gjort for oppfølging av omstillingene i hovedstadsområdet. Dette vil det bli nærmere redegjort for under spørsmål 7.

- 1. Hva er statsrådets synspunkter på det faktum at statlig tilsynsmyndighet, representert ved fylkeslegen, mener at man må ta en tenkepause i sammenslåingen og justere kursen av hensyn til pasientene? Komiteen ber om å få opplyst hvilke vurderinger Statens helsetilsyn har gjort av prosessen på de ulike stadier og hvordan helseforetaket har fulgt opp dette.**

Jeg vil innledningsvis understreke at det både er riktig og viktig at tilsynsmyndighetene representert ved Helsetilsynet i Oslo og Akershus, har en aktiv tilsynsrolle i omstillingene ved Oslo universitetssykehus HF (OUS).

Det er virksomhetens ansvar å sikre at de helsetjenestene som til enhver tid ytes er sikre og forsvarlige, og i tråd med lov og forskrifter og krav fra eier. Helse Sør-Øst RHF skal etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a sørge for at befolkningen i helseregionen tilbys spesialisthelsetjenester. Helsetjenestene som tilbys skal være forsvarlige, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Sørge-for-ansvaret innebærer at Helse Sør-Øst RHF og helseforetakene må planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere sin virksomhet slik at pasientene tilbys forsvarlig helsehjelp. Dette ansvaret fremgår også av forskrift om internkontroll i helse- og sosialtjenesten. Tilsynsmyndighetene på sin side har en viktig rolle ved gjennom tilsyn å vurdere tjenestene i forhold til lov og retningslinjer, samt å påpeke eventuelle avvik som helseforetakene må lukke.

Så langt jeg har registrert har verken Statens helsetilsyn eller Helsetilsynet i Oslo og Akershus hatt innvendinger mot de vedtakene som er gjort om sammenslåing. Jeg er ikke enig i premisset i spørsmålsstillingen fra komiteen om at Helsetilsynet i Oslo og Akershus ber om tenkepause. Det fylkeslegen har stilt spørsmål om, er om det kan være grunnlag for en ny vurdering av enkeltelementer i omstillingsprosessene, særlig på områder som gjelder små og sårbare fagmiljøer. Dette for å forsikre seg om at det er de rette tiltakene som er truffet. De tilbakemeldingene jeg har fått fra Helse Sør-Øst RHF er at de på basis av løpende risikovurderinger i arbeidet med oppfølging av daglig drift og behov for kostnadsreduksjoner, samt i omstillingsprosessen, vurderer dette fortløpende og er fullt ut innstilt på å følge fylkeslegens oppfordringer om å ha et særskilt fokus og synliggjøre forhold rundt de små og sårbare fagmiljøene. Til komiteens orientering vedlegges brevet fra Helsetilsynet i Oslo og Akershus, samt OUS sitt svar.

Helse- og omsorgsdepartementet har kontaktet Statens helsetilsyn for å få bistand til å besvare komiteens spørsmål om hvilke vurderinger som de har gjort av prosessen på de ulike stadiene. Statens helsetilsyn og Helsetilsynet i Oslo og Akershus har i flere omganger gitt innspill og gjort vurderinger i forbindelse med omstillingene ved OUS. I Helse Sør-Øst RHF's høringsrunde høsten 2008 kom både Statens helsetilsyn og Helsetilsynet i Oslo og Akershus med høringsinnspill. Statens helsetilsyn konkluderte i sitt høringsinnspill med at det da ikke kunne konkluderes om hvorvidt omstillingen, slik prosessen var foreslått, ville kunne sikre forsvarlig tjenesteyting eller ikke. Statens helsetilsyn tilrådte likevel at det burde gjøres en grundigere vurdering av

epidemiologiske og kliniske forhold, før det ble konkludert med hvilken kapasitet ulike tjenesteområder skulle ha.

I innspillet fra Helsetilsynet i Oslo og Akershus ble det uttrykt bekymring for manglende vurdering av de spesielle utfordringene knyttet til de demografiske forholdene i Oslo som kan henføres til "storbyproblematikk". Det ble også påpekt en manglende analyse av avvikssystemer for å finne risikoområder ved de eksisterende helseforetakene. Det ble videre stilt spørsmål ved om det var gjort en reell konsekvensanalyse av hvorvidt helsepersonellet i det nye foretaket ville kunne få endrede muligheter til å handle forsvarlig og omsorgsfullt. Helsetilsynet i Oslo og Akershus konkluderte også, som Statens helsetilsyn, med at det måtte tas hensyn til de epidemiologiske forholdene i Oslo-regionen da slike opplysninger ikke var drøftet i plangrunnlaget som ble framlagt for dem.

I følge Helse Sør-Øst RHF oppsummerte de alle høringsinnspill og drøftet videre arbeid i sitt styremøte 20. november 2008 (styresak 108/2008). Innspillene bl.a. fra Statens helsetilsyn og Helsetilsynet i Oslo og Akershus ble drøftet og tatt hensyn til. På bakgrunn av dette ble det lagt til grunn at den fremtidige organiseringen i Oslo skulle understøtte et organisatorisk skille mellom lokalbaserte spesialisthelsetjenester og lands-, regions- og områdefunksjoner. Det ble videre lagt til grunn at tilbudet samlet sett skulle gi befolkningen et styrket lokalbasert spesialisthelsetjenestetilbud, på lik linje med befolkningen i resten av regionen. Det ble videre forutsatt at tilbudet skulle være tilpasset storbyens spesielle utfordringer.

Statens helsetilsyn har videre opplyst meg om at de har hatt løpende kontakt med OUS i forbindelse med omstillingsarbeidet. Det er etter den informasjon jeg har fått fra Statens helsetilsyn, ikke gjort tilsynsmessige funn av alvorlig karakter som kan tilskrives omstillingsarbeidet.

Helsetilsynet i Oslo og Akershus har imidlertid mottatt mange bekymringsmeldinger fra ulike hold, blant annet pasienter, tillitsvalgte, ansatte, interesseorganisasjoner m.fl. På den bakgrunn sendte Helsetilsynet i Oslo og Akershus et brev til OUS i september 2011 hvor de stilte 16 spørsmål for å vurdere om risikovurderingene gjort av OUS i tilstrekkelig grad fanget opp bekymringsmeldingene og ivaretok pasientsikkerhetsarbeidet i helseforetaket. Spørsmålene dreier seg blant annet om hvilke mål sykehuset har satt for sitt pasientsikkerhetsarbeid, bruk av indikatorer, hvilke risikoanalyser som er gjort, samt hvilke tiltak som er iverksatt innenfor ulike områder. Helse Sør-Øst RHF har informert meg om at OUS har svart på spørsmålene i brev av 28. oktober 2011. Jeg har fått tilbakemelding fra Helse Sør-Øst RHF og OUS om at spørsmålene som er stilt fra fylkeslegen både er relevante og til hjelp for OUS i arbeidet med å utvikle og forsterke risikostyringen i omstillingsarbeidet.

2. På hvilken måte har departementet fulgt opp Stortingets forutsetning i Innst. S. nr. 167 (2006-2007) om å sikre bedre pasientbehandling gjennom samordningen av sykehusene i hovedstadsområdet?

Som kontroll- og konstitusjonskomiteen skriver, fremgår forutsetningene for sammenslåingen av St.prp. nr. 44 (2006-2007), jf. Innst. S. nr. 167 (2006-2007). Det er særlig tre begrunnelser som fremheves. For det første skulle sammenslåingen sikre bedre pasientbehandling gjennom blant annet bedre ressursbruk og samordning av sykehusene i hovedstadsområdet. For det andre skulle sammenslåingen gi grunnlag for å styrke forskningen. Det ble også lagt til grunn at sammenslåingen skulle gi grunnlag for bedre rekruttering av helsepersonell til andre steder i landet (jf. svar på spørsmål 5).

Kontroll- og konstitusjonskomiteen stiller spørsmål om hvordan departementet har fulgt opp Stortingets forutsetninger, særlig kravet om bedre pasientbehandling, i forbindelse med samordningen av sykehusene i hovedstadsområdet.

Helse- og omsorgsdepartementet utdypet oppdraget til Helse Sør-Øst RHF i foretaksmøtet 30. mai 2007. Det ble gitt en orientering om målsettingene for sammenslåingen av helseregionene Sør og Øst og vist til forutsetningene for samordningen av sykehusene i hovedstadsområdet, slik de fremgår av Innst. S. nr. 167 (2006-2007) og St.prp. nr. 44 (2006-2007). Den nye regionen fikk et klart oppdrag om å få til bedre pasientbehandling gjennom samordning av like fag- og forskningsmiljøer, og gjennom bedre ressursbruk, både når det gjelder økonomi og helsepersonell. Samlet sett skulle dette legge til rette for bedre tjenester (kvalitet) og flere tjenester (kapasitet) for hver helsekrone. Dette er sentrale sammenhenger og viktige premisser for sammenslåingen.

Helse Sør-Øst RHF iverksatte i etterkant av foretaksmøtet en prosess for å utarbeide en helhetlig regional strategi for omstillingene i regionen og hovedstadsområdet. Det ble stilt krav til og lagt vekt på åpen kommunikasjon, gode prosesser og systematisk involvering av interessenter i forbindelse med arbeidet. Forslagene ble sendt på høring, og ble håndtert i flere styremøter i Helse Sør-Øst RHF gjennom 2007 og 2008. Helse Sør-Øst RHF's samlede omstillingsforslag ble behandlet i styret for Helse Sør-Øst RHF 20. november 2008 (styresak 108/2008). Styrets vedtak i denne saken, sammen med flere styresaker fra 2007 og 2008, utgjorde Helse Sør-Øst RHF's svar på oppdraget. Blant de konkrete omstillingsforslagene var å dele helseregionen inn i sykehusområder, gjøre enkelte endringer i foretaksstrukturen, og at helsetjenesten skulle organiseres gjennom å sentralisere de tjenestene man må, og desentralisere de tjenestene man kan.

Det ble holdt foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 27. november 2008. I møtet ble vedtakene fra styret i Helse Sør-Øst RHF stadfestet. Vedtakene viste at Stortingets forutsetninger om bedre pasientbehandling gjennom samordning og bedre ressursbruk var fulgt opp av Helse Sør-Øst RHF, og førende for omstillingene.

Helse Sør-Øst RHF har etter dette delt helseregionen i syv sykehusområder og gjort endringer i foretaksstrukturen og oppgavefordelingen mellom sykehusene. I sykehusområde Oslo ble Oslo universitetssykehus HF (OUS) etablert fra 1. januar 2009. OUS består av de fire tidligere sykehusene Ullevål sykehus, Rikshospitalet, Radiumhospitalet og Aker sykehus. Sammenslåingen av sykehusene i hovedstaden ble vurdert som en viktig forutsetning for å kunne samordne mange like fag- og forskningsmiljøer, som var en sentral del av problembeskrivelsen i hovedstadsområdet.

I 2009 ble OUS drevet som separate driftsenheter, men fra 2010 ble foretaket organisert med felles ledelse og gjennomgående klinikker på tvers av enhetene. Styret i OUS igangsatte samtidig et arbeid for å bedre oppgavefordelingen mellom sykehusene. Lokalsykehusfunksjonene skal samles på Ullevål sykehus. Tilsvarende skal de mer spesialiserte lands- og regionsfunksjonene samles på Rikshospitalet og Radiumhospitalet. Samlingen av funksjoner og fagmiljøer på henholdsvis Ullevål sykehus, Rikshospitalet og Radiumhospitalet skal skje i flere trinn og gjennomføres over flere år. Deler av Aker sykehus skal utvikles til en samhandlingsarena mellom sykehusene i hovedstadsområdet og Oslo kommune, jf. krav stilt i foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF 1. november 2010.

Samlingen av funksjoner og fagmiljøer skal styrke kvaliteten og kapasiteten i tjenestene, styrke forskning og innovasjon og gi bedre ressursbruk. Dette skal også gjøre tjenestene mer oversiktlige for befolkningen og lette samhandlingen mellom sykehusene og kommunen, i tråd med samhandlingsreformen. Helse Sør-Øst RHF mener at dette er riktige grep for å få de ønskede effektene av sammenslåingen, slik Stortinget forutsatte i 2007.

I oppdragsdokumentene til Helse Sør-Øst RHF for årene 2008 til 2011 er det satt flere krav knyttet til kvalitet i pasientbehandlingen. Disse kravene gir føringer for driften og omstillingene av sykehusene i hovedstadsområdet. Helse Sør-Øst RHF videreformidler disse kravene til sine underliggende helseforetak, herunder til OUS. Jeg viser til vårt svar på spørsmål 3 som gir en nærmere orientering om hvilke krav som er stilt til pasientbehandlingen, samt hvordan disse er ivaretatt. Helse Sør-Øst RHF har gjennom oppfølgingsmøter og årlig melding vist at Stortingets forutsetning om å sikre bedre pasientbehandling har vært førende for regionenes arbeid med samordning av sykehusene i hovedstadsområdet.

Kjernen i omstillingsarbeidet i Helse Sør-Øst er innføring av sykehusområder, endringer i foretaksstrukturen og oppgavefordeling mellom sykehusene, samt effektivisering av støttefunksjoner innen administrasjon, bygg, innkjøp og IKT. Disse endringene skal, i tråd med oppdraget for omstillingsarbeidet, sikre bedre pasientbehandling gjennom bedre samordning og ressursbruk. Sammenslåingen til OUS og den pågående oppgavefordelingen mellom de fire tidligere sykehusene gjøres for å kunne realisere Stortingets forutsetninger og for å organisere et fremtidsrettet og godt tilbud til befolkningen innenfor bærekraftige rammer.

Det er et omfattende omstillingsarbeid som gjennomføres. Det er selvfølgelig krevende å samle sterke fagmiljøer, forene ulike kulturer, og tilrettelegge for dette fysisk og teknologisk, innenfor de gitte rammebetingelsene. Kompleksiteten øker ytterligere ved at døgnkontinuerlig drift skal videreføres samtidig med omstillingsarbeidet.

Fram mot sommeren 2011 ble det behov for en tettere oppfølging av Helse Sør-Øst RHF fra Helse- og omsorgsdepartementets side. Utilstrekkelige bemanningsplaner, budsjettoverskridelser og bekymringsmeldinger har medført at departementet fra da av gjennomfører oppfølgingsmøter med Helse Sør-Øst RHF hver 14. dag for å følge opp og legge til rette for omstillingene (jf. svar på spørsmål 7).

3. Hvilke undersøkelser og analyser har statsråden innhentet for å forsikre seg om at forsvarlighetskravet opprettholdes i omstillingsperioden?

Plikten til å yte faglig forsvarlige helsetjenester er sentral i helselovgivningen. Plikten retter seg både mot virksomheter og helsepersonell. De regionale helseforetakene skal etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a sørge for at befolkningen i helseregionen tilbys spesialisthelsetjenester. Tjenestene som tilbys skal være forsvarlige, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

Sørge-for-ansvaret innebærer at helseforetakene må planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere sin virksomhet slik at pasientene tilbys forsvarlig helsehjelp. Dette ansvaret fremgår også av forskrift om internkontroll i helse- og sosialtjenesten. Videre fremgår det av helsespersonelloven § 16 at helsehjelpen skal organiseres slik at "helsepersonell blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter." Helsepersonell er blant annet lovpålagt å utføre sitt arbeid i samsvar med krav til "faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp" etter helsespersonelloven § 4.

Helsetjenestene som tilbys befolkningen skal være forsvarlige, og helsetjenesten skal systematisk arbeide for å tilby befolkningen likeverdig tilgang til helsetjenester av best mulig kvalitet. Dette gjelder også i forbindelse med omstillingene ved Oslo universitetssykehus HF (OUS).

Helse- og omsorgsdepartementet følger opp helseforetakenes kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid gjennom å sette styringskrav i foretaksmøtene og i oppdragsdokumentene, og gjennom helseforetakenes påfølgende rapportering på styringskravene. I foretaksmøtene er det hvert år fra 2005 stilt krav til styrets ansvar for internkontroll og risikostyring, til å etablere internrevisjonsordning, samt til at tilsynsrapporter skal følges opp.

Tidligere har sykehusene i Norge i for liten grad blitt målt på konkrete kvalitetsparametre. Jeg har derfor i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene for 2011 skjerpet styringskravene knyttet til kvalitet og

pasientsikkerhet. Fagområder som følges opp er blant annet hjerneslag, kreft, diabetes og fødselsomsorg. Oppdragsdokumentet for 2011 stiller også krav om at alle sykehus skal delta i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen *I trygge hender*. Sommeren 2011 kom de første resultatene på noen av de nye kravene. OUS sine resultater viser at de har et forbedringspotensiale sett i forhold til landsgjennomsnittet. På grunn av manglende styringsparametre fra tidligere år kan vi ikke følge sykehusets utvikling over tid.

- Indikatoren *Tid fra henvisning til første behandling* for hhv. lungekreft, tykktarmkreft og brystkreft viser at pasientene i 2010 ventet noe lengre på behandling ved OUS enn i Helse Sør-Øst RHF og landet sett under ett.
- Indikatoren *Andel pasienter med akutt hjerneinfarkt som får trombolyse* viser at andel trombolysebehandlinger utført på pasienter til og med 80 år var på 10 prosent ved OUS 1. tertial 2011. Gjennomsnitt for Helse Sør-Øst RHF var 7,1 prosent. Landsgjennomsnittet var 7,8 prosent. Indikatoren *Andel fødsler med perinealruptur (fødselsrifter) grad 3 og grad 4 blant alle vaginale fødsler* viser at andel fødselsrifter ved OUS var i 2010 1,9 prosent. Dette er bedre enn gjennomsnittet for Helse Sør-Øst RHF og landsgjennomsnittet som var 2,3 prosent.

Det gjøres oppmerksom på at tallene dels er fra 2010 og dels fra 1. tertial 2011. Tall fra 2. tertial 2011 vil bli offentliggjort i løpet av kort tid og presentert på Helsedirektoratets statistikksider. Jeg vil ettersende dette materialet til komiteen.

Det er et mål å øke antall nasjonale kvalitetsindikatorer slik at vi får økt kunnskap om kvaliteten i norsk helsetjeneste. Nye indikatorer for 2012 er under vurdering. Kvalitetsindikatorer har ulike formål, og det er et utvalg indikatorer vi følger opp i oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene.

Sommeren 2011 publiserte vi tall for 30 dagers overlevelse etter innleggelse for henholdsvis hjerteinfarkt, hjerneslag, lårhalsbrudd og totaldødelighet. Tallene er publisert på www.helsenorge.no og viser resultater på sykehusnivå. Sykehusene grupperes ut fra om de har signifikant høyere overlevelse signifikant lavere overlevelse eller ingen signifikante avvik fra gjennomsnittet. Enhetene som inngår i OUS er blant sykehusene på, eller over gjennomsnittet på alle indikatorene. Unntaket er Rikshospitalet som er i en gruppe på fem sykehus som har signifikant lavere overlevelse enn landsgjennomsnittet på hjerneslag.

Øvrige kvalitetsindikatorer som publiseres jevnlig på Helsedirektoratets statistikksider er blant annet andel lårhalsbruddoperasjoner innen 48 timer og andel strykninger fra planlagt operasjon. På andel strykninger fra planlagt operasjon har OUS hatt en positiv utvikling fra 1. tertial 2009 til 1. tertial 2011, men OUS har fortsatt høyere andel strykninger enn gjennomsnittet for Helse Sør-Øst RHF og landsgjennomsnittet. På andel lårhalsbruddoperasjoner innen 48 timer har OUS hatt en negativ utvikling fra 2009 til 2011 og resultatet for OUS er dårligere enn for Helse Sør Øst RHF for øvrig og

landsgjennomsnittet. OUS har imidlertid hatt en positiv utvikling de siste årene på kvalitetsindikatorerne korridorpasienter og andel epikriser sendt innen 7 dager.

Oppdragsdokumentet til RHFene har siden 2007 stilt krav om at det er et ledelsesansvar å ha gode systemer for melding og oppfølging av uønskede hendelser. I følge Helse Sør-Øst RHF har OUS meldt at de fra dag én i fusjonsprosessen har hatt et felles overgripende registrerings- og analyseverktøy for avvik, uønskede hendelser og forbedringsforhold. OUS har videre meldt at antall meldte hendelser stadig øker, noe som de mener kan oppfattes som positivt og uttrykk for en bedre meldekultur. Som ledd i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen kartlegger alle helseforetak omfang av pasientskader ved å analysere pasientjournaler. Foreløpige nasjonale resultater tyder på at 14,5 prosent av pasientoppholdene i landet var forbundet med skade. Ved OUS var resultatet 10 prosent.

Som varslet i Meld. St. 16 (2010-2011) *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)*, vil jeg i løpet av 2012 legge fram en Stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet. Måling av kvalitet og sikkerhet vil inngå som sentralt tema i meldingen.

Som nevnt gjennomfører departementet i en periode oppfølgingsmøter med Helse Sør-Øst RHF hver 14. dag for å følge opp og legge til rette for omstillingene. Disse møtene har også hatt oppmerksomhet på indikatorer for kvalitet (jf. svar på spørsmål 7).

4. Hvilke tiltak har departementet gjort for å ivareta behovet for pasientinformasjonsflyten siden OUS vedtok å stanse prosjektet "klinisk arbeidsflate" i april 2011?

I arbeidet med omstillingen i Oslo universitetssykehus HF (OUS) ble det i desember 2009 igangsatt et prosjekt for å utvikle en felles klinisk og administrativ infrastruktur for å sikre god informasjon og samhandling om pasientbehandlingen mellom de ulike sykehusene.

Pasientbehandlingen i OUS foregår på flere geografiske steder, og det er derfor behov for å kunne flytte pasienter og helsepersonell mellom disse. For å sikre god informasjon og samhandling om pasientbehandlingen må en felles klinisk og administrativ infrastruktur etableres. Arbeidet med å utvikle en felles klinisk og administrativ infrastruktur er basert på gjeldende lover og retningslinjer for sikkerhet og standardisering ved utveksling av pasientinformasjon.

Sykehusene i OUS, har fra før ulike kliniske systemer. Målet er at helsepersonellet ved Aker sykehus, Ullevål sykehus, Rikshospitalet og Radiumhospitalet får tilgang til all pasientinformasjon (pasientjournaler, prøvesvar og røntgenbilder) på tvers av sykehusene.

Helse Sør-Øst RHF inngikk i desember 2009 en rammeavtale med Logica som skulle utvikle en dataportal som kunne knytte sammen ulike kliniske systemer. Ledelsen ved OUS besluttet 17. desember 2009 å benytte seg av rammeavtalen og inngikk kontrakt med leverandøren om utvikling av en *"klinisk arbeidsflate"*.

En årsak til at ledelsen ved OUS valgte klinisk arbeidsflate som løsning var at fase 1 av løsningen skulle kunne realiseres på vesentlig kortere tid enn det som ville kreves for å samordne de eksisterende kliniske systemene.

Systemet skulle i følge ledelsens tidsplan være installert og klar til bruk ved OUS 1. juni 2010 slik at det kunne støtte opp under fusjonsprosessen. Prosjektet var imidlertid stadig forsinket noe som også førte til kostnadsoverskridelser. Helse Sør-Øst RHF har informert meg om at prosjektet ble besluttet stanset den 28. april 2011, på bakgrunn av risiko i prosjektet og fordi leverandøren ikke klarte å levere som forutsatt. Det er brukt 160 millioner kroner på prosjektet, hvorav 35-40 millioner er knyttet til elementer som ifølge Helse Sør-Øst RHF vil bli gjenbrukt i pågående prosjekter. Det er uheldig at dette prosjektet ikke lot seg realisere, slik at de ansatte i dag må bruke andre, mindre brukervennlige løsninger. Helse Sør-Øst RHF har forsikret meg om at den nye ledelsen og styret ved OUS har full oppmerksomhet mot å finne avbøtende tiltak.

Helse Sør-Øst RHF opplyser at parallelt med klinisk arbeidsflate-prosjektet ble det gjennomført samordnings- og harmoniseringstiltak av underliggende systemer. I tillegg ble det etablert en midlertidig løsning som gir helsepersonellet tilgang til pasientinformasjon uavhengig av hvor de er. Denne løsningen innebærer at helsepersonell kan få tilgang til pasientopplysninger ved et av de andre sykehusene. Sikker tilgangskontroll medfører imidlertid at helsepersonellet må logge seg inn i systemet en ekstra gang. På denne måten ivaretas pasientinformasjonsflyten innenfor det nåværende systemet, men det er langt mindre brukervennlig enn en felles løsning ville vært.

Helse Sør-Øst RHF opplyser at OUS fortsatt arbeider med sikte på å slå sammen de kliniske systemene. Komponenter fra klinisk arbeidsflate-prosjektet bli gjenbrukt og prosjektet bygger på de systemer som er i drift ved OUS i dag. OUS har i brev til Helsetilsynet i Oslo og Akershus framhevet fortsatt framdrift i arbeidet med et mer velegnet og effektivt system for bruken av felles klinisk informasjonsgrunnlag som særlig viktig for å øke pasientsikkerheten.

5. Hva har departementet gjort for å sørge for at bemanningen ved sykehusene knyttet til OUS er tilpasset pasientgrunnet?

Oslo universitetssykehus HF (OUS) har pr. i dag om lag 17 000 årsverk og et budsjett på vel 17 milliarder kroner. OUS har oppgaver innen pasientbehandling, forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende. Når det gjelder pasientbehandlingen tilbyr de nasjonale og regionale tjenester til landet og regionen. I

tillegg tilbyr de områdefunksjoner for befolkningen i hovedstadsområdet, samt lokalsykehustjenester til om lag 240 000 av befolkningen i Oslo.

Fra 1. januar 2011 ble lokalsykehusansvaret for en befolkning på om lag 160 000 overført fra OUS til Akershus universitetssykehus HF (Ahus). Dette innebærer at en økende relativ andel av pasientbehandlingen ved OUS utgjøres av de nasjonale og regionale tjenestene.

Som en konsekvens av overføringen, reduserte Helse Sør-Øst RHF budsjettet til OUS med 1,7 milliarder kroner i 2011, med en tilsvarende økning av budsjettet til Ahus. Dette beløpet var omforent mellom de to helseforetakene, og skulle ta høyde for aktivitetsendringer og bemanningstilpasninger. I tillegg kunne OUS gå med 400 millioner kroner i underskudd, samt at de fikk et ekstraordinært tilskudd på 225 millioner kroner. Denne omstillingsstøtten til driften i 2011, på til sammen 625 millioner kroner, reflekterte den resultatrisiko OUS hadde signalisert til Helse Sør-Øst RHF i budsjettprosessen for 2011. Beløpet inkluderte også fortsatt finansieringsbehov knyttet til såkalt "haleaktivitet" i forhold til pasientgrunnlaget som ble overført til Ahus. Samlet vil OUS i perioden 2010 – 2013 bli tilført omlag 3,6 milliarder kroner i omstillingsmidler. Dette fordeler seg med om lag 1,5 milliarder kroner til investeringer og omlag 2,1 milliarder kroner til drift. Det er så langt ikke stilt krav om at OUS skal ta ut gevinster knyttet til fusjonen.

Helse Sør-Øst RHF forsikret departementet om at ledelsen ved OUS innen 15. oktober 2010 skulle utarbeide bemanningsplaner som følge av at lokalsykehusansvaret for en befolkning på 160 000 skulle overføres til Ahus, og som følge av at budsjettet skulle reduseres i tråd med dette. Tidsrammen ble imidlertid forskjøvet til 15. desember 2010. Begrunnelsen for dette var at OUS prioriterte ressursene på det felles overføringsprosjektet mellom OUS og Ahus som var etablert i 2010, spesielt de forhold som knyttet seg til planlegging og tilrettelegging for at overføringen kunne skje på en trygg måte. Konsekvensen av de manglende bemanningsplanene ved OUS var at antall søkere fra OUS til Ahus ble langt lavere enn ønsket. På denne bakgrunn ba Helse Sør-Øst RHF i oppfølgingsmøte 14. oktober 2010 om at styrene i de to helseforetakene bekreftet at overføringstidspunktet var 1. januar 2011. Helse Sør-Øst RHF har videre orientert om at de både i budsjettprosessen og i sitt oppdragsdokument for 2011 stilte tydelige krav om at OUS måtte gjennomføre nødvendige bemanningstilpasninger i 2011. Dette var også et fast tema på alle oppfølgingsmøter som Helse Sør-Øst RHF gjennomførte med helseforetakene i hovedstadsområdet høsten 2010.

På tross av at departementet hadde blitt informert om at Helse Sør-Øst RHF hadde stilt tydelige krav til OUS, og at departementet ble forsikret om at bemanningen skulle tilpasses endringer i pasientgrunnlaget, så samsvarte ikke utviklingen i lønnsutgiftene ved OUS våren 2011 med dette. Helse Sør-Øst RHF opplyser om at den negative utviklingen ble tatt opp i oppfølgingsmøter med OUS i februar 2011. Helse- og omsorgsdepartementet ble informert om dette i oppfølgingsmøtet med Helse Sør-Øst

RHF i mars. Departementet understreket da på nytt de gjeldende økonomiske rammebetingelser for 2011 som var gitt i foretaksrådet i januar. Departementet ga uttrykk for at utviklingen ikke var akseptabel og ba om at Helse Sør-Øst RHF måtte ha særskilt oppmerksomhet om utviklingen i hovedstadsområdet og at det skulle rapporteres særskilt på dette framover. Styret for OUS gjorde på den bakgrunn et enstemmig vedtak i styremøte 31. mars 2011 om at det særlig måtte fokuseres på "å mobilisere organisasjonen mot konkrete korrigerende tiltak for å tilpasse bemanningsutvikling og kostnadsutvikling i takt med reduksjon i aktivitet og angitt budsjetttramme for 2011. På tross av styrets vedtak fortsatte den negative utviklingen. Helse Sør-Øst RHF satte inn ny styreleder i OUS 1. april 2011 og administrerende direktør ved OUS fratradte 6. juni 2011.

Rapporteringen fra Helse Sør-Øst RHF til departementet pr. september 2011 viser at bemanningen ved OUS fortsatt ikke er innenfor budsjettet. Helse Sør-Øst RHF har, på lik linje med departementet, etablert ekstraordinær oppfølging hver 14. dag av helseforetakene i hovedstadsområdet, med en særlig oppmerksomhet mot og oppfølging av bemanningsutviklingen. Blant annet har Helse Sør-Øst RHF i samarbeid med OUS etablert gjennomgående bemanningsrapportering ned til klinikk- og avdelingsnivå. Arbeidet med etablering av bemanningsplaner ved OUS har tatt tid, men er nå fullført for de fleste klinikkene. Det forventes at bemanningsplanene for OUS i sin helhet er ferdigstilte innen utgangen av 2011 og da i samsvar med kravene til budsjettet for 2012. Helse Sør-Øst RHF satte inn ny styreleder og nye styremedlemmer i styret for OUS i oktober 2011..

Per oktober 2011 angir OUS en prognose for samlet underskudd i 2011 som er 520 mill. kr. utover de 400 mill. kr. i underskudd som Helse Sør-Øst RHF har gitt som styringskrav. Dette utgjør et stort antall årsverk. Helsepersonell er en knapp ressurs. Den nåværende situasjonen er derfor en stor utfordring for hovedstadsområdet, for resten av Helse Sør-Øst og for landet for øvrig, og heller ikke i samsvar med forutsetningene for samordningen av sykehusene i hovedstadsområdet.

Det er etablert rapportering på endring i pasientstrømmene mellom helseforetakene i hovedstadsområdet. Antall nyhenvisninger og antall døgnopphold er som forventet og planlagt redusert ved OUS og økt ved Ahus. Helse- og omsorgsdepartementet har fått nye opplysninger i forhold til de opplysningene statsminister Jens Stoltenberg ga i spontanspørretimen 26. oktober 2011 om nedgangen i antall døgnopphold ved OUS. Korrigerte tall for 2010 tilsier at nedgangen i antall døgnopphold ved OUS fra september 2010 til september 2011 er på 10 prosent, og ikke 20 prosent som departementet tidligere hadde fått informasjon om.

6. Hvordan forsikret departementet seg i forkant av sammenslåingen av Osloykehusene om at OUS var økonomisk i stand til å gjennomføre sammenslåingen uten at det gikk ut over pasientsikkerheten?

Da Stortinget ble orientert om, og sluttet seg til, regjeringens beslutning om å slå sammen Helseregion Sør og Helseregion Øst og etablere Helse Sør-Øst RHF i St.prp. nr. 44 (2006-2007), var dette på bakgrunn av en lenge erkjent problemstilling knyttet til ressursbruken i hovedstadsområdet. Flere alternative løsninger var utredet. Det ble forutsatt at sammenslåingen ville være et gode for spesialisthelsetjenesten og pasientene i hele landet. Dette ble formulert slik:

”Bedre ressursutnyttelse og koordinering i hovedstadsområdet og mellom Helse Sør RHF og Helse Øst RHF, vil være et gode for spesialisthelsetjenesten i hele landet – og komme pasientene til gode. Eksempelvis vil bedre ressursutnyttelse og samordning av sykehusene i hovedstadsområdet gi grunnlag for bedre muligheter for rekruttering av helsepersonell og spesialister andre steder i landet, både i og utenfor den nye regionen. Det er identifisert betydelig gevinstpotensiale på ulike områder – både faglig og økonomisk. Sammenslåingen vil gi langt bedre muligheter for samordning av fag- og forskningsmiljøer...

... Det legges ikke opp til å redusere bevilgningen til det sammenslåtte Helse Sør RHF og Helse Øst RHF i 2007 og 2008 som følge av effektiviseringsgevinster ved sammenslåingen. Effektiviseringsgevinstene i den nye regionen må også komme sykehus utenfor hovedstadsregionen til gode, med spesielt fokus på ytterkantene. Utvalget som skal utrede inntektsfordelingen mellom helseregionene får i mandat å vurdere stordriftsfordeler ved sammenslåingen, og ta hensyn til dette i sitt forslag til ny inntektsfordeling mellom helseregionene, som etter planen iverksettes fra 2009... ”

Komiteens flertall (Ap, Frp, H, SV og Sp) støttet regjeringens beslutning, og grunnlaget for denne. Flertallet støttet også regjeringens forutsetning om at gevinster Helse Sør-Øst RHF oppnår gjennom arbeid for å forbedre koordinering og ressursbruk, må beholdes i regionen og komme pasientbehandlingen i hele den nye regionen til gode (Innst. S. nr. 167 (2006-2007)).

I forbindelse med Stortingets behandling av St.prp. nr. 44 (2006-2007) ble Helse Sør-Øst RHF gitt en tilleggsbevilgning på 100 millioner kroner. Bevilgningsøkningen ble begrunnet med hensynet til å sikre pasientbehandlingen og gi noe bedre tid til nødvendig effektivisering av driften.

Som nevnt fulgte Helse- og omsorgsdepartementet opp beslutningen om sammenslåing i foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 30. mai 2007. Det ble forutsatt at styret skulle sørge for betryggende styring og tett oppfølging av helseforetakenes økonomi for å nå resultatkravet. Departementet var innforstått med at dette ville kunne innebære betydelige omstillinger, og at Helse Sør-Øst RHF måtte være innstilt på løpende effektivisering og omstilling av driften i årene framover. Det ble lagt til grunn at

nødvendige omstillingstiltak måtte vurderes i henhold til gjeldende rammer for helseforetak og forutsatt at omstillingsarbeidet skulle skje i samarbeid med de ansatte og deres organisasjoner.

Helse Sør-Øst RHF's omstillingsforslag ble stadfestet i foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 27. november 2008. Av saken fremgår at det i et samarbeid mellom fagmiljø og ledere ved Ullevål sykehus og Rikshospitalet og Helse Sør-Øst RHF er gjort vurderinger av hvilke gevinster som vil kunne realiseres ved samordning av fagmiljøene. De fleste fagmiljøene vurderte at en samling av de høyspesialiserte funksjonene ved de to sykehusene ville gi betydelige faglige gevinster knyttet til pasientbehandling, forskning og utdanning. Gjennom dette arbeidet var det også estimert et potensial for økonomisk effektivisering av klinisk virksomhet, medisinske støttefunksjoner og ikke-medisinske støttefunksjoner.

Departementet har fulgt opp omstillingsarbeidet i hovedstaden gjennom det etablerte systemet med oppfølgingsmøter med de regionale helseforetakene. I oppfølgingsmøtene blir både økonomi, aktivitet og indikatorer for kvaliteten på pasientbehandling gjennomgått, inklusiv budsjett for kommende år. Departementet har vært informert om de tiltak som Helse Sør-Øst RHF har gjort gjennom budsjettet ved omprioriteringer til Oslo universitetssykehus HF (OUS) og de to andre helseforetakene for å bidra til omstillingen.

Magnussen-utvalget (NOU 2008:2 *Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak*) gjennomgikk inntektsfordelingssystemet, som er grunnlaget for fordeling av basisbevilgningen mellom de fire regionale helseforetakene med det mål at systemet skulle sette de regionale helseforetakene i stand til å gi et likeverdig tilbud av spesialisthelsetjenester. Utvalgets forslag til inntektsfordelingsmodell ble ikke påvirket av sammenslåingen av Helseregion Øst og Helseregion Sør, men viste likevel at det var grunnlag for en omfordeling av inntekter fra Helse Sør-Øst RHF til de tre andre regionale helseforetakene. I stedet for en omfordeling og reduksjon i rammene til Helse Sør-Øst RHF ble Magnussen-utvalgets forslag til ny fordeling av basisbevilgningene til regionale helseforetak innført gjennom vekst i inntektsrammen i 2009 og 2010 slik at rammene til Helse Sør-Øst RHF ikke ble redusert (jf. St.prp. nr. 1 (2008-2009) og St. prp. nr. 1 (2009-2010)).

Helse Sør-Øst RHF forvalter om lag 61 milliarder kroner, og mottar om lag 55 prosent av den samlede bevilgningen til spesialisthelsetjenesten. OUS har et budsjett på vel 17 milliarder kroner, i tillegg kommer de ekstra omstillingsmidlene som er stilt til rådighet. Det er i utgangspunktet lagt til grunn at omstillingene i hovedstadsområdet, på samme måte som ved de øvrige omstillingene som har pågått og pågår i resten av landet, skal skje innenfor gjeldende budsjettammer, om nødvendig med omprioriteringer innenfor helseregionen. Helse Sør-Øst RHF har likevel funnet det nødvendig å understøtte prosessene ved OUS med ekstra omstillingsmidler. Som tidligere redegjort for utgjør dette 625 millioner kroner i 2011 (jf. svar på spørsmål 5).

OUS har per september 2011 estimert en overskridelse utover dette med 520 millioner kroner. Dette innebærer en vesentlig mindre nedjustering av ressursbruken enn forutsatt i 2011.

Totalt vil det gjennom omprioriteringer i Helse Sør-Øst bli stilt til disposisjon omlag 3,6 milliarder kroner i perioden 2010-2013 for å lette omstillingsutfordringene for OUS til drift og investeringer. OUS har ikke fullt ut brukt midlene som hittil er stilt til disposisjon for omstillingsinvesteringer som var planlagt i 2010 og 2011.

Større investeringsprosjekter er underlagt et omfattende planleggingsregime. I forbindelse med behandlingen av Prop. 1 S (2010-2011) har Stortinget også sluttet seg til at beløpsgrensen for prosjekter som skal forelegges departementet settes ned fra 1 milliard kroner til 500 millioner kroner. Videre vil de regionale helseforetakene fra og med 2011 underlegges en fireårig prøveordning med ekstern kvalitetssikring av konseptfaseutredninger, tilsvarende den statlige KS1-ordningen. Større investeringsprosjekter i OUS vil måtte fremmes i tråd med denne ordningen.

Midlene som stilles til rådighet for OUS til driften eller som OUS bruker utover rammen, gir mindre handlingsrom til investeringer for de andre helseforetakene i Helse Sør-Øst. Foreløpig har dette ikke gått ut over framdriften i gjennomføringen av planlagte investeringer i regionen, men Helse Sør-Øst RHF har opplyst at det er bekymring blant øvrige helseforetak i regionen om at dette kan komme til å skje dersom ikke OUS tilpasser seg til rammen (jf. svar på spørsmål 8).

7. Hvordan følger departementet opp rapporteringen fra OUS og Helse Sør-Øst RHF med tanke på å oppfylle Stortingets forutsetninger til gjennomføringen, og hvordan er Stortinget informert om dette?

Helse- og omsorgsdepartementet har fulgt opp omstillingsarbeidet i hovedstaden svært tett gjennom oppfølgingsmøter. Siden juni i år har det blitt gjennomført oppfølgingsmøter med Helse Sør-Øst RHF hver 14. dag. Tema for møtene er bl.a. indikatorer for aktivitet, kapasitet, utvikling i ventetider og kvalitet, bemanning, sykefravær, arbeidsmiljø og økonomi (drift og investeringer). Helse Sør-Øst RHF har etablert et tilsvarende intensivert opplegg for oppfølging av de tre helseforetakene i hovedstadsområdet (Oslo universitetssykehus HF (OUS), Vestre Viken HF og Akershus universitetssykehus HF (Ahus)).

I tråd med plan- og meldingssystemet for de regionale helseforetakene jf. Ot.prp. nr 66 (2000-2001), helseforetakloven § 34, vedtektene for regionale helseforetak § 15, samt Stortingets forretningsorden og bevilgningsreglementet, rapporterer departementet til Stortinget gjennom de årlige budsjettproposisjonene.

Det ble rapportert om omstillingen i hovedstadsområdet i St.prp. nr. 1 (2008-2009) for Helse- og omsorgsdepartementet, Prop. 1 S (2009-2010) og Prop. 1 S (2010-2011).

Stortinget ble sist informert gjennom Prop. 1 S (2011-2012). I tillegg har jeg besvart spørsmål fra Stortinget. Jeg har også holdt en redegjørelse for Stortinget 9. juni 2011 og vil besvare en interpellasjon fra representanten Dåvøy om situasjonen ved OUS 28. november 2011.

Helse Sør-Øst RHF har etablert et eget oppfølgingsregime for de tre sykehusene i hovedstadsområdet, med hyppig rapportering og koordineringsmøter, hvor det blant annet fokuseres på følgende:

- pasientsikkerhet, tilgjengelighet, fristbrudd, ventetider og totalutnyttelse av kapasitet i hovedstadsområdet
- risikotilpasset oppfølgingsregime i det enkelte foretak
- månedlige risikovurdert prognose og avvikshåndtering
- arbeidsmiljøet
- utvikling i antall ansatte, etablering av et bemanningsnivå som er tilpasset rammene
- kommunikasjon med ansatte, brukere og samarbeidspartnere
- etablering av Samhandlingsarena Aker
- oppfølging av planlagte endringsprosesser og omstillingseffekter

Jeg har holdt foretaksmøter i Helse Sør-Øst RHF hvor det er stilt krav til omstillingene i hovedstadsområdet 11. november 2010, 31. januar 2011, 15. juni 2011, 23. september 2011. Det er også tidligere holdt foretaksmøter hvor det er stilt krav til omstillingen i hovedstadsområdet 30. mai 2007, 17. desember 2007, 24. januar 2008, 5. juni 2008, 27. november 2008 og 26. januar 2009.

8. Hvordan har statsråden forsikret seg om at omstillingen ved OUS ikke rammer pasienttilbudet i resten av helseregionen?

De midlene som Helse Sør-Øst RHF har stilt til rådighet for Oslo universitetssykehus HF (OUS) til å håndtere omstillingen inkl. overskridelsene i forhold til budsjett representerer delvis innsparinger og opparbeidet likviditetsreserve i det regionale helseforetaket, og delvis nye midler som i budsjettet for 2011 ble prioritert inn mot omstillingene i hovedstaden. Helse Sør-Øst RHF har etablert og fastholder prinsipper for likviditetsstyring som innebærer at de helseforetakene som har opparbeidet overskudd (og dermed likviditetsreserver), beholder disse midlene til eget bruk og etter egen prioritering. Midlene kan nyttes til nye oppgaver, økt forskning, framtidige investeringer, til nedbetaling av gjeld eller som en reserve. Å gjenopprette budsjettstyring og få på plass bemanningsplaner ved OUS er imidlertid avgjørende for å unngå å påvirke likviditeten negativt ved de øvrige helseforetakene i Helse Sør-Øst.

Jeg har så langt ikke informasjon som skulle tilsi at omstillingene ved OUS rammer tjenestene til befolkningen i Oslo eller til befolkningen i resten av helseregionen og resten av landet negativt. Jeg har heller ikke mottatt opplysninger som skulle tilsi at

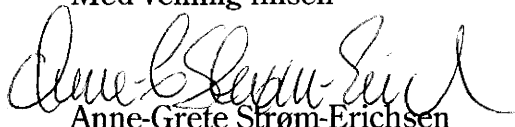
pasientsikkerheten ved de øvrige helseforetakene i Helse Sør-Øst ikke blir godt nok ivaretatt.

Avslutning

Selv om forslaget til statsbudsjettet for 2012 legger opp til økte rammer for behandlingstilbudet i spesialisthelsetjenesten, så vil det være behov for store omstillinger også i årene framover som følge av økning i folketall, og av at behandlingsmulighetene og behovene endres.

Oslo universitetssykehus HF er landets største helseforetak med viktige funksjoner for hele landet innenfor spesialisert behandling, forskning, utdanning og innovasjon. Jeg er ikke minst av den grunn svært opptatt av de omstillingene som nå gjennomføres, og som skal bidra til å gi befolkningen et bedre tilbud gjennom bedre samordning, bedre oppgavefordeling og bedre ressursbruk. Jeg oppfatter at det ikke er uenighet om målene for samordningen av sykehusene i Oslo universitetssykehus HF. Store omstillinger er også gjennomført ved flere av landets større helseforetak, og selv om disse omstillingene også var krevende da de pågikk, har disse omstillingene hatt positiv effekt i forhold til ressursbruk, pasienttilbud og arbeidsmiljø. Jeg har hatt flere møter med de ansattes organisasjoner, og jeg tar på alvor de bekymringsmeldingene som de formidler. Jeg vil fortsatt følge omstillingene ved Oslo universitetssykehus HF og resten av hovedstadsområdet nøye.

Med vennlig hilsen



Anne-Grete Strøm-Erichsen

Vedlegg

Brev fra Helsetilsynet i Oslo og Akershus til OUS av 19.09. 2011

Svar fra OUS til Helsetilsynet i Oslo og Akershus av 28.10. 2011

Adm. dir. Jan Erik Thoresen, Oslo universitetssykehus HF
Postboks 4950 Nydalen
0424 Oslo

DERES DATO/YOUR DATE: DERES REF. / YOUR REF.: VÅR REF. / OUR REF.: DATO / DATE:

2011/18363-1 FM-H 19.09.2011

Helsetilsynet i Oslo og

Akershus

Norwegian Board of

Health in Oslo and

Akershus Counties

Pb 8111 Dep

NO-0032 Oslo

Norway

Tel.: +47 22 00 39 00

Faks: +47 22 00 39 10

E-post/*e-mail*:

helsetilsynet@fmoa.no

www.helsetilsynet.no

Besøksadresse/*Street address*:

Tordenskioldsgate 12

Inngang sjøsiden

PASIENTSIKKERHET OG RISIKOSTYRING UNDER SAMMENSLÅINGSPROSESSEN VED OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

Helsetilsynet i Oslo og Akershus har hatt en omfattende kontakt med Oslo universitetssykehus om forhold som direkte eller indirekte er knyttet til sammenslåingsprosessen ved sykehuset. Som sykehuset er vel kjent med har vi mottatt bekymringsmeldinger om svekket pasientsikkerhet fra ulike hold; pasienter og pårørende, pasientombud, interesseorganisasjoner, tillitsvalgte og fagfolk i og utenfor sykehuset.

Oslo universitetssykehus har redegjort for situasjonen skriftlig og i møter med Helsetilsynet. Vår oppgave er å tilse at helsetjenestene som gis er forsvarlige i helserettslig forstand, og at virksomhetens ledelse oppfyller den plikt de har til å gjennomføre omstillingen på en slik måte at pasientene får forsvarlig helsehjelp. Det er en utfordring å vurdere dette i en fusjon av så store og komplekse virksomheter. Helsetilsynet i Oslo og Akershus har derfor valgt å innhente eksternt kompetanse på sikkerhet og risikostyring. Selskapet Proactima har gjennomgått sentrale styringsdokumenter for omstillingsprosessen i Oslo universitetssykehus og gitt innspill til spørsmål som er relevante ut fra en sikkerhetsfaglig tenkning.

Helsetilsynet i Oslo og Akershus stiller i dette brevet en rekke spørsmål som vi ber Oslo universitetssykehus' ledelse om å besvare. Problemstillingene er ikke nye og vil være omtalt i en rekke av OUS' dokumenter. Vi ber spesielt om ikke å få tilsendt redegjørelser som er presentert for ulike formål tidligere, men en kortfattet redegjørelse og vurdering av hvert enkelt av følgende spørsmål.

1. Hvilke overordnede mål har Oslo universitetssykehus satt seg for pasientsikkerhet?
2. Sykehuset har satt seg mål knyttet til fristbrudd og sykehusinfeksjoner, som kan sees som indikatorer på pasientsikkerhet.
 - a. I hvilken grad gir disse indikatorene etter Oslo universitetssykehus' vurdering et godt bilde på pasientsikkerheten ved sykehuset?
 - b. Er det viktige forhold knyttet til pasientsikkerhet som ikke reflekteres i disse indikatorene og i så fall, hvordan sikres det at disse forholdene ivaretas?
 - c. Har Oslo universitetssykehus andre indikatorer for å måle pasientsikkerhet?

3. Har Oslo universitetssykehus en oppdatert risikoanalyse som viser hva som kan hindre sykehuset i å nå målene knyttet til pasientsikkerhet? Omfatter en slik analyse både en normal driftssituasjon og situasjonen under fusjonsprosessen?

4. Har Oslo universitetssykehus beskrevet hvordan man sikrer at beslutninger i sammenslåingsprosessen ivaretar pasientsikkerheten? Hvilke akseptkriterier har man satt opp for å understøtte selve beslutningsprosessen?

5. Det foreligger detaljerte planer for ulike faser i sammenslåingsprosessen. Gjennomføres det statusoppdateringer av disse på overordnet nivå med fokus på hvordan pasientsikkerheten ivaretas?

6. Hvilke faktorer og aktiviteter er mest kritiske for å kunne øke pasientsikkerheten?

7. I ledelsens gjennomgang 3.tertial 2010 fremgår det at ca. 35 % av tiltakene som er implementert for å bedre pasientsikkerheten har hatt positiv effekt, mens ca. 62 % ikke har medført endring og ca. 3 % har ført til forverring. Hva slags oppfølging gjøres det av tiltak som ikke viser positiv effekt? Hvordan inkluderes informasjon fra de ansatte i denne forbedrings- og implementeringsprosessen?

8. I styresak 47/2011 omtales utfordringer i sammenslåingsprosessen som kan ha betydning for pasientsikkerheten på sikt, bl.a. manglende motivasjon hos ansatte på grunn av økonomien i helseforetaket.

Hvilke tiltak er satt i verk for å ivareta disse utfordringene?

Hvordan ivaretas spørsmål og informasjon fra de ansatte oppover i systemet til sykehusets ledelse og styre?

Vil tilbakemelding fra de ansatte kunne ha innvirkning på den videre fremdriften av fusjonsprosessen eller kunne korrigere planene som foreligger?

9. Manglende avviksrapporteringer identifisert som en utfordring. Det er kjent at manglende rapportering kan skyldes faktorer som mangelfull opplæring, kompliserte rapporteringssystemer og manglende systematisk læring og mangelfull tilbakemelding.

a. Hvordan har sykehuset arbeidet med å bedre avviksrapporteringen?

b. Har Oslo universitetssykehus vurdert hva som er årsakene til manglende avviksrapportering og er det forhold i fusjonsprosessen som påvirker dette?

10. Hvordan vurderer Oslo universitetssykehus antallet brudd på arbeidsmiljøloven (9386 i første tertial 2011) og hvordan arbeides det videre med dette? Har det høye antallet sammenheng med sammenslåingsprosessen?

11. Oslo universitetssykehus har flere eksterne enn interne tilsyn, og resultatene viser at det er langt flere funn ved de eksterne tilsynene enn ved de interne. Hvordan vurderer Oslo universitetssykehus i lys av dette sin egen internkontroll?

12. Blir mål som settes til avdelinger og klinikker ved årets begynnelse revurdert og korrigert utover året?

13. Hvordan velges hendelser og indikatorer som blir presentert i risikomatriksen som ledelsen legger frem for styret, og er det de samme hver gang? En rekke overordnede tiltak er knyttet til de identifiserte risikoene i en handlingsplan. Hvordan er prosessen for å sikre at de overordnede tiltakene blir gjennomført i de ulike avdelingene i helseforetaket?

14. En rekke risikoer er plassert i rød kategori.

Hvordan er prosessen for å iverksette, evaluere og forbedre tiltak spesifikt for disse risikoene?

Hvilken respons eller tiltak fører det til i ledelsen når en hendelse eller indikator plasseres i rødt område i risikomatriksen?

15. Måles sykehusets ledelse på pasientsikkerhet, og hvordan rapporteres det i så fall?

16. Har Oslo universitetssykehus noen form for "benchmarking" mot andre sykehus?

Vi ber om tilbakemelding innen **17. oktober 2011**.

Med hilsen

Petter Schou
fylkeslege

Sølvi Taraldsen
ass. fylkeslege

Dokumentet er elektronisk godkjent.

Saksbehandler: Sølvi Taraldsen(22 00 37 14

Helsetilsynet i Oslo og Akershus
Pb 8111 Oslo
0032 Oslo

Vår ref.:
2011/16370

Deres ref.:
2011/18363-1 FM-H AB,EB.

Saksbeh.:
Dato:
28.10.2011

Oppgis ved all henvendelse

PASIENTSIKKERHET OG RISIKOSTYRING UNDER SAMMENSLÅINGSPROSESSEN VED OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

Vi viser til brev datert 19.09.11. og øvrige kontakter mellom Oslo universitetssykehus og Helsetilsynet. Oslo universitetssykehus ser det som en styrke at Helsetilsynet konstruktivt bidrar med avklaringer om viktige spørsmål i oppfølgingen av pasientsikkerhet og risiko i den pågående endringsprosessen. Problemstillingene Helsetilsynet tar opp er sentrale, og har i stor grad samme fokus som sykehusets ledelse har i sitt arbeid. Risikostyring skal være en integrert del i det daglige arbeid og danner grunnlaget for god virksomhetsstyring i organisasjonen. Dette har vært og er et etablert krav i utøvelse av gjennomgående ledelse helt fra oppstart av fusjonen ved Oslo universitetssykehus.

Fusjonen i Oslo universitetssykehus har et kvalitets- og pasientbehandlingsformål gjennom samling og styrking av høykompetente fagmiljøer. I den pågående omstillingen har Oslo universitetssykehus de samme utfordringer som også andre helseforetak har uavhengig av fusjonsprosessen. Det kan derfor være vanskelig å differensiere hvilke forhold som er direkte forårsaket av fusjonsprosessen. Enkelte samordningstiltak ville dessuten også med gammel foretaksstruktur i Oslo være ønskelig å gjennomføre (eksempelvis omlegging av behandlingslinjer og pasientforløp knyttet til slagbehandling, hjertekirurgi og leverkirurgi).

1. Overordnede mål for pasientsikkerhet

Oslo universitetssykehus skal gi pasienter og deres pårørende en fullt ut forsvarlig spesialisthelsetjeneste. Oslo universitetssykehus har som ambisjon å være i fremste rekke når det gjelder kvalitet og sikkerhet for våre pasienter og bidra til å utvikle kunnskap om bedre pasientsikkerhet gjennom egen forskning, erfaring og samarbeid med gode internasjonale miljøer¹.

Følgende er våre delmål for en bedre kvalitet i tjenestene:

1. Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd

¹ Vi viser til de tidligere tilsendte og publiserte tertialrapporter fra Oslo universitetssykehus med vedlagte risikoanalyser og tiltaksbeskrivelser.

2. Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 %
3. Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning
4. Trygg kirurgi - postoperative sårinfeksjoner skal reduseres
5. Antall legemiddelfeil skal reduseres

2. Mål knyttet til fristbrudd og sykehusinfeksjoner

Vurdering av mål knyttet til fristbrudd og sykehusinfeksjoner, som indikatorer på pasientsikkerhet.

Fristbrudd

Et overordnet prinsipp for fristfastsettelse er å forhindre at pasient på grunn av forsinkelser mister behandlingsmessige og prognostiske muligheter. Fristbrudd er derfor en relevant indikator for å vurdere pasientsikkerhet. Relevansen varierer dog noe mellom ulike pasientkategorier. Det forekommer jevnlig diskusjoner i sykehuset, sykehusene imellom og i storsamfunnet om helsevesenets frister for ulike sykdommer hos pasienter, særlig innenfor kreft. Ikke alle frister er medisinsk-faglig begrunnet – noen er også basert på pasientens behov ut ifra i spenningstilstanden han/hun opplever. Det er ikke alltid samsvar mellom den hastegraden pasienten opplever og den som fagfolk legger til grunn. Fristen fastsettes med bruk av prioriteringsveilederne og et godt faglig skjønn. Samtidig har enkelte sykdomsgrupper et psykososialt aspekt som gjør at hastegraden må økes ut over det som er strengt nødvendig rent medisinskfaglig.

Resultatutviklingen de siste månedene viser en positiv utvikling i foretaket, der andelen fristbrudd er synkende².

Sykehusinfeksjoner

Oslo universitetssykehus mottar pasienter som kan ha større risiko for helsetjenesteervervede infeksjoner enn ved andre norske sykehus. Oslo universitetssykehus mottar bla. pasienter fra andre sykehus der komplisert sykehusinfeksjon er en del av grunnlaget for at pasienten overføres, og sykehuset vil følgelig ha en høyere prevalens av infeksjoner. Det regionale målet i Helse Sør-Øst om maksimalt 3 % prevalens av sykehusinfeksjoner er derfor krevende (men egnet til løpende intern evaluering av egne tiltak). Regelmessige kvartalsvise prevalensregistreringer (antall sykehusinfeksjoner i forhold til totalt antall innlagte pasienter) frem til og med 3. kvartal 2011 indikerer ingen signifikant endring i situasjonen. Det skal imidlertid bemerkes at prevalensrate ikke er en veldig sensitiv indikator på infeksjonsrisiko.

I tillegg gjøres kontinuerlige insidensregistreringer av postoperative sårinfeksjoner innen definerte pasientgrupper (keisersnitt, hofteproteser, tykktarmskirurgi, gallekirurgi og coronar bypass) som rapporteres ved utgangen av hvert år til Folkehelseinstituttet. Registreringene viser ingen signifikant endring.

² Se tertialrapportene for 2011 samt aktivitetsrapportering til styret 27 oktober 2011 på www.oslo-universitetssykehus.no

Andre viktige forhold og andre indikatorer

Det finnes ulike rapporter fra lokale kvalitetsdatabaser med relevans for pasientsikkerheten.

Fagmiljøene definerer de kvalitetsparametre som er særlig relevante for nettopp dem, og som følges først og fremst lokalt for å overvåke og forbedre behandlingskvalitet. Eksempelvis følger Hjerte-, lunge- og karklinikken objektive kvalitetsparametre som mortalitet og hjerneslag i forbindelse med samordning av hjertekirurgien, herunder innflytting av virksomheten fra Akersbakken, og kvaliteten er uendret og meget god.

Sykehusets ordinære avvikssystem med innmeldte uønskede hendelser er også en pasientsikkerhetsindikator. Forholdet mellom registreringsaktivitet og registreringstrygghet tolkes slik at sykehuset har ansvarlig personale som er opptatt å avdekke risikoforhold.

Sykehuset har en rekke andre målbare kriterier for kvalitet og sikkerhet i sykehusets pasientbehandling som registreres og brukes i statusrapporteringer og beslutningsgrunnlag, så som antall korridorpasienter, ventetid på behandling, antall klager fra pasienter og pårørende, antall bekymringsmeldinger fra medarbeidere til ledelse og tilsynsmyndigheter og HMS-forhold på sykehuset. Dette er verdifulle indikatorer for sikkerhet og kvalitet i pasientbehandlingen ved sykehuset, som det rapporteres på månedlig til ledelse og styre, og som dermed danner beslutningsgrunnlag for videre drift og vedtak³.

3. Oppdatert risikoanalyse

Oslo universitetssykehus har fra oppstart av fusjonen utført risikovurderinger etter metodikk beskrevet i en fastsatt retningslinje. Risikovurderingene inneholder både en risikoanalyse og en handlingsplan for risikoreduserende tiltak. Dette gjøres gjennomgående i hele organisasjonen etter at sykehuset har mottatt sitt årlige oppdrag fra eier. Analysen gjennomføres på bakgrunn av de målområder som er gitt i oppdraget, hvor pasientbehandling er ett område. Pasientsikkerhet og hva som potensielt gir risiko for manglende måloppnåelse på dette området, er dermed et grunnleggende måleområde i risikoanalysene. Disse gjøres både på overordnet nivå, i den enkelte klinikk og i det enkelte endringsprosjekt. Sykehusets risikovurderinger følger samme metodikk ved årets tre tertialer. Årets første risikovurdering er en hovedvurdering og denne blir revidert i de to siste tertialene. Funn sammenfattes på sykehusnivå, forankres i øverste ledergruppe og styrerapporteres hvert tertial.⁴

Våre metoder blir fortløpende evaluert og forbedret. Det er et pågående arbeid for å bli bedre på treffsikre risikoreduserende tiltak.

4. Pasientsikkerhet, - beslutninger og akseptkriterier.

Oslo universitetssykehus legger risikostyring til grunn som ett av elementene i vår interne styring og kontroll. Forsvarlig pasientbehandling er grunnleggende premiss for alle de valg som gjøres. Enkelte prosesser er initiert på bakgrunn av intern ubalanse i ressursbruk eller ulikheter i pasientbehandlingstilbudet, andre prosesser knytter seg til

³ Se månedlig aktivitetsrapport til styret, publisert på sykehusets nettsider www.oslo-universitetssykehus.no. Se også innrapporterte kvalitetsdata på www.frittisykehusvalg.no

⁴ Se tidligere oversendt risikoanalyse for 3. tertial

målet om ensartet behandling/tilbud til risikostratifiserte pasienter i regionen.

I sammenslåingsprosessene presiseres det blant annet at gode pasientforløp skal ligge til grunn for ny organisering, at befolkningen i Oslo skal tilbys likeverdige lokalbaserte spesialisttjenester som ivaretar god samhandling med kommunen og prosessen skal gjennomføres med bred involvering og i henhold til de 12 prinsippene for medvirkning.

Det er etablert et sett med akseptkriterier i risikometodikken, og det ble etablert kriterier ved etablering av organisasjonen og ved endringer.

Eksempler på førende kriterier i omorganiseringen:

Som premisser for organisering av de nå ni klinikkene ble følgende lagt til grunn:

1. Pasientforløp	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Legger modellen til rette for logiske og effektive pasientforløp? ▪ Oppfyller modellen kravet til "En opplevd dør inn"?
2. Styringsstruktur og modellkompleksitet	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gir modellen en tydelig ansvarslinje? ▪ Håndterbart kontrollspenn for alle ledere? ▪ Er det en klar logikk bak gruppering av aktiviteter inn i hver enkelt enhet
3. Styrking av tjenestetilbudet	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tydeliggjøring av de lokalbaserte tjenester og styrking av forskning? ▪ Styrking av den høyspesialisert medisinen (lands- og region)? ▪ Styrking av fagutvikling og innovasjon?
4. Understøttelse av organisatorisk skille	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hvor effektivt understøtter modellen et organisatorisk skille mellom storby/ lokal og land/ regionsfunksjoner ▪ Legger modellen til rette for et likeverdig sykehusstilbud til alle pasientgrupper
5. Samhandling	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Legger modellen til rette for god samhandling med eksterne aktører, for eksempel Oslo kommune, andre sykehus, universitetet?
6. LEON-prinsippet	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hvordan legger modellen til rette for at pasienter kommer inn og blir behandlet i tråd med LEON-prinsippet
7. Gjennomføringsrisiko	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modellen lar seg gjennomføre med samlet sett akseptabel risiko
8. Effektivitet og gevinstrealisering	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Understøtter modellen realisering av gevinster? ▪ Er modellen ressurseffektiv?

Som premisser for organisering av lokalsykehusfunksjonene ble følgende lagt til grunn:

	Hovedprinsipper	Underprinsipper
er ing	1) Fagressurser må være tilgjengelig uavhengig av klinikk og avdeling	a) Kompetanse/bemanning av enheter må tilrettelegges for pasienter med flere samtidige sykdommer
		b) Poliklinikkvirksomhet må samordnes for pasienter med sammensatte lidelser
		c) Mottak må organiseres slik at sammensatte lidelser håndteres
		d) Hovedregel er at det er fagfolk/personale som må bevege seg – ikke pasienten
		a) Felles kliniske retningslinjer med gyldighet på alle områder der de har relevans –

2) Prinsipper med utgangspunkt i behov for samordning mot kommunehelse-tjenesten	1) Alle brukere og samarbeidspartnere skal oppleve ett kontaktpunkt som skal kunne koordinere deres behov inn i OUS
	2) Alle linjeledere har et ansvar for å tilrettelegge for og bidra til ekstern koordinering av pasientforløp og bidra til god samhandling
	3) Alle linjeledere har ansvar for å ha tilgjengelig spesialisert kompetanse som kan støtte god ekstern koordinering av pasientstrømmer og samhandling
	4) Forbedring av ekstern samhandling skal være et område som er gjenstand for kontinuerlig arbeid både på system- og individnivå
3) Prinsipper med utgangspunkt i behov for fysisk nærhet, praktisk koordinering, finansiell ryddighet og legitimitet mot ulike samarbeidspartnere	1) Koordinering av lokalsykehusfunksjonene skal ha et klart ansvarspunkt i sykehusledelsen og i ledelsen av klinikkene
	2) Lokalsykehusdefinerte oppgaver skal synliggjøres med kapasitet og ressurser
	3) Kapasiteter for lokal- og områdeoppgaver bør samles fysisk

5. Statusoppdateringer

Som et ledd i utredningsarbeidene før sammenslåing og endring av de enkelte enheter og fagmiljøer, gjennomføres en risikovurdering av tiltakene. I risikovurderingen er implikasjoner på pasientsikkerheten belyst som en sentral dimensjon. Disse

vurderingene fra fagmiljøene drøftes med de ansattes organisasjoner før beslutning i sykehusledelsen.

Omfattende og komplekse prosesser vil være gjenstand for flere utredningsfaser med økende detaljeringsgrad og kvalitetssikring av planlegging og tilrettelegging før gjennomføring. Likevel er det en relevant erfaring at ny risiko i noen grad kan være vanskelig å forutsi.

6. Kritiske faktorer

Vi vurderer disse faktorene som særlig viktige for å øke pasientsikkerheten:

- Fortsatt framdrift i arbeidet for å oppnå en samlet IKT-infrastruktur og felles klinisk informasjonsgrunnlag i OUS.

Planlagt revisjon av intern styring og kontroll i det pasientadministrative arbeidet hvor viktige pasientsikkerhetsperspektiv vil fokuseres. Revisjonen blir gjennomført i desember 2011/ januar – 2012.

- Bygging av nytt akuttmottak ved Ullevål (2012) og implementering av systembeskrivelse for god virksomhetsstyring av pasientbehandlingen i akuttmottaket.
- God intern kommunikasjon og informasjon om utfordringer og tiltaksplaner i forbindelse med omstillingen
- God samhandling med kommunehelsetjenesten med etablering av Helsearena Aker og samarbeid med fastleger (Meldingsløftet)
- God medvirkning av involvert fagpersonell i endringsprosessene.

7. Tiltak som ikke viser positiv effekt

Oslo universitetssykehus har hatt et pålegg fra Arbeidstilsynet i perioden 2009-2010 om å redusere ubalanse mellom arbeidsoppgaver og ressurser. Sluttevalueringen viste at ca. 35 % av de gjennomførte tiltakene hadde hatt positiv effekt, mens ca. 62 % av tiltakene ikke medførte noen endringer, og ca. 3 % av tiltakene førte til en forverring. De mest positive endringene ble sett på tiltak relatert til ledelse, bemanning, arbeidsoppgaver og lederstøtte.

Organisasjonen har jobbet videre med dette i 2011.

Oppfølging og evaluering av risikovurderinger knyttet til måloppnåelse for pasientbehandling, økonomi, arbeidsmiljø og forskning gjøres i tertialvise møter mellom ledelse og klinikk. På månedsoppfølgingsmøtene følges særskilte områder som er forbundet med høy risiko.

8. Manglende motivasjon hos ansatte

Store omstillinger med krav til endring, opplevelse av upopulære avgjørelser, arbeidspress og bemanningstilpasninger kan skape motivasjonsproblemer. Manglende motivasjon kan gå ut over både lojalitet og samhold på tvers og til sykehusets ledelse. I verste fall kan motivasjonsproblemer også gå ut over kvaliteten i tjenesteytelsen til pasienter.

Antallet avviks- og forbedringsregistreringer tyder på at det i noe økende grad rapporteres om svikt/mangler ved ulike systemforhold som pasientnært utstyr,

pasientadministrativ IKT og elektronisk pasientjournal, samarbeidsrutiner og samhandling med helsetjenestene utenfor Oslo universitetssykehus. Sykehusets ansatte melder også fra både via linjeledelsen og tillitsvalgte. Sykehuset har i tillegg en intern varslersordning og et varslingsombud.

Innmeldingene kan tolkes som et tegn på tretthet og frustrasjon over det man opplever som vanskelige forhold i det daglige arbeidet. Samtidig må meldingene oppfattes som en fortsatt sterk motivasjon til å gjøre en god jobb. Sykehusets ansatte har en sterk grad av lojalitet til pasientene og gjør en stor innsats i avdelinger og klinikker. Denne sterke drivkraften var særlig fremtredende i ukene etter 22/7-katastrofen.

Ved ferdigstilling av pågående utredninger som fagmiljøene medvirker i, vil sykehusledelsen tydeliggjøre og kommunisere strategiske satsninger og fremtidige virksomhetsplaner. Akkurat nå betyr det at sykehusets målbilde både på kort (2012), mellomlang (2018) og lang sikt (2025) etter hvert kan kommuniseres tydeligere. Det er sannsynlig at dette vil kunne bidra til at organisasjonens forståelse av de pågående endringene vil bedres og dermed bidra til større grad av trygghet. Sykehusledelsen bestreber seg på alltid å være lydhør og oppmerksom på utfordringene knyttet til endringsprosesser og ansattes motivasjon. Konkrete og velbegrunnede tilbakemeldinger vil derfor kunne påvirke både tiltak, rekkefølgevurderinger og fremdrift i fusjonsprosessen. Det er allerede iverksatt lokale tiltak rettet mot nøkkelpersonell, samt mer generelle tiltak (eksempelvis tilpasset IKT-opplæring for ansatte som flytter mellom sykehuslokalisasjonene).

Sykehusets intranett har et eget diskusjonsforum, samt muligheten til å kommentere på den enkelte nyhetssak som publiseres. Denne muligheten benyttes stadig oftere. Det er også lagt til rette for at spørsmål og informasjon fra de ansatte blir registrert og presentert for ledelsen blant annet i virksomhetsportalen under tittelen "Framtidas sykehus – si din mening" og "Idépoliklinikken". Nylig var det også en nyhetssak som oppfordret ansatte til å "Si fra om kritikkverdige forhold", der det bla. sto at "Ledelsen ved Oslo universitetssykehus oppfordrer ansatte til å varsle om kritikkverdige forhold på arbeidsplassen. Ansatte skal normalt varsle via nærmeste leder og sykehusets vanlige meldesystemer. Dersom det er vanskelig å varsle via nærmeste leder, har sykehuset også alternative varslingskanaler varslingskanalene ble beskrevet.

Sykefravær følges dessuten nøye, og har hittil i år ligget lavere enn virksomheter det er naturlig å sammenligne seg med, og vært synkende⁵.

9. Avviksrapportering

Oslo universitetssykehus har fra Dag 1 i fusjonsprosessen hatt et felles overgripende registrerings- og analyseverktøy for avvik, uønskede hendelser og forbedringsforhold. Verktøyet er godt tatt i mot, og det har vært stor opplæringsaktivitet. Registreringene har økt siden fusjonsstart. Våre ansatte anser dette som viktig og nyttig i tillegg til at det oppleves trygt. Vi ser ofte at det registreres hendelser som er svært belastende for personellet og at registreringene gjøres av personalet selv. En kompetent og fortrolig prosess rundt dette arbeidet er avgjørende. Verktøyet videreutvikles kontinuerlig og det er satt av ressurser til dette for 2011 og 2012.

⁵ Se tidligere oversendte tertialrapporteringer.

Det økte antall hendelser må oppfattes som positivt og uttrykk for en stadig bedre meldekultur. Data fra systemet brukes til månedsvise og tertialvise oppfølging av hver klinikk der blant annet antall registreringer er en måleparameter. Det gjøres et grundig arbeid i de alvorlige og prinsipielle sakene via kvalitetsutvalgene i klinikkene og sentral stab. Helsetilsynet er kjent med dette gjennom vår pålagte rapportering.

Hvis vi sammenlikner oss med sykehus i Sverige som er gode på rapportering av hendelser er det grunn til å forvente ytterligere 30-40 % økning i registrerte hendelser av uønskete forhold de nærmeste årene. Vårt inntrykk er imidlertid at det er begrensninger i evnen til å bruke det store tilfanget av erfaringskunnskap i de registrerte hendelsene som vil være hovedutfordringen, ikke manglende avviksregistrering.

10. Arbeidsmiljøloven

Brudd på arbeidsmiljøloven oppfattes som alvorlig og innsatsen for å begrense brudd pågår kontinuerlig. Utfordringene er i hovedsak knyttet til brudd på arbeidstidsbestemmelsene for helsepersonell og som skyldes knapphet på blant annet spesialsykepleiere med tilstrekkelig kompetanse til turnusarbeid innen intensiv-, operasjon og transplantasjonsvirksomhet. Sistnevnte har en rekordhøy og ønsket aktivitetsøkning, men rekruttering og lokal opplæring er tidkrevende.

Sykehuset har satt i verk flere både kort- og langsiktige tiltak for å redusere brudd på arbeidsmiljøloven. Eksempelvis er det utarbeidet nye turnusplaner med endret vaktlengde, økt bruk av ekstravaktpool, fokus på ressursbruk på tvers av enheter, rekruttering til riktig tid og forbedrede rapporteringsrutiner. Bemanningen er dessuten styrket innen enkelte enheter (eksempelvis prehospitale tjenester/AMK) og et ekstra videreutdanningskull av operasjonssykepleiere er satt i gang.

Trekker vi ut brudd som er tilskrevet aktiviteten rundt 22. juli, ser vi en samlet nedgang i brudd på Arbeidsmiljøloven på gjennomsnittlig 15 % pr måned siden 1. tertial.

11. Funn ved eksterne tilsyn

Det er en rekke tilsynsmyndigheter som følger nøye med på den omstillingsprosessen som sykehuset er inne i. Som følge av det er det naturlig at antall eksterne tilsynsbesøk er relativt høyt.

Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst har en internrevisorrolle i Oslo universitetssykehus på vegne av styret i Helse Sør-Øst og i samarbeid med sykehusets ledelse. Resultater av disse kommuniseres og følges opp internt, fremkommer i styrerapporter, og oppsummeres hvert tertial sammen med alle andre funn fra tilsynsmyndighetene.

Internrevisjonen har som hovedregel et annet fokus enn de eksterne tilsynene med fagspesifikke kompetansetunge revisorer som reviderer på detaljert nivå. En del av de interne revisjonene er organisert sentralt, og antallet slike revisjoner er forholdsvis lavt i forhold til eksterne tilsyn. I tillegg til de overordnede interne revisjonene gjennomfører klinikkene også revisjoner av egen virksomhet. Det er derfor ulikheter i mengde og typer av tilsyn/revisjoner uten at det nødvendigvis sier noe om tjenestekvaliteten.

Interne revisjoner og eksterne tilsynsbesøk er to viktige områder av våre mange internkontrollaktiviteter.

12. Revurdering og korrigerende av mål

Sykehusets ledelse har ukentlige møter hvor man gjennomgår driftssituasjonen med resultatrapportering innen kritiske områder. På disse møtene diskuteres og besluttes relevante tiltak. I tillegg er det særskilte klinikkvise oppfølgingsmøter mellom direktør og klinikkleder hver måned, samt utvidete dialogmøter hvor også avdelingsledere er tilstede hvert tertial. De formelle arenaer med de ansattes organisasjoner, AMU og brukerorganisasjonene er viktige arenaer for innspill til korrigerende/revurdering. De ukentlige dialogmøtene mellom ledelse og tillitsvalgte, samt de jevnlig drøftemøtene i forkant av organisatoriske endringer er viktige arenaer der innspill og korrigeringer fremkommer.

13. Hvordan velges hendelser og indikatorer

De risikoområdene som blir presentert i risikomatriksen på overordnet nivå, er et resultat av en omfattende prosess som inkluderer arbeid i både avdelinger og klinikker. I dette arbeidet tas det utgangspunkt i de samme seks innsatsområdene som vår eier, Helse Sør-Øst, har prioritert på kort og lang sikt. I henhold til kravene fra Helse Sør-Øst har vi en hovedgjennomgang av risikoområder i 1. tertial. Risikovurderingene i de to siste tertialene er revurderinger av hovedgjennomgangen i 1. tertial. Dermed vil det være naturlig at en ser likheter i både identifiserte risikoer og i planlagte tiltak i 2. og 3.tertial.

Proessen for å følge opp overordnede tiltak skjer i gjennomgangen av de underliggende handlingsplaner for risikoreducerende tiltak i klinikker og stabsavdelinger. De underliggende planene er mer konkret utformet og beskriver hvem som står ansvarlig for gjennomføring av tiltakene, med en frist. Lederne kan således etterspørre og følge med i gjennomføringen av tiltak.

14. Risikoer i rød kategori

Risikoområder plassert i rød kategori er et uttrykk for ledelsens vurdering av risiko, – og er dermed uttrykk for hva ledelsen vurderer som særlig alvorlig og vil prioritere tiltak i forhold til. Innen røde områder skal det skisseres tiltak for å kompensere eller redusere risiko. Tiltak skisseres i handlingsplaner og følges opp gjennom linjeledelsen, jmf punkt 12. Det er pågående interne prosesser for å bli mer handlingsrettet når det gjelder etablering av mer målbare tiltak slik at effekt kan vurderes bedre enn i dag. Hvordan prosessen iverksettes, evalueres og forbedringstiltak utvikles er besvart i punktet ovenfor (punkt 13). Det er naturlig at ledernes fokus er større på de alvorligste risikoene. Ikke minst krever mer alvorlig risiko som regel mer omfattende tiltak.

15. Måler sykehusets ledelse på pasientsikkerhet

Gjennom lederkontrakter og klinikkvise oppdrag er krav og forventning beskrevet. Det vises her til punktene 1,2, 9,11 og 12. I tillegg måles antall hendelser meldt per ansatt og antall pasienthendelser i forhold til antall behandlinger. Dette er parametre som overvåkes i tillegg til annen faglig indikatoroppfølging.

16. Benchmarking

En rekke av de nasjonale kvalitetsdatabasene, inkl. data som er relevante for pasientsikkerhet, driftes i regi av Oslo universitetssykehus. Mange av de ulike fagmiljøene ved Oslo universitetssykehus måler også egne resultater og har via faglige kontakter nasjonalt og internasjonalt tilgang til tilsvarende tall fra andre sykehus. Resultater kommer også frem via egen forskning og utveksles internasjonalt i tidsskrifter og i faglige fora. For flere fagmiljøer er dette en sterkt motiverende kraft som er viktig for universitetssykehuset. Virksomhetsrapporter for omstillingen i hovedstadsområdet brukes internt i ledelsen for å vurdere utviklingen både internt i Oslo universitetssykehus og sammenlignet med andre helseforetak i forhold til de mål som er satt.

Vi håper svaret er tilstrekkelig for å belyse de sentrale spørsmål Fylkeslegen har stilt Oslo universitetssykehus og ber om å bli kontaktet dersom det er behov for utdypning eller supplement.

Med vennlig hilsen

Jan Eirik Thoresen
Fung. Adm. dir.