



---

# **Innst. 316 S**

**(2011–2012)**

**Innstilling til Stortinget  
fra kontroll- og konstitusjonskomiteen**

---

**Innstilling fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om sak om deler av  
omstillingen ved Oslo universitetssykehus**

**Vedlegg 8: Referat fra åpen høring**





# Innst. 316 S

(2011–2012)

## Innstilling til Stortinget fra kontroll- og konstitusjonskomiteen

### Innstilling fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om sak om deler av omstillingen ved Oslo universitetssykehus

---

Til Stortinget

#### 1. Innledning

I henhold til Stortingets forretningsorden § 12 nr. 9 sjette ledd kan kontroll- og konstitusjonskomiteen foreta de undersøkelser i forvaltningen som den anser nødvendig for Stortingets kontroll med regjeringen og forvaltningen. I medhold av denne bestemmelsen vedtok komiteen i møte 17. januar 2012 å igangsette forberedelser i en egen sak til Stortinget om deler av omstillingen ved Oslo universitetssykehus.

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen, Helse- og omsorgsdepartementet, ble 17. januar 2012 tilskrevet om at komiteen hadde igangsatt forberedelser i en egen sak til Stortinget.

#### 2. Sammenfatning av saken

##### 2.1 Sammenslåingen

Helse Sør-Øst RHF ble opprettet 1. juni 2007 ved en sammenslåing av tidligere Helse Øst RHF og Helse Sør RHF. Omstillingen hadde bred politisk støtte i Stortinget, og den nye regionen fikk i oppdrag å sørge for bedre samordning og bedre ressursbruk i hovedstadsområdet spesielt. Fusjonen ble gjennomført av regjeringen Stoltenberg II, og hensikten var å sikre bedre pasientbehandling gjennom blant annet bedre ressursutnyttelse og samordning av sykehusene i hovedstadsområdet, samt gi grunnlag for bedre rekruttering av helsepersonell og spesialister til andre steder i landet, både i og utenfor den nye regionen, jf.

Innst. S. nr. 167 (2006–2007) og St.prp. nr. 44 (2006–2007).

Et vesentlig argument for sammenslåingen var at sykehusene i Oslo lå i to ulike helseregioner. Ullevål og Aker lå i helseregion Øst, mens Rikshospitalet og Radiumhospitalet lå i helseregion Sør.

Helse- og omsorgsdepartementet utdypet oppdraget til Helse Sør-Øst i foretaksmøtet 30. mai 2007. Helse Sør-Øst RHF's omstillingsforslag ble behandlet i styret for Helse Sør-Øst RHF 20. november 2008 og deretter i foretaksmøte av Helse Sør-Øst RHF 27. november 2008 i samsvar med helseforetaksloven § 30. Denne bestemmelsen fastslår at det er foretaksmøtet som treffer vedtak i saker av vesentlig betydning. Foretaksmøtet 27. november 2008 stadfestet Helse Sør-Øst RHF's utarbeidede prinsipper og vedtak for omstillingene i Helse Sør-Øst. Dette innebar blant annet etableringen av Oslo sykehusområde og etableringen av Oslo universitetssykehus HF.

Den 1. januar 2009 ble de tre tidligere helseforetakene Aker, Ullevål og Rikshospitalet, som også omfatter Radiumhospitalet, slått sammen til Oslo universitetssykehus (OUS).

Foretaket ble i starten drevet som tre separate driftsenheter, men fra 2010 ble OUS organisert på tvers av de tre sykehusene. Sykehusene har felles ledelse, felles administrative funksjoner og gjennomgående klinikker. Per i dag har OUS over 20 000 ansatte og et budsjett på om lag 17 mrd. kroner.

##### 2.2 IKT-prosjektet

I forbindelse med sammenslåingen av sykehusene ble det igangsatt flere IKT-prosjekter. Det ble i 2009 utlyst en anbudskonkurranse for å utvikle en teknisk løsning som skulle sikre at helsepersonell fikk tilgang til nødvendig informasjon om pasientene på tvers av klinikker og avdelinger i OUS. Det inn-

kom anbud fra selskapene CSAM Health AS og Logica AS.

Helse Sør-Øst RHF gjennomførte en anskaffelsesprosess høsten 2009 og inngikk en rammeavtale med selskapet Logica om klinisk arbeidsflate. OUS foretok bestilling i henhold til den inngåtte rammeavtalen (avrop) 17. desember 2009. Oppdraget var å finne en dataløsning for å samordne pasientinformasjonen ved Ullevål, Rikshospitalet/Radiumhospitalet og Aker sykehus. IKT-prosjektet «Klinisk arbeidsflate» viste seg å bli betydelig forsinket og lå an til å bli langt dyrere enn det som var forutsatt ved avtaleinngåelsen. Styret ved OUS vedtok derfor å stanse prosjektet 28. april 2011, og utestående leveranser fra leverandøren ble avbestilt. Utgiftene beløp seg da til om lag 160 mill. kroner. Resultatet var at sykehuset stod igjen med en midlertidig dataløsning som innebærer at de ansatte måtte benytte andre mindre brukervennlige løsninger.

### 2.3 Pasientsikkerhet

1. januar 2011 overtok Akershus universitetssykehus (Ahus) ansvaret for om lag 160 000 innbyggere som tidligere tilhørte OUS. Dette krevde økte budsjetttrammer og flere ansatte ved Ahus og tilsvarende reduserte budsjetttrammer og ansatte ved OUS. OUS fikk redusert sitt budsjett med 1,7 mrd. kroner i 2011, med en tilsvarende økning av budsjettet til Ahus. Beløpet var omforent mellom OUS HF og Ahus HF.

På grunn av den særskilte situasjonen med omstillingsutfordringer ga Helse Sør-Øst RHF OUS tillatelse til å budsjettere med et underskudd på 400 mill. kroner i 2011, samt at de fikk en ekstraordinær omstillingsstøtte.

Tillitsvalgte ved OUS mente reduksjonen i budsjetttrammene var uforsvarlig og at det ville ramme pasientene.

Ifølge presseoppslag uttalte administrerende direktør Siri Hatlen at de store kuttene ikke var mulig å gjennomføre uten at det ville få uakseptable konsekvenser for pasientsikkerheten og arbeidsmiljøet.

I juni 2011 fratradte Hatlen stillingen fordi det var uenighet mellom henne og styret. Hatlen mente at det ikke ville la seg gjøre å fullføre sammenslåingen av sykehusene innenfor de rammene som var gitt. Stener Kvinnsland ble ny styreleder for OUS i oktober 2011, og i desember 2011 ble Bjørn Erikstein ansatt som ny direktør for OUS.

### 2.4 Helse- og omsorgsdepartementets styring

De regionale helseforetakene er egne rettssubjekter. Helseforetakene er eid av de regionale helseforetakene og er også selvstendige rettssubjekter med egne styrever. Foretakene har et selvstendig ansvar for

drift og investeringer og for å organisere virksomheten på en god måte for å oppfylle den helsepolitiske bestillingen innenfor de rammene som Stortinget har satt.

Helse- og omsorgsdepartementets styring av helseforetakene skjer ved at departementet gjennom oppdragsdokumentet formidler Stortingets årlige bevilgninger og budsjettvedtak og ved at det avholdes foretaksmøter med de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene rapporterer på styringskrav fra foregående år i melding til departementet. De rapporterer også regelmessig, i hovedsak på månedlig basis, om de styringskravene som er satt.

Med virkning fra sommeren 2011 har Helse- og omsorgsdepartementet gjennomført hyppigere oppfølgingsmøter med Helse Sør-Øst RHF om utviklingen i hovedstadsområdet, fordi ikke alle deler av prosessen gikk som planlagt. Det kom flere bekymringsmeldinger, IKT-prosjektet «Klinisk arbeidsflate» var ikke fullført, og det var ikke god nok fremdrift i arbeide med nye bemanningsplaner.

## 3. Komiteens behandling

På møte 25. oktober 2011 besluttet komiteen å sende brev til helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen med spørsmål om omstillingen ved OUS. I brev av 27. oktober 2011 ble det stilt følgende spørsmål:

«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.

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?

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

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

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

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

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?

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

Komiteen mottok svar fra statsråden 18. november 2011. I svaret ble det innledningsvis gjort rede for Helse- og omsorgsdepartementets styring og oppfølging. Statsråden opplyste blant annet:

«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.»

På spørsmål om statsrådets syn på at fylkeslegen mener at man må ta en tenkepause i sammenslåingen og justere kursen av hensyn til pasientene og vurderingene fra Statens helsetilsyn, svarte helse- og omsorgsministeren følgende:

«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 omstillingsprosessen, 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. ...»

I svarbrevet fremgår det også:

«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. ... »

Det fremgår videre av svarbrevet:

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

På komiteens spørsmål om prosjektet «klinisk arbeidsflate» som ble stanset i april 2011, svarte statsråden blant annet:

«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 at løsningen skulle kunne realiseres på vesentlig kortere tid enn det som ville kreves for å samordne de eksisterende kliniske systemene.

Systemet skulle ifølge 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.»

På komiteens spørsmål om hva departementet har gjort for å sørge for at bemanningen er tilpasset pasientgrunnet, svarte statsråden blant annet:

«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.»

På spørsmål om hvordan departementet følger opp rapporteringen fra OUS og Helse Sør-Øst RHF med tanke på å oppfylle Stortingets forutsetninger til gjennomføringen, og hvordan Stortinget er informert om dette, svarte statsråden blant annet:

«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).»

På komiteens avsluttende spørsmål om hvordan statsråden har forsikret seg om at omstillingen ved OUS ikke rammer pasienttilbudet i resten av helseregionen, svarte statsråden blant annet at hun så langt ikke har 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. Statsråden har heller ikke mottatt opplysninger som skulle tilsi at pasientsikkerheten ved de øvrige helseforetakene i Helse Sør-Øst RHF ikke blir godt nok ivaretatt.

Statsråden uttalte avslutningsvis:

«... 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.»

Komiteen fant det nødvendig å stille ytterligere spørsmål til helse- og omsorgsministeren, og sendte 29. november 2011 brev med følgende oppfølgings-spørsmål:

«1. I statsrådets 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?

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?

3. Dagens Næringsliv skriver i en artikkel av 4. oktober 2011 at ITselskapet 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?

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

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?

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

7. Ortopedisk avdeling ved OUS skal reduseres drastisk, pasientrettighetene 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?

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?

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?

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?

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

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

Helse- og omsorgsministeren svarte i brev av 19. desember 2011.

På spørsmålet om statsråden ikke mener det er alvorlig når tilsynsmyndigheten ber om en revurdering av tempo i omstillingen, svarte statsråden:

«.. Selvfølgelig skal man ta vurderingene til tilsynsmyndigheten 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 viktig omstillingsprosess.»

Når det gjaldt komiteens spørsmål om hvilke begrunnelser som ble gitt for ikke å teste den it-løsningen som ble levert, svarte statsråden:

«HSØ informerte 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 premisse 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 avventet et nytt oppfyllelsesforsøk etter at manglene var rettet. Et nytt oppfyllelsesforsøk fra leverandøren fant ifølge OUS og HSØ, aldri sted.»

På spørsmål om hvilke konsekvensanalyser departementet har fått gjennomført i forbindelse med prosjektet klinisk arbeidsflate, og hvordan disse er fulgt opp fra henholdsvis HF, RHF og departementets side, svarte statsråden blant annet:

«HSØ har ansvaret for inngåelse av regional rammeavtale for «Klinisk arbeidsflate». OUS har ansvar for anropsavtalen 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.»

Komiteen stilte videre spørsmål om hvilke risikoanalyser som var foretatt med tanke på økte ventetider og hvordan disse var fulgt opp fra hhv. HF, RHF og departementet.

Det ble i svarbrevet blant annet opplyst:

«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 ventelistedatastatistikken 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 for 2010 og 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 for 2012 fortsatt stille krav om at ventetidene skal reduseres og videreføre den tette oppfølgingen av HSØ.»

Komiteen stilte også spørsmål om stedlig ledelse. Statsråden svarte:

«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. ...

... 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 enhver tid. ...

... OUS har gjennom hele fusjonsprosessen lagt vekt på betydningen av god ledelse og arbeider målrettet mot dette. Det er bl.a. iverksatt et eget lederutviklingsprogram basert på en felles lederplattform. Førstelinjledere 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. ...

... 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.»

På bakgrunn av at det like i forkant av kontrollhøringen i saken fremkom påstander i media om at OUS har drevet omfattende juks med ventelister, sendte komiteen 13. mars 2012 et brev til helse- og omsorgsministeren.

Komiteen viste i brevet til at både nåværende og tidligere ledelse og styre ved OUS under høringen hevdet at de ikke var kjent med en slik praksis. Samtidig ble det fra de ansattes organisasjoner fortalt at disse forholdene var rapportert og tatt opp fra de ansattes side ved flere anledninger. Den norske legeforening fortalte at de konkret hadde rapportert i flere ledd, og Norsk Sykepleierforbund bekreftet at det var tilfellet.

På bakgrunn av misforholdet mellom de opplysningene som fremkommer fra de ansattes side og ledelsens manglende kunnskap om praksisen, ba komiteen om en endelig avklaring av hva som faktisk er formidlet, til hvem dette er formidlet og hvilket ledelsesnivå som har vært kjent med denne praksisen.

Komiteen ba videre om en oversikt over de tiltakene som gjennomføres for å bringe disse forholdene i orden.

Statsråden redegjorde i brev av 30. mars. 2012 for tiltakene som gjennomføres ved Oslo universitetssykehus HF for å bringe disse forholdene i orden og for arbeidet hun selv har satt i gang på dette området med mål om et mer pasientvennlig system.

Det fremgår:

«Arbeidet med å redusere ventetider og redusere antall fristbrudd er høyt prioritert fra departementets side. Jeg har presisert i foretaksmøter med de regionale helseforetakene at lovverket for rettighetspasienter skal overholdes og at fristbrudd ikke skal forekomme. Dette blir fulgt opp overfor de regionale helseforetakene hver måned, og det blir arbeidet aktivt med dette i alle helseregioner. »

Statsråden redegjør videre for dialogen med Helse Sør-Øst RHF om de faktiske forholdene ved saken, herunder hvilke tiltak som er iverksatt eller planlagt iverksatt for å sikre at regelverket følges.

Vedlagt brevet fulgte to redegjørelser fra OUS HF om saken. Det er her poengtert at foretaket ønsker å utføre sitt arbeid riktigst mulig, etisk og juridisk og at de vil gå nøye gjennom hvordan praksis er i aktuelle avdelinger. Det fremgår at konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst RHF skal organisere en gjennomgang av håndteringen av fristbrudd. Konsernrevisjonen skal ha spesiell oppmerksomhet på sykehusets håndtering av henvendelser fra HELFO om hvordan behandlingen av disse pasientene (226 av 244 i 2011) har påvirket behandlingstilbudet til andre pasienter som venter på behandling. Det ble opplyst at rapporten fra arbeidet ville foreligge til styremøtet i Oslo universitetssykehus HF 3. mai i år.

Statsråden skriver avslutningsvis:

«Som det går fram av gjengivelsen av redegjørelsen fra Oslo universitetssykehus HF, er praksisen med prioritering av ventelister og håndtering av fristbrudd et kontinuerlig arbeid som involverer ledere på flere nivåer i organisasjonen. Jeg forventer at konsernrevisjonens gjennomgang av håndteringen av fristbrudd ved Oslo universitetssykehus HF vil gi svar på spørsmålene om sykehusets praksis har påvirket behandlingstilbudet til andre pasienter som venter på behandling. Jeg vil komme tilbake med en orientering til kontroll- og konstitusjonskomiteen når rapporten foreligger 3. mai 2012.

Jeg vil også understreke overfor komiteen at dette nok er et område som både pasienter og flere av sykehusene oppfatter som komplisert og det er, som nevnt, stilt spørsmål ved om dagens regelverk bidrar til å understøtte gode pasientforløp. Jeg har derfor valgt en bredere tilnærming til disse spørsmålene, både ved å be om en redegjørelse fra de regionale helseforetakene om hvordan dette fungerer i praksis, og ikke minst ved nå å ha startet opp arbeidet med å gjennomgå regelverket. Det må også satses videre på opplæring av helsepersonell, gode prosedyrer og pasientadministrative systemer i helseforetakene for å få til et mer pasientvennlig system. Jeg vil også fortsatt ha tett oppfølging av kravet om at fristbrudd ikke skal forekomme. Når dette målet er nådd, vil mange av de andre problemstillingene som er berørt i denne saken, falle bort.»

Komiteen mottok 10. mai 2012 et nytt brev fra statsråden. Som vedlegg til brevet fulgte «Rapport 5/2012. Revisjon av ventelistebehandling og fristbruddpasienter ved Oslo universitetssykehus HF.»

Det fremgår at rapporten ble lagt fram for styret for OUS HF i styremøte 3. mai 2012 og at styret tok konsernrevisjonens redegjørelse til orientering. Endelig behandling av rapporten vil skje i et senere styremøte.

Statsråden skriver blant annet:



«I 2011 var det om lag 70 000 fristbrudd ved alle sykehus i Norge. Av disse var omlag 7 000 pasienter som ikke fikk startet sin helsehjelp innen fastsatt frist ved OUS. Dette er noe lavere enn landsgjennomsnittet. Samme år var det 244 pasienter som henvendte seg til HELFO pasientformidling som følge av fristbrudd ved OUS. Av disse fikk 16 behandlingstilbud via HELFO ved andre sykehus eller i utlandet. De resterende 228 fikk behandling ved OUS. Disse pasientene fordelte seg slik mellom klinikker/ avdelinger som inngikk i revisjonens gjennomgang; ortopedi (127), plastikk- og rekonstruktiv kirurgi (9), bryst- og endokrinkirurgi (2), gynekologisk kreft (0). De 16 som fikk behandlingstilbud via HELFO til andre sykehus eller utlandet, tilhørte fagområdet ortopedi. Konsernrevisjonens gjennomgang viser at fristbruddpasienter ved de undersøkte enhetene i alt-overveiende grad er pasienter som venter på behandling ved poliklinikk. Dette gjelder også HELFO-pasienter. Det er altså ikke sengekapasitet som er hovedutfordringen.»

Konsernrevisjonen skriver i sin rapport at gjennomgangen viser at det i 2011 har foregått en betydelig administrativ e-postkorrespondanse mellom kontaktpersonen og klinikk- og administrativ ledelse ved OUS og HELFO-pasientene.

Konsernrevisjonen viser til at i utvalget av e-poster som revisjonen er forelagt, forekommer det i tillegg til medisinsk faglige vurderinger, i flere tilfeller betraktninger knyttet til økonomiske hensyn ved at det skisseres alternative behandlingstkostnader hvis behandlingen ikke skjer ved OUS.

Konsernrevisjonen skriver i rapporten at gjennomgangen av forelagt e-post-korrespondanse i 2012 viser at klinikkledelsen tar direkte økonomiske hensyn ved innplassering av HELFO-pasienter i det planlagte operasjonsprogrammet. Konsekvensen er at andre pasienter som ut fra en medisinsk faglig vurdering har større behov for helsehjelp, forskyves.

Konsernrevisjonens vurdering er at det juridisk sett er lovlig å ta inn HELFO-pasienter i det planlagte operasjonsprogrammet, så lenge de fyller «hull i programmet». Dette gjelder også selv om det innebærer at andre pasienter på venteliste, som ikke har juridisk fristbrudd, må vente litt lenger, forutsatt at dette er medisinsk forsvarlig. Konsernrevisjonen vurderer det derimot som problematisk om andre pasienter, som har en tidligere juridisk frist enn HELFO-pasienten, men som ikke har henvendt seg til HELFO, forskyves. Det er også problematisk dersom HELFO-pasienten forskyver andre rettighetspasienter uten juridisk frist (pasienter som er i et behandlingsforløp) som har et større behov for helsehjelp enn HELFO-pasienten.

Det fremgår av statsrådets brev at Konsernrevisjonen i en presisering til rapporten har uttalt at praksisen med å finne plass til pasienter som har klaget til HELFO, har vært kjent av flere i foretaket. For 2011

er det som ledd i konsernrevisjonens gjennomgang ikke funnet skriftlige instruksjoner om å føre slik praksis – verken fra foretaksledelse, klinikkledelsen eller avdelingsledelsen.

I brevet omtales blant annet gjennomgangen av e-postkorrespondansen. Det fremgår:

«Gjennomgang av e-postkorrespondanse mellom klinikkleder ved en av de utvalgte klinikkene, avdelingsledere og ventelisteansvarlige ved to av avdelingene som var omfattet av revisjonen, samt en person ved en av stabsavdelingene i foretaket, har vist at det har vært dialog om håndtering av HELFO-pasienter og hvor økonomiske hensyn har inngått i vurderingene om å finne plass til disse. Gjennomgangen av e-postkorrespondansen har vist at fra 2-4 (varierer) personer ved stabsavdelinger i foretaket har vært kopi-mottakere av slik e-postkorrespondanse. Konsernrevisjonen har ikke funnet dokumentasjon som viser at tidligere konstituert adm. direktør (Thoresen) og forrige adm. direktør (Hatlen) har vært kjent med praksisen. Det er heller ikke funnet dokumentasjon som viser at nåværende administrerende direktør (Erikstein) har vært kjent med praksisen på det tidspunkt Kontroll- og konstitusjonskomiteen tok opp dette spørsmålet (2. mars 2012). Konsernrevisjonen er kjent med at nåværende administrerende direktør har iverksatt flere tiltak som ledd i sin oppfølging etter at saken ble kjent.»

Det fremgår videre av rapporten at det er konsernrevisjonens vurdering at det forhold at den overveiende andel HELFO-pasienter venter på poliklinisk vurdering/behandling, sammenholdt med poliklinikkens kapasitet og fleksibilitet, gjør at det relativt beskjedne antall HELFO-pasienter med sannsynlighetsovervekt ikke vil ha betydning for behandlingstilbudet til de andre pasientene på venteliste. Konsernrevisjonen vurderer det slik at andre faktorer og forhold vil ha større betydning og kunne representere større risiko for tilbudet om operativ behandling til andre ventende pasienter, enn det relativt beskjedne antall HELFO-pasienter det her er snakk om.

Statsråden skriver:

«Den konkrete saken i media der disse problemstillingene ble reist, dreide seg om brystkreftopererte som venter på rekonstruksjon av bryst. Konsernrevisjonens gjennomgang viser at HELFO-pasienter som tas inn til brystrekonstruksjon, kommer inn til behandling så snart det er ledig plass på det planlagte operasjonsprogrammet – dette tar normalt fire til fem uker. Det finnes derfor pasienter på ventelisten som har fått fristbrudd før de pasientene som går via HELFO, men som altså ikke har krevet sin rett til behandling på samme måte. Journalgjennomgang viser også at av ni pasienter som er registrert som fristbrudd av HELFO, er det ikke åpenbart at disse er fristbrudd-pasienter med juridisk rett til helsehjelp innen frist. Blant annet har en av kvinnene frist for behandling høsten 2012.»

Det fremgår at konklusjonen på spørsmål om sykehusets praksis har påvirket behandlingstilbudet til andre pasienter som venter på behandling, er at noen pasienter som har fått fristbrudd før pasientene som går via HELFO, har fått behandling etter de som har henvendt seg til HELFO. De fleste av disse pasientene venter på behandling ved poliklinikk, og HELFO-pasientene utgjør en marginal andel av totalt behandlede pasienter ved OUS, som utgjør 3 300 pasientbehandlinger hver dag – 1,2 millioner behandlinger hvert år.

Det fremgår at statsråden, på bakgrunn av at det har blitt avdekket svikt i det pasientadministrative arbeidet ved flere av landets helseforetak, i brev til de regionale helseforetakene av 28. januar 2010, 20. september 2010 og 14. mars 2012 har redegjort for sentrale bestemmelser i pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven.

Rapporten viser til at regelverket på sentrale områder er uklart og at rettskildene er fragmentert og at dette

«er særlig uheldig når dette er et regelverk som skal praktiseres daglig av personer med annen bakgrunn enn juridisk bakgrunn, og det er nærmest gitt at det vil oppstå usikkerhet og forskjellig tolkning og praktisering av regelverket.»

Statsråden viser til at opplæring av ansatte, både i regelverk, prosedyrer og bruk av pasientadministrative systemer er et viktig satsingsområde og at det allerede er igangsatt et bredt anlagt arbeid i alle helseregioner for å oppfylle kravene som er forutsatt for implementering av forskrift om informasjonssikkerhet ved elektronisk tilgang til helseopplysninger i behandlingsrettede helseregistre (helseinformasjonssikkerhetsforskriften).

Statsråden skriver avslutningsvis:

«Denne konsernrevisjonsrapporten og Helsetilsynet og Helsedirektoratets gjennomgang som jeg mottok 2. mars 2012, viser at det er behov for å vurdere ytterligere tiltak på systemnivå for å bedre ivaretagelsen av hver enkelt pasient. Jeg vil komme tilbake til Stortinget med dette på egnet måte.

Jeg mener det er avgjørende at rapporten følges opp grundig av styret for OUS. Jeg vil påse at Helse Sør-Øst RHF sørger for dette. Når det gjelder konkret oppfølging ved OUS, så viser jeg til at styret skal behandle konsernrevisjonens rapport 20. juni. Jeg forventer at oppfølging av rapporten blir konkretisert til dette styremøtet og at klanderverdige forhold rettes opp. For øvrig viser jeg til orientering fra OUS datert 11. mars og 25. mars 2012 som var vedlagt mitt brev datert 30. mars 2012.

Den største utfordringen slik jeg ser det er det store antallet fristbrudd i Norge totalt sett. Selv om det har vært en positiv utvikling når det gjelder å få redusert andelen fristbrudd vil det på dette området kreve ytterligere innsats fra spesialisthelsetjenesten i tiden framover.»

Kopi av korrespondansen mellom komiteen og helse- og omsorgsministeren følger som vedlegg 1–7 til denne innstillingen.

### 3.1 Åpen kontrollhøring

Som et ledd i behandlingen av saken, besluttet komiteen å holde en åpen kontrollhøring. Høringen ble avholdt 2. mars 2012. Følgende ble invitert og møtte til høring:

- Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen, Helse- og omsorgsdepartementet
- Den norske legeforening
- Norsk Sykepleierforbund
- Fagforbundet
- Siviløkonom, dr.ing. Jomar Kuvås
- Styreleder for Oslo universitetssykehus, Stener Kvinnsland
- Administrerende direktør ved Oslo universitetssykehus Bjørn Erikstein
- tidligere styreleder for Oslo universitetssykehus, Steinar Marthinsen
- Tidligere administrerende direktør ved Oslo universitetssykehus, Siri Hatlen
- Styreleder for Helse Sør-Øst RHF, Per Anders Oksum
- Tidligere styreleder for Helse Sør-Øst RHF, Frode Alhaug
- Tidligere styreleder for Helse Sør-Øst RHF, Hanne Harlem
- Administrerende direktør for Helse Sør-Øst RHF, Bente Mikkelsen
- Direktør i Statens helsetilsyn, Lars E. Hanssen
- Fylkeslege i Oslo og Akershus, Petter Schou.

De problemstillingene komiteen ønsket å få belyst under høringen var:

#### 1. Elektroniske pasientjournaler (EPJ) – Klinisk arbeidsflate

En forutsetning for å slå sammen sykehusene var at datasystemene skulle snakke sammen. Prosjektet «Klinisk arbeidsflate» ble igangsatt og det er så langt brukt 159 mill. kroner, men uten at en har fått på plass noen overordnet portalløsning. I hvilken grad har bestillerkompetansen i OUS sviktet?

Var prosjektet i utgangspunktet godt nok planlagt?

Har oppfølgingen av prosjektet vært tilfredsstillende?

Medfører det riktighet at produktet ikke kunne brukes i tråd med bestillingen?

Har svikten gått ut over pasientsikkerheten og Stortingets forutsetninger for sammenslåingen som sådan?

## 2. Pasientsikkerhet

Det var en klar forutsetning fra Stortingets side at omstillingsprosessene og sammenslåingen ikke skulle gå ut over pasienttilbudet og pasientsikkerheten.

Er pasientsikkerheten blitt betryggende ivaretatt i prosessen?

Foreligger det konkrete eksempler på redusert tilbud eller svikt i pasientsikkerheten som følge av sammenslåingen og omstillingsprosessen?

## 3. Departementets oppfølging og styring

Departementets særskilte styring av prosessen gjennom svært hyppige foretaksmøter kan stå i kontrast til statsrådens offentlige uttalelser om departementets avstand fra de konkrete beslutningsprosesser i foretaket. Nær og hyppig styringsdialog vil ofte være positivt, men det medfører også et større ansvar for resultatet.

Hvordan har departementets hyppige og direkte styring med omstillingsprosessen påvirket beslutningsresultatet?

I hvilken grad har departementet tatt mer direkte del i styringsprosessene og derved påtatt seg mer ansvar for resultatet enn vanlig?

Det ble tatt stenografisk referat fra høringen. Referatet fra høringen følger som vedlegg til denne innstillingen.

## 4. Komiteens merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Jette F. Christensen, Martin Kolberg og Marit Nybakk, fra Fremskrittspartiet, lederen Anders Anundsen, Ulf Erik Knudsen og Øyvind Vaksdal, fra Høyre, Per-Kristian Foss, fra Sosialistisk Venstreparti, Hallgeir H. Langeland, fra Senterpartiet, Per Olaf Lundteigen, fra Kristelig Folkeparti, Geir Jørgen Bekkevold, og fra Venstre, Trine Skei Grande, viser til at sammenslåingen av helseregionene Sør og Øst er vedtatt av Stortinget ved Innst. S. nr. 167 (2006–2007), jf. St. prp. nr. 44 (2006–2007). Sammenslåingen er begrunnet med effektivisering av driften og for å sikre pasientbehandlingen. Et vesentlig argument for sammenslåingen var at sykehusene i Oslo lå i to ulike helseregioner. Ullevål og Aker lå i helseregion Øst, mens Rikshospitalet og Radiumhospitalet lå i helseregion Sør. Mange like fag- og forskningsmiljøer var derfor spredt rundt i et begrenset område i Oslo. Det var bred enighet om at dette var en uhensiktsmessig organisering både styringsmessig og med hensyn til kvalitet og ressursbruk.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til at Oslo universitetssykehus ble dannet 1. januar 2009 gjennom sammenslåing av Rikshospitalet, Ullevål, Aker og Radiumhospitalet. Styret for Helse Sør-Øst RHF vedtok 20. november 2008 sammenslåing av sykehusene til Oslo universitetssykehus HF (OUS HF).<sup>1</sup> Etter sammenslåingen er OUS et av Skandinavias største sykehus med rundt 20 000 ansatte. Sammenslåingen er omtalt som hovedstadsprosessen.

Flertallet viser til at den har hatt korrespondanse med Helse- og omsorgsministeren i to omganger knyttet til omstillingene ved Oslo universitetssykehus (heretter OUS). På bakgrunn av opplysninger fremkommet i diverse medier om kritiske forhold knyttet til deler av omstillingsprosessen, samt korrespondansen mellom komiteen og statsråden, besluttet komiteen å åpne sak. Komiteen åpnet sak knyttet til tre konkrete deler av sammenslåingsprosessen. De tre områdene er:

- Forhold knyttet til Klinisk arbeidsflate/IKT
- Pasientsikkerhet
- Departementets styring av sammenslåingsprosessen

Flertallet viser til at det under behandlingen av saken også er kommet påstander om juks med ventelister ved OUS. Kontroll- og konstitusjonskomiteen har i egen henvendelse til helse- og omsorgsministeren tatt opp denne problemstillingen og ser det i sammenheng med forhold knyttet til pasientsikkerhet.

Komiteen avholdt 2. mars 2012 kontrollhøring i saken.

Flertallet viser til at det har vært omfattende offentlig interesse rundt sammenslåingsprosessen ved OUS, men understreker at formålet med den saken komiteen har åpnet ikke er en evaluering eller gjennomgang av hele sammenslåingsprosessen. Det er heller ikke ment som en evaluering av prosessen så langt, men lagt opp som en kontroll av de delene av prosessen som flertallet finner kritisk. Flertallet viser videre til at det under den åpne kontrollhøringen ikke var noen av dem som ble hørt som ville stanse sammenslåingsprosessen som sådan. Enkelte mente imidlertid at en måtte ha større samsvar mellom gjennomføringstid og de store oppgaveendringene sammenslåingen faktisk medførte. Dette kommer flertallet tilbake til.

<sup>1</sup> Styresak nr. 108-2008 (Omstillingsprogrammet).

### Klinisk arbeidsflate (KA) – IKT

Flertallet viser til at de ulike sykehusene før sammenslåingen hadde forskjellige IKT-systemer for håndtering av pasientinformasjon. Prosjektet «Klinisk arbeidsflate» var ment å sørge for at de ulike IKT-systemene kunne «snakke sammen» slik at en fikk ett pasientoppfølgingssystem på hele sykehuset. I den åpne kontrollhøringen understreket flere av de som ble hørt viktigheten av klinisk arbeidsflate som premiss for sammenslåingen av sykehusene. Aasmund Bredeli sa følgende om dette:

«Dette var helt grunnleggende – hadde jeg nær sagt – for å kunne kommunisere mellom sykehusene, og når man samtidig begynner å flytte pasienter og dels også personell mellom sykehusene, sier det seg selv at da har vi ikke tilgjengelig informasjon der pasientene til enhver tid er. Vi får et informasjonstap, vi får en diskontinuitet i dette, og det vil i sin ytterste konsekvens påvirke pasientsikkerheten.»

Bjørn Wølstad-Knudsen fra Fagforbundet fulgte opp med å si at:

«Det er jo en del av sykehusets hjerte å ha et KA-system som fungerer og kommuniserer på tvers. Vi har altså et sykehus som er på fire geografiske steder, og har samme pasientbehandling på alle de fire sykehusene, gjennomgående som klinikker. Hvis disse ikke kommuniserer sammen, må man altså hente ut dette manuelt og overføre. Det er et svært tidstap gjennomgående for alle yrkesgrupper på sykehuset som jobber opp mot en klinisk arbeidsflate. Så dette er helt avgjørende, og det burde faktisk ha vært planlagt før man gikk til denne store fusjonen og denne store omstillingen.»

Flertallet viser til at OUS ble dannet 1. januar 2009. Helseregion Sør-Øst (heretter HSØ RHF) utlyste anbudskonkurranse om en overordnet portalløsning (KA) 8. juli 2009. Det innkom to anbud. Ett fra Logica AS og ett fra CSAM Health AS. Sistnevnte er etterfølgeren til den kliniske arbeidsflate som ble laget da Rikshospitalet og Radiumhospitalet ble slått sammen i 2005 og som fortsatt var og er i bruk på de aktuelle lokasjoner. I desember 2009 inngikk helseregionen en fireårig rammeavtale med Logica om en klinisk portalløsning som skal brukes ved OUS og som kan brukes ved andre sykehus i regionen.

Flertallet er kjent med at CSAM Health AS klaget anskaffelsen inn for KOFA. I klagen fremgår det flere kritiske merknader, særlig med tanke på om tilbudet fra Logica kan oppfylle den korte og kritiske tidsfristen for implementering av ny klinisk arbeidsflate. I anbudsdokumentene fremgår det at fristen for implementering er satt til 1. juni 2010 da de ulike sykehusene skal begynne å arbeide på tvers og fungere som ett sykehus. Det er et kritisk punkt i anbudsdokumentet, hvilket ble bekreftet av daværende kon-

serndirektør i Helse Sør-Øst RHF og styreleder ved OUS, Steinar Marthinsen, under kontrollhøringen.

I klagen fra CSAM til KOFA står blant annet:

«det er helt urealistisk at konkurrenten skal kunne innfri de obligatoriske kravene til ytelsen innen tidsfristen for produksjonssetting og muliggjøre en effektiv anvendelse av felles klinisk informasjon for 15000 brukere den 01.06. I stedet er risikoen for utviklingsproblemer og det faktum at målet ikke når med tilhørende merkostnader overført fra leverandøren til kunden.»<sup>2</sup>

I forbindelse med klagen til KOFA fikk CSAM Health AS utarbeidet en egen analyse som sammenlignet tilbudene til CSAM Health AS og Logica. Undersøkelsen ble gjennomført av Handelshøyskolen BI. Her fremgår det blant annet at:

«Det er vanskelig å gi en konkret vurdering av Logicas tilbud da planene er svært lite konkrete mht et innføringsprosjekt hos OUS.»<sup>3</sup>

Videre fremgår det at:

«Logicas gjennomføringsplan i tilbudet fremstår som en plan med stor sannsynlighet for negative avvik.»<sup>4</sup>

KOFA avsluttet saken 20. august 2010 på bakgrunn av at klagen ble trukket.

Flertallet merker seg at innholdet i klagen fra CSAM Health AS til KOFA var kjent for HSØ RHF på det tidspunkt avtale ble inngått med Logica AS. Flertallet er videre kjent med at daværende konserndirektør Steinar Marthinsen inngikk rammeavtalen på vegne av HSØ RHF samtidig som han var ansvarlig for OUS gjennom å være styreleder for selskapet.

Flertallet understreker at helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen i kontrollhøringen kommenterte dobbeltrollene på denne måten:

«Samtidig registrerer jeg jo også at Helse Sør-Øst ikke har den praksisen nå. Jeg tror det er klokt å ha egne styreledere til helseforetakene.»

Flertallet deler statsrådets syn på dette punkt.

Flertallet viser til at Aker, Rikshospitalet og Ullevål opphørte som egne sykehusenheter 1. januar 2010 og at OUS med det fikk felles ledelse og eget budsjett. Flertallet viser videre til at det ble klart allerede i februar 2010 at tidsplanen for gjennomføring av prosjektet ikke kom til å holde.

<sup>2</sup> Klage over tildelingsbeslutning, 9. desember 2009.

<sup>3</sup> Vedlegg til klage over tildelingsbeslutning, vurdering fra Handelshøyskolen BI, side 2.

<sup>4</sup> Vedlegg til klage over tildelingsbeslutning, vurdering fra Handelshøyskolen BI, side 2.

Flertallet har registrert at systemet ble overlevert OUS først i februar 2011 og at styret ved OUS først i april 2011 vedtok å avslutte forholdet til Logica fordi leveransen ifølge styret ved OUS ikke kunne brukes som forutsatt.

Flertallet er videre kjent med at HSØ RHF gjennomførte en risikoanalyse i forkant av anskaffelsen hvor det fremgikk at kjøp av systemet til CSAM ble vurdert til å ha mindre risiko, da løsningen allerede var etablert ved OUS-Rikshospitalet, noe som ville medføre noe mindre risiko knyttet til teknisk drift og opplæring av brukere ved ibrugtagelse 1. juni 2010.<sup>5</sup>

For flertallet fremstår det som klart at både HSØ RHF og OUS var kjent med den vesentlige usikkerheten ved den valgte løsningen i dette IKT-prosjektet allerede ved avtaleinngåelsen. Flertallet mener det er uheldig at avtale ble inngått uten nærmere undersøkelser av de nye og vesentlige opplysningene som fremkom i KOFA-klagen fra CSAM.

Flertallet kan ikke se at det ble gjennomført virkningsfulle tiltak for å forsikre seg om at fremdriften ble holdt underveis. Flertallet viser også til at leverandøren i tilbudet skyver en viktig del av risikoen for prosjektet over på bestiller gjennom krav om rask utprøving og kvalitetssikring.

Flertallet viser til at det er konstatert at totalkostnaden for klinisk arbeidsflate vil være 159 mill. kroner og gjenbruksverdien på 40 mill. kroner.<sup>6</sup> Flertallet viser til at det i tillegg må legges til grunn et vesentlig effektivitetstap ved sykehuset som følge av at Klinisk arbeidsflate ikke har blitt innført i tråd med den opprinnelige planen. Flertallet understreker at det fra flere hold i kontrollhøringen ble pekt på ulike utslag av den manglende felles IKT-løsningen som både er ressurskrevende og som kan påvirke pasientsikkerheten.

Flertallet viser til at det er viktig med klare ansvarsforhold når store omstillingsprosesser igangsettes og at det er en viktig forutsetning for at prosessen blir vellykket. Klinisk arbeidsflate var en klar forutsetning for at sammenslåingen skulle bli vellykket og at en kunne dra ut de nødvendige effektivitetsgevinstene til fordel for pasientene og de ansatte. Flertallet understreker at det er statsråden som har ansvaret for det som skjer i helsevesenet også i den styringsmodellen som i dag gjelder for helseforetakene. Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen sier selv dette om ansvaret:

«For å si det sånn. Jeg er ansvarlig for alt som skjer i helsevesenet.»

<sup>5</sup> Computerworld 23. mai 2011 (www.idg.no).

<sup>6</sup> Styremøte i Helse Sør-Øst RHF 14. september 2011.

Flertallet viser til at ansvaret for anskaffelsen ligger hos HSØ RHF. HSØ RHF valgte å inngå en rammeavtale som Oslo universitetssykehus ble nødt til å benytte seg av. Valget ble gjort i en situasjon hvor HSØ RHF var fullstendig klar over at OUS måtte ha et slikt system for å koble sammen sine ulike sykehus under sammenslåingsprosessen. Det fremstår som klart at utfordringene ved OUS var hovedårsaken til at HSØ RHF inngikk rammeavtale. Administrerende direktør Bente Mikkelsen mener imidlertid at ansvaret, etter at OUS besluttet å benytte seg av rammeavtalen, ligger hos OUS, der hennes underordnede, daværende konserndirektør i HSØ RHF, Steinar Marthinsen, var styreleder. Under kontrollhøringen ble følgende spørsmål stilt:

«Men da er det riktig som jeg sier, at det er din viseadministrerende direktør, eller konserndirektør – avhengig av når dette skjedde – som inngikk avtalen på vegne av det regionale helseforetaket, som også er styreleder, og som sitter med ansvaret for at dette ikke gikk bra. Er det riktig forstått?»

Mikkelsen svarer:

«Det regionale helseforetaket har ansvaret, og han – som min stedfortreder – undertegnet avtalen, den regionale rammeavtalen.»

Flertallet mener på denne bakgrunn å kunne konstatere at HSØ RHF inngikk den risikofylte avtalen og har ansvaret for oppfølgingen av den og at oppfølgingen overfor OUS i ettertid verken har vært tilstrekkelig eller god nok til å hindre det som etter hvert utviklet seg til en kritisk IKT-skandale med store konsekvenser for driften ved OUS. Flertallet viser til at HSØ RHF var den sentrale aktør både ved anskaffelse og etter avropet med bakgrunn i at HSØ RHF hadde satt inn en fra egen administrasjon som styreleder ved sykehuset.

Flertallet mener dette fremstår som en krittikkverdig sammenblanding og mener det er avgjørende for fremtidige anskaffelser at en grundig vurderer risikobildet og setter seg i stand til å forebygge vesentlige avvik på et tidligere tidspunkt.

### Pasientsikkerhet

Flertallet mener det er viktig for tilliten til helsevesenet at helsetjenesten drives med lavest mulig risiko for pasienten. Det er derfor bekymringsfullt når direktør for Statens helsetilsyn, Lars E. Hanssen, sier til komiteen i den åpne kontrollhøringen at:

«Men det er viktig å ha som bakgrunn for denne høringen at tilsynsmyndigheten mener at helsetjenestene i Norge generelt drives med for høyt risikonivå.»

Videre sa Hanssen:

«Dette har vi sett nærmere på, f.eks. ved innflyttingen i Ahus, hvor vi gikk veldig grundig inn og så på de risikoanalyser som var gjort, og om de var tilfredsstillende ut fra det vi mener legges til grunn. Og det mente vi ikke de var.»

Flertallet vil imidlertid understreke at det ikke nødvendigvis er sammenheng mellom høy risiko og det faktiske antall feil. Flertallet kommer nærmere inn på dette når det gjelder forholdene på Oslo universitetssykehus.

Flertallet har registrert en rekke oppslag i media der det er fremmet påstander om at pasientsikkerheten ved OUS svikter. Flertallet har ikke gått inn i enkelttilfeller ut over at flertallet forholder seg til de opplysningene som er gitt komiteen blant annet gjennom kontrollhøringen. Der omtaler fylkeslegen for Oslo og Akershus, Petter Schou, både generelt og noen konkrete tilfeller han har behandlet etter klage fra pasient eller pårørende.

Flertallet har merket seg at fylkeslegen i Oslo og Akershus har vært involvert i en rekke saker knyttet til OUS og omstillingsprosessene ved sykehuset. Schou sa dette i tilknytning til omfanget av saker:

«I tillegg til en rekke enkeltsaker har Fylkesmannen for øyeblikket ti pågående tilsynssaker på systemnivå mot Oslo universitetssykehus, alle med bakgrunn i omstillingen. Ni er mot spesifikke fagmiljøer. Sak nr. 10 er en mer overordnet systemsak, hvor sykehuset er bedt om å redegjøre for en rekke forhold rundt risikovurdering og konsekvensanalyser ved enhver omorganisering. De ni andre pågående sakene for øyeblikket er bl.a. mot Barnehjerteseksjonen, mot økt antall sykehusinfeksjoner, smitterisiko ved dialyseavdelingen, ventetid ved utredning av brystkreft, for knapp intensivkapasitet, for liten kapasitet og dårlig organisering av psykiatritilbudet til barn og unge og svikt og svakheter i det pasientadministrative systemet, som heter PAS.»

Flertallet merket seg også at Schou mente det var forhøyet risiko i forbindelse med behandling av hjerneslag, og at tilbudet til barn med såkalt «shunt» er uforsvarlig organisert. Schou sa også at:

«Vi har også nylig måttet konkludere med at Avdeling for radiologi og nukleærmedisin drives med for høy risiko for svikt i pasientsikkerheten, og at dette med sannsynlighet kan ha medført uforsvarlig drift i større eller mindre perioder.»

Flertallet vil understreke at det til tross for økt risiko i driften ved OUS på det nåværende tidspunkt, ikke kan dokumenteres økt feilbehandling eller flere feil enn tidligere, men at risikoen for at slike feil skal oppstå er større enn ved normal drift. Flertallet ber departementet komme tilbake til Stortinget på egnet måte dersom fylkeslegens undersøkelser konkluderer med at det er sammenheng mellom de kla-

gene som er til behandling og selve omstillingsprosessen.

Flertallet mener det kan forventes en større risiko ved drift under store omstillinger, men mener det er avgjørende at det fra eiers side arbeides for å redusere risikoen mest mulig. Flertallet viser også til at omstillingsprosessen har vært og er belastende for de ansatte og at det i seg selv kan bidra til å øke risikoen i driften ved sykehuset.

Flertallet viser til at Norsk Sykepleierforbund fortalte komiteen i kontrollhøringen at pasienter forsvinner i behandlingsløpet:

«Vi har også eksempler på at pasienter har falt ut av systemet ved flyttinger av pasienttilbud, fordi man manuelt må legge inn journalene til disse pasientene.»

På spørsmål fra representanten Anundsen om hun virkelig mente at pasienter forsvinner på veien i behandlingsskjeden svarer foretakstillitsvalg i Norsk Sykepleierforbund, Merete Norheim Morken:

«Ja, det mener vi. Vi har hatt masse eksempler på at det skjer.»

Flertallet viser til at det har vært vanskelig å få undersøkt disse påstandene nærmere, men understreker at det er alvorlig for pasientsikkerheten dersom det er riktig at pasienter forsvinner i behandlingsskjeden. Flertallet mener det er avgjørende for tilliten til behandlingen som gis ved OUS at departementet forsikrer seg om at det nå er etablert rutiner som sikrer pasienter fra å forsvinne underveis i behandlingsskjeden. Dersom slike rutiner ikke fungerer tilfredsstillende, bør statsråden instruere HSØ RHF/OUS i å gjennomføre nødvendige tiltak uten videre opphold.

Flertallet ber om at statsråden kommer tilbake til Stortinget på egnet måte med informasjon om hvordan dette er fulgt opp. Flertallet registrerer at 94,4 prosent av medlemmene i Norsk Sykepleierforbund er helt eller delvis enig i at omstillingsprosessen – med den retningen den tar nå – vil gå ut over pasientsikkerheten ifølge en QuestBack gjennomført av NRK Dagsrevyen i januar 2012. Flertallet viser til at det i samme undersøkelse er 71,7 prosent av sykepleierne som selv kjenner til bekymringsfulle forhold med tanke på pasientsikkerhet, som er en direkte konsekvens av omstillingen.<sup>7</sup>

Flertallet viser videre til at samme undersøkelse viser at mer enn halvparten av medlemmene i Norsk Sykepleierforbund er enig eller delvis enig i at det er en fryktkultur i OUS og at ansatte ikke tør å si hva de mener. Flertallet er bekymret for at en slik

<sup>7</sup> NRK Dagsrevyens spørreundersøkelse til Sykepleierforbundets medlemmer om forhold ved OUS jan. 2012.

fryktkultur i helseforetaket skal hindre varslinger og bidra til å svekke pasientsikkerheten.

Dette bildet styrkes etter flertallets syn av uttalelser fra Den norske legeförening fremsatt i høring i helse- og omsorgskomiteen datert 29. november 2011, i tilknytning til behandlingen av Representantforslag 24 S (Dokument 8:24 S (2011–2012) fra stortingsrepresentantene Per Arne Olsen, Bent Høie, Laila Dāvøy og Trine Skei Grande om tiltak for å sikre kvalitet og pasientsikkerhet under omstillingsprosessen ved Oslo universitetssykehus. President i Legeföreningen Hege Gjessing uttalte under denne høringen:

«Folk sier ikke fra lenger, man deltar ikke kritisk inn i diskusjonene fordi man opplever å i verste fall miste jobben.»

Flertallet mener en slik fryktkultur åpenbart kan svekke pasientsikkerheten.

Flertallet mener dette er svært alvorlig og urovekkende signaler fra mange av dem som er nærmest pasienten i det daglige. Flertallet forutsetter at statsråden i sin styringsdialog med HSØ RHF følger opp dette nøye og melder tilbake til Stortinget på egnet måte.

Flertallet viser til at Norge ser ut til å ligge etter andre nordiske land i lovfokus på pasientsikkerhet, til tross for at det generelle søkelys på pasientsikkerhet over tid har forsterket seg gjennom flere tiltak. I Sverige ble det innført en egen lov i 1936 om uønskede hendelser i helsetjenesten. Danmark vedtok en egen lov om pasientsikkerhet i 2003 som nå er inkorporert i Sundhedsloven. Flertallet er derfor fornøyd med at det er varslet en stortingsmelding om pasientsikkerhet i løpet av 2012.

### Departementets styring

Flertallet viser til at det er en hierarkisk oppbygning av systemet for styring av helsevesenet. Når det gjelder sykehusene, har det enkelte foretak egne styrever som er ansvarlig for egen drift overfor det regionale helseforetaket, som utnevner styret. Det er de regionale helseforetakene, som også har egne styrever, som har ansvaret for den overordnede styring med det enkelte sykehus. Departementet opptre som eier og forvaltningsmyndighet overfor de regionale helseforetakene og utnevner styret. I tillegg er det en rekke organ som vil få innvirkning og påvirkning innenfor styringen av spesialisthelsetjenesten, herunder Helsedirektorat og Statens helsetilsyn.

Flertallet understreker at det er statsråden som uansett vil være ansvarlig for alt som skjer i helsevesenet konstitusjonelt og politisk.

Flertallet viser til at helse- og omsorgsministeren normalt styrer helseforetakene gjennom bruk av oppdragsdokument som formidler Stortingets

årlige bevilgninger og budsjettvedtak, og at hun setter økonomiske og administrative krav. Det avholdes videre foretaksråder der det forutsettes å stille mer konkrete økonomiske og administrative krav til det enkelte regionale helseforetak. De regionale helseforetakene rapporterer regelmessig på de krav som er satt. I tillegg gjennomføres såkalte oppfølgingsmøter.

Flertallet legger til grunn at statsrådens styring av omstillingsprosessene ved OUS fulgte den normale rutine for oppfølging via det regionale helseforetaket. Sommeren 2011 innførte imidlertid statsråden en ordning med hyppigere oppfølgingsmøter med HSØ RHF fordi deler av prosessen ikke gikk som planlagt. Flertallet viser til at disse møtene igangsettes omtrent 12 måneder etter at det nye IKT-systemet klinisk arbeidsflate skulle ha trådt i kraft, og omtrent 3–4 måneder etter at videre leveranse etter kontrakten ble avbestilt. Statsråden forklarer at bakgrunnen for den økte frekvensen av oppfølgingsmøter var at det ikke var god nok fremdrift i å utarbeide nye bemanningsplaner og at prosjektet klinisk arbeidsflate ikke var fullført. Flertallet legger til grunn at det i hovedsak var utfordringer knyttet til omstillingene ved OUS som gjorde at statsråden innførte hyppigere oppfølgingsmøter og at statsråden på denne måten må kunne sies å ha vært nærmere disse prosessene etter sommeren 2011 enn det som er vanlig.

Flertallet mener det er viktig at politisk ledelse engasjerer seg i vanskelige og svært viktige prosesser av nasjonal betydning innenfor helsevesenet, både for å vise i praksis hvem som har det øverste ansvar og for å bidra til løsninger under vanskelige prosesser. Flertallet er således tilfreds med at statsråden innførte hyppigere oppfølgingsmøter med HSØ RHF, men mener dette kunne ha skjedd på et enda tidligere tidspunkt, da de utfordringene som utløste den hyppigere møtefrekvensen hadde vært kjent over lang tid.

Flertallet understreker at de formelle styringsrammene ikke må fremstå som hinder for en effektiv og viktig politisk styringsprosess og at departementet i særlige tilfeller kan følge nøyere opp både helseregioner og helseforetak.

Flertallet viser til at statsråden ikke ble gjort kjent med at den viktige forutsetningen for sammenslåingen ved OUS, klinisk arbeidsflate, ikke kunne gjennomføres i tråd med planen. Det fremstår som klart at den forsinkede innføringen av klinisk arbeidsflate både ville ha store konsekvenser for selve gjennomføringen av omstillingene, hindre effektiviseringsmuligheter og utgjøre en fare for pasientsikkerheten. Flertallet mener dette er informasjon som burde ha tilflytt statsråden på et langt tidligere tidspunkt, slik at statsråden kunne bidratt til gjennomføringen av korrigerende tiltak, eller bedt om at gjen-

nomføringshastigheten av omstillingene ble bedre tilpasset den alvorlige situasjonen.

Flertallet viser videre til at helse- og omsorgsministeren i svar på skriftlig spørsmål fra representanten Dávøy 17. desember 2010 skrev at det ikke var registrert forhold som kunne forsinke ny gjennomføringsplan. I februar 2011 ble det klart at leveransen ikke kunne skje i henhold til avtale, og i april ble ytterligere leveranse avbestilt av styret ved OUS.

Flertallet understreker at informasjon til statsråden fra helseforetak og regionale helseforetak er avgjørende for at statsråden skal kunne gi Stortinget riktig og fullstendig informasjon. Flertallet ber statsråden gjennomgå rapporteringsrutinene og listen for avviksrapportering mellom helseforetak, regionale helseforetak og departementet i lys av dette.

Flertallet viser til at omstillingsprosessen ved Oslo universitetssykehus er svært omfattende. Flertallet har registrert at Legeforeningen mener omstillingene ble vedtatt

«uten at det var gjort grundig risiko- og konsekvensanalyse i forkant, og en overskuet derfor ikke kompleksiteten og størrelsen på de omstillingene og hvilke konsekvenser det ville få.»<sup>8</sup>

Flertallet merker seg også at Legeforeningen mener at

«De ansatte har ikke opplevd å bli lyttet til når de har sagt fra, og da må vi undre oss over hva beslutningstakerne baserer sine oppfatninger på, og hvordan kommunikasjon fungerer.»<sup>9</sup>

Flertallet viser også til at 86,3 prosent av Norsk Sykepleierforbunds medlemmer ved OUS som har svart på NrK Dagsrevyens undersøkelse om forhold ved OUS føler at deres synspunkter og bekymringer i liten eller ingen grad når frem og blir lyttet til oppover i systemet.<sup>10</sup>

Flertallet mener det er viktig å ha ansatte med seg i store omstillingsprosesser og mener det er et klart ledelsesansvar å sikre slik medvirkning og engasjement. At ansatte føler seg tilsidesatt under omstillingsprosesser som i stor grad vil påvirke deres egen arbeidsdag og sikkerheten i det arbeidet de skal utføre, er et alvorlig problem. Flertallet mener det er avgjørende for at den videre sammenslåingsprosessen skal bli vellykket, at statsråden bidrar til at de ansatte blir involvert i prosessen på en positiv måte og at de føler at deres innspill og bekymringer blir tatt på alvor.

<sup>8</sup>. Legeforeningens president, Hege Gjessing under kontrollhøringen s. 4.

<sup>9</sup>. Legeforeningens president, Hege Gjessing under kontrollhøringen s. 4.

<sup>10</sup>. NRK Dagsrevyens spørreundersøkelse til Sykepleierforbundets medlemmer om forhold ved OUS jan 2012.

Flertallet viser til at det fra flere fagforeninger ved sykehuset er fokusert på at gjennomføringen av omstillingsprosessen har gått for raskt. Det er blitt pekt på at fremdriften ikke er påvirket av at forutsetningene for sammenslåingen er endret underveis i form av at klinisk arbeidsflate ikke er implementert. Videre er det vist til utfordringene knyttet til utarbeidelse av bemanningsplaner. Flertallet viser til at statsråden i kontrollhøringen sa at:

«Styret må hele tiden vurdere tempoet og rekkefølgen i det videre omstillingsarbeidet, og jeg vil fortsatt holde Stortinget orientert på egnet måte.»

Flertallet er enig med statsråden i at styret må vurdere tempo og rekkefølgen i det videre omstillingsarbeidet, men understreker at det fortsatt kan være nødvendig med nær dialog mellom statsråden og HSØ RHF/OUS for å sikre at fremdriften samlet sett er forsvarlig, slik at en også kan få de ansatte tilstrekkelig med i den videre prosessen.

#### **Påstått juksing med ventelistepasienter ved OUS**

Komiteen viser til at TV2-Nyhetene 1. mars 2012 hadde en lengre reportasje om omfattende juks med ventelister ved Oslo universitetssykehus. Komiteen viser til at reglene for fristbrudd medfører at det enkelte helseforetak får plikt til å betale for behandling ved annet offentlig, privat eller utenlandsk sykehus etter at fristen for gjennomføring av behandling er gått ut.

Komiteen viser til at flere sentrale mellomledere ved sykehuset påstod i TV2-innslaget at OUS endret ventelistene for pasienter med slike fristbrudd slik at de som henvendte seg til sykehuset med krav om behandling, fikk det ved sykehuset på bekostning av pasienter som hadde ventet lenger eller som hadde mer akutt behov for behandlingen. Det ble påstått at det var økonomiske årsaker til omprioriteringene, ikke helsefaglige. Legene hevdet videre at dette var rapportert oppover i ledelseskjeden.

Legeforeningen bekreftet fremstillingen i kontrollhøringen. Aasmund Bredeli som er tillitsvalgt ved OUS sa følgende:

«Ja, vi har kjent til det i ganske lang tid. Dette har vært en veldig uheldig praksis, så det er sånn som TV 2 viste, at man setter pasienter til side, uthuler garantiordningen osv. Vi gjorde senest en henvendelse til alle våre medlemmer nå rundt årsskiftet for å prøve å kartlegge omfanget av det. Vi har da forsøkt å si fra om dette, og vi har ikke sett at det har endret på praksisen.»

Videre sa han på spørsmål om han hadde inntrykk av at dette var en akseptert praksis fra ledelsens side at:



«Jeg tenker vel som så at med det presset som har vært på både ledelse og hele systemet her, så har nok dette etablert seg som en kreativ løsning for innfrier forventninger til kostnadskutt.»

Norsk Sykepleierforbund bekreftet i høringen at Legeforeningen flere ganger «varslet om dette til ledelsen på sykehuset.»

Komiteen viser til at det i kontrollhøringen ble hevdet fra både tidligere og nåværende administrerende direktører og styreledere at de ikke var kjent med praksisen. Komiteen har tatt opp denne problemstillingen i et eget brev til Helse- og omsorgsministeren og bedt henne gjøre rede for hva som er faktum i saken, samt hvilke tiltak som gjennomføres for å rette opp forholdene.

Komiteen viser til svar fra helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen datert 10. mai 2012 som oppfølging til problemstillingen kontroll- og konstitusjonskomiteen bad om svar på i brev av 13. mars 2012.

Komiteen viser til at det i statsrådets svar vises til en intern revisjonsrapport som styret ved OUS tok til orientering i møtet 3. mai 2012, og at endelig behandling av rapporten vil skje på et senere styremøte. Komiteen bemerker derfor at den ikke har kunnet få opplysninger om styrets endelige behandling før avgivelse av denne saken.

Komiteen viser til at statsråden skriver at det var om lag 70 000 fristbrudd ved landets sykehus i 2011, og at om lag 10 prosent av disse gjaldt pasienter som ikke fikk startet sin behandling ved OUS. Komiteen understreker at antall fristbrudd samlet sett er svært høyt, men registrerer at den relative andelen fristbrudd ved OUS er noe lavere enn landsgjennomsnittet.

Komiteen viser til at det i konsernrevisjonens rapport fremgår at e-postmaterialet i dialogen mellom HELFO og OUS viser at

«klinikkledelsen tar direkte økonomiske hensyn ved innplassering av HELFO-pasienter i det planlagte operasjonsprogrammet. Konsekvensen er at andre pasienter som ut fra en medisinsk faglig vurdering har større behov for hjelp, forskyves.»

Komiteen merker seg at konsernrevisjonen mener det er i samsvar med regelverket å gjennomføre slik praksis, forutsatt at det fyller hull i programmet. Samtidig påpekes det flere situasjoner hvor slik prioritering vil være problematisk.

Komiteen viser til at den bad om en oversikt over hvilket ledelsesnivå som har vært kjent med praksisen. Utgangspunktet for spørsmålet var at det fremkom i den åpne kontrollhøringen komiteen avholdt om saken, at det fra fagorganisasjonenes side var varslet oppover i systemet, men at ingen i den nåværende eller tidligere sykehusledelsen på styrele-

dernivå og administrerende direktørnivå var kjent med dette.

Komiteen registrerer at konsernrevisjonen ikke har funnet noen dokumentasjon på at de tidligere administrerende direktører Thoresen og Hatlen har vært kjent med praksisen, ei heller dokumentasjon på at nåværende administrerende direktør Erikstein har vært kjent med dette før det ble tatt opp av TV2. Det er ikke gitt opplysninger om eventuell dokumentasjon om styreledernes eventuelle kunnskap om disse forholdene, men det antas at slik informasjon normalt ville bli gitt av administrerende direktør til styret.

Komiteen registrerer at konsernrevisjonen mener det beskjedne antallet HELFO-pasienter gjør at en ikke kan identifisere sikkert at den aktuelle praksisen har påvirket andre pasienters rettigheter negativt.

Komiteen viser også til at administrerende direktør ved OUS, Bjørn Erikstein, har igangsatt et større arbeid for å bedre informere pasienter om deres rettigheter. Komiteen understreker viktigheten av at sykehuset tar denne problemstillingen alvorlig slik at pasienter med rett får gjennomført behandling innen frist eller tilbys alternativt behandlingssted. Komiteen vil likevel understreke at det i første rekke er sykehuset som må ta ansvar for å hindre fristbrudd og at den enkelte pasient ikke skal få ansvaret for å sikre egne rettigheter. Det er stor forskjell på ressursstyrken til den enkelte pasient, og det er ikke akseptabelt at ressurssterke pasienter får raske behandling enn ressurssvake med samme diagnose og behov for helsehjelp.

Komiteen viser til at konsernrevisjonen uttrykker at regelverket på sentrale områder er uklart og at rettskildene er fragmentert. Komiteen mener dette er uheldig og imøteser statsrådets gjennomgang av regelverket. Komiteen ber om at statsråden kommer tilbake med et forslag til endret regelverk, som forhindrer en praksis som påvirker pasientenes rettigheter negativt.

Komiteen legger til grunn at statsråden følger opp den videre behandlingen av konsernrapporten i styret til OUS og ber om at statsråden informerer komiteen når oppfølgingen av rapportens funn er endelig.

Komiteen deler for øvrig statsrådets bekymring over det store antallet fristbrudd i landet og er enig i at det er påkrevd med ytterligere innsats fra spesialisthelsetjenesten i tiden fremover. Komiteen legger til grunn at det også fordrer et sterkt politisk engasjement for å bidra til at fristbruddene reduseres ytterligere.

Komiteen viser til stortingsbehandlingen av sammenslåingen av helseregionene Sør og Øst i Innst. S. nr. 167 (2006–2007), jf. St.prp. nr. 44

(2006–2007). Sammenslåingen er begrunnet med effektivisering av driften, sikrere pasientbehandling og samordning av forskning. Før sammenslåingen lå sykehusene i Oslo i to ulike helseregioner. Ullevål og Aker lå i helseregion Øst, mens Rikshospitalet og Radiumhospitalet lå i helseregion Sør. Mange like fag- og forskningsmiljøer var derfor delt. Det var bred enighet om at dette var uhensiktsmessig og en dårlig utnyttelse av de økonomiske og faglige ressursene.

Komiteen vil vise til at bakgrunnen for sammenslåingen av nevnte sykehus i Oslo var at det over tid var bygd opp parallell overkapasitet i dette området og at en fusjon derfor ville frigjøre ressurser. Denne frigjøringen av ressurser var et uttalt premiss for den tidligere sammenslåingen av helseforetakene Helse Sør og Helse Øst til Helse Sør-Øst, som igjen ledet til OUS. Komiteen viser til at det i Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011–2015 står at

«Det er snart ti år siden helseforetaksmodellen ble gjennomført. På grunnlag av de erfaringene som er gjort til nå, vil det bli gjort en gjennomgang med sikte på mulige forbedringer i modellen og tilpasninger/endringer i lovverket, herunder vurdering av styringspraksis, og regional og lokal forankring. Det tas sikte på at gjennomgangen gjøres i denne stortingsperioden.»

Komiteen vil her vise til at regjeringen har hatt på høring forslag til endringer i helseforetaksloven.

Komiteen viser derfor til at det nye regionale helseforetaket, Helse Sør-Øst RHF, fulgte opp regjeringens føringer om bedre samordning og ressursbruk i hovedstadsområdet ved styrets vedtak 20. november 2008 om sammenslåing av sykehusene i hovedstaden. Oslo universitetssykehus HF (heretter OUS) ble dannet 1. januar 2009 gjennom sammenslåing av Rikshospitalet HF (Rikshospitalet og Radiumhospitalet var fusjonert tidligere til ett helseforetak – Rikshospitalet HF), Ullevål universitetssykehus HF og Aker universitetssykehus HF. Innen dette nye helseforetaket har Rikshospitalet hovedansvaret for region- og landsfunksjoner, og Ullevål sykehus-delen hovedansvaret for lokalsykehusfunksjoner. Komiteen viser til at Stortinget med stort flertall sluttet seg til etableringen av Helse Sør-Øst. Etableringen av OUS, slik det her er beskrevet, er ikke behandlet av Stortinget, men uttalelser fra representanter fra flere partier viser stor enighet om denne etableringen.

Komiteen viser til at komiteen åpnet sak på bakgrunn av den korrespondanse som har vært mellom komiteen og helse- og omsorgsministeren om omstillingsprosessen ved OUS, og på bakgrunn av de signaler som har kommet, blant annet gjennom media, om kritiske forhold ved OUS. Komiteen besluttet enstemmig å holde kontrollhøring om

saken, da det var nødvendig å få undersøkt alle påstandene om at etableringen av OUS satte pasientsikkerheten i fare. Høringen var knyttet spesielt til tre forhold, forhold som også har vært gjenstand for korrespondanse med statsråden:

- Forhold knyttet til IKT og klinisk arbeidsflate
- Pasientsikkerhet
- Departementets styring under omstillingsprosessen ved OUS

Komiteen viser til at det under behandlingen av saken har blitt reist spørsmål om uregelmessigheter og mulig juks med ventelister ved OUS. Komiteen viser til at den har tatt opp dette tema i egen henvendelse til statsråden, og at statsråden har svart i brev av 30. mars og 10. mai 2012.

Komiteen viser til at opprettelsen av OUS som et stort universitetssykehus bør gjøre det lettere å følge opp internasjonale nyvinninger innen medisinsk utvikling og kunnskap. Store forskningsfremskritt innen diagnostikk og behandling medfører krav om økt spesialisering på universitetssykehusene. Ut fra dette mener komiteen at det var en ineffektiv og uhensiktsmessig organisering av sykehusstilbudet i hovedstaden med tre universitetssykehus innenfor Oslo.

Komiteen mener derfor at de overordnede målene med omstillingen er riktige og understreker at det aller viktigste er å skape en bedre og mer koordinert pasientbehandling ved OUS.

Komiteen viser til uttalelser fra fagorganisasjoner om at omstillingsprosessen ved OUS har skapt usikkerhet hos ansatte. Komiteen er oppmerksom på at slike omstillingsprosesser er svært krevende for både ansatte og ledelse, og ønsker å påpeke betydningen av involvering og samarbeid mellom ledelse og ansatte i gjennomføring av slike endringsprosesser. Komiteen understreker ansvaret ledelsen har for å sikre felles virkelighetsforståelse for alle deler av organisasjonen ved omstillinger. Komiteen understreker derfor både RHF- og HF-ledelsens ansvar for å gjennomføre omstillinger så forberedt som mulig, med reell medvirkning fra ansatte, og med tilrettelagt og god kommunikasjon mellom partene. Videre mener komiteen at for å gjennomføre gode omstillingsprosesser, må ledelsen være tydelig på målet og dessuten kunne justere kursen basert på oppnådde resultater. Komiteen vil påpeke at det under høringen i komiteen kom fram at flertallet av avdelingslederne ved sykehusene under fusjonsprosessen ikke visste hvem deres nærmeste overordnede var. Dette er etter komiteens syn et sterkt signal om at ledelsen har vært utydelig med uklare ansvarslinjer. Komiteen mener det er nødvendig med stedlig ledelse for å sikre pasientsikkerhet og god tjenesteyting.

Komiteen er tydelig på at de støtter mål og retning for omstillingen ved OUS for å sikre et koordinert helsetilbud og forskning av høy kvalitet til beste for pasientene i hovedstaden og i landet for øvrig. Komiteen mener at den åpne kontrollhøringen har vist at mye går i riktig retning ved OUS. Likevel vil komiteen understreke at det som er påpekt som feil, mangler eller kritikkverdige forhold, må endres og forbedres.

Komiteen viser til at den åpne kontrollhøringen om OUS fredag 2. mars 2012 ga støtte til målene for omstillingen ved OUS.

Komiteen merker seg at en av Fagforbundets representanter i høringen, Bjørn Wølstad-Knudsen, sier at

«Proessen må fortsette. Å fryse eller stanse helt opp vil sette oss fast i en rekke uholdbare situasjoner, men en helhetlig og realistisk plan er en forutsetning i denne sammenhengen.»

Fagforbundets Odd Haldgeir Larsen understreker at

«De ansatte og ikke minst organisasjonene er ekstremt opptatt av å få dette til. Vi mener at prosessen ikke skal stoppe, men antageligvis gis mer tid.»

Komiteen viser til at Legeforeningens president, Hege Gjessing, på spørsmål om de er enige i målsettingene for sammenslåingen av OUS, svarer at

«Vi har hele tiden støttet prinsippet om at sammenslåing kan føre til fordeler.»

Videre merker komiteen seg at Legeforeningen har

«vært veldig tydelige på, og sagt, at man ikke skal rykke tilbake til start. Man skal gjøre denne prosessen, men man skal gjøre det på en god og trygg måte.»

Komiteen merker seg også at Norsk Sykepleierforbunds representant i høringen, Eli Gunhild By, sier at

«Vi ønsker ikke at prosessen skal stoppe opp, men det er viktig at man tar seg en pause, at man tar seg tid, og at man klarer å om dirigere seg og evaluere hvor langt man har kommet.»

Komiteen har respekt for at omstillingen i OUS er omfattende, kompleks og krevende. Likevel, og basert på ovenstående, mener komiteen at den åpne høringen har vist at det er viktig å fortsette omstillingsprosessen ved OUS. Komiteen viser til at fusjonen faktisk er gjennomført, og at det som gjenstår er den videre utviklingen som

krever både gjennomføringskraft, tydelig ledelse og godt samarbeid mellom aktørene.

### **Klinisk arbeidsflate – IKT**

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet viser til at de ulike sykehusene før sammenslåingen hadde forskjellige IKT-systemer for håndtering av pasientinformasjon. IKT-prosjektet «Klinisk arbeidsflate» var ment å sørge for at de ulike IKT-systemene ved OUS hadde en felles plattform slik at sykehuset fikk ett pasientoppfølgingssystem. Disse medlemmer merker seg at flere av dem som deltok i den åpne kontrollhøringen understreket betydningen av å få på plass «Klinisk arbeidsflate», både for å koordinere pasientbehandling og for å sikre et godt grunnlag for god samhandling.

Disse medlemmer er enige i at bedre teknologiske løsninger vil lette omstillingsarbeidet, men understreker at klinisk arbeidsflate ikke var en forutsetning for sammenslåingen til OUS.

Disse medlemmer viser til at OUS ble dannet 1. januar 2009. Helse Sør-Øst RHF utlyste anbuds-konkurranse om en overordnet portalløsning (KA) 8. juli 2009. Det innkom to tilbud, ett fra Logica AS og ett fra CSAM Health AS. Disse medlemmer merker seg at anbudskonkurransen ble gjennomført og at Helse Sør-Øst RHF i desember 2009 inngikk en fire-årig rammeavtale med Logica om en klinisk portalløsning som skulle brukes ved OUS og som kunne brukes ved andre sykehus i regionen.

Disse medlemmer merker seg at Helse Sør-Øst RHF, for å sikre oppmerksomhet på risiko i gjennomføringen av prosjektet, engasjerte Gartner Group for eksternt kvalitetssikring. Senere ble også Det Norske Veritas og Ernst & Young engasjert for å sikre nødvendig oppfølging av prosjektet teknisk og funksjonelt. Disse medlemmer er kjent med at CSAM Health AS klaget anskaffelsen inn for KOFA. I klagen fremgår det flere kritiske merknader, særlig når det gjelder om tilbudet fra Logica kan oppfylle den korte og kritiske tidsfristen for implementering av ny klinisk arbeidsflate. Disse medlemmer merker seg også at klagen ble trukket før behandling ble iverksatt.

Disse medlemmer viser til at Helse Sør-Øst RHF hadde satt inn en egen administrasjon som styreleder ved sykehuset som samtidig, i kraft av sin stilling som konserndirektør for Helse Sør-Øst RHF, inngikk rammeavtale om klinisk arbeidsflate.

Disse medlemmer merker seg at det oppstod problemer med gjennomføringen av det planlagte IKT-prosjektet «Klinisk arbeidsflate» og at dette ble vedtatt stanset av styret for OUS HF 28. april 2011.

Disse medlemmer merker seg at statsråden i sine skriftlige svar til kontroll- og konstitusjonskomiteen

teen viste til at hun i sitt svar til Stortinget i desember 2010 hadde fått opplyst at den daværende ledelsen ved OUS mente systemet gradvis ville bli innført fra 2011, men at forsinkelser ikke kunne utelukkes. Statsråden skriver at hun da fikk opplyst at det var funnet akseptable midlertidige løsninger. Disse gir personellet tilgang til pasientinformasjon uavhengig av på hvilket sykehus de er innenfor OUS. Løsningene ble av OUS vurdert til å gi tilfredsstillende løsning for brukerne fram til full funksjonalitet var på plass. Planen omfattet gradvis innføring av funksjonalitet med et innføringsløp fram til 2013.

Disse medlemmer merker seg videre at statsråden i brev til Stortinget av 30. november 2011 (svar til Dokument 8:24 S (2011–2012)) uttrykker enighet om betydningen av å satse på IKT, og at regjeringen har stilt en rekke krav til utvikling på området. Disse medlemmer mener det ikke er statsrådets rolle å gå inn i detaljer om et IKT-prosjekt på et sykehus. Videre mener disse medlemmer at statsrådets rolle er å holde seg orientert om utviklingen i de viktigste delene av utviklingsprosessen og holde seg orientert om risiko, muligheter og begrensninger. Disse medlemmer mener at det i den åpne høringen og i behandlingen av saken ikke har kommet fram opplysninger som tilsier at statsråden som eier skulle ha involvert seg i selve gjennomføringen. Disse medlemmer understreker at ansvaret for gjennomføringen av omstillingsprosessen tilligger OUS og Helse Sør-Øst RHF.

Disse medlemmer merker seg også at det fra regjeringens side, på et overordnet nivå, satses på IKT i helsesektoren. Nasjonal kjernejournal, elektroniske henvisninger, innføring av e-resept og videreutvikling av den nasjonale helseportalen er viktige områder. Disse medlemmer merker seg også at regjeringen arbeider med en viktig og relevant stortingsmelding som skal ferdigstilles i 2012 om e-helse i en digital hverdag, hvor både teknologisk løsninger og framtidige satsningsbehov på IKT-området vil bli behandlet.

### Pasientsikkerhet

Disse medlemmer understreker at pasientsikkerhet er det viktigste i denne saken, og presiserer at det er helt nødvendig for pasientene, og for tilliten til helsetjenesten, at ledelsen og ansatte i helsetjenesten har full oppmerksomhet rettet mot pasientenes behov og sikkerhet – både i vanlig drift og i enda sterkere grad ved krevende omstillingsprosesser.

Disse medlemmer merker seg med bekymring at direktør for Statens helsetilsyn, Lars E. Hanssen, sier til komiteen i den åpne høringen at:

«helsetjenestene i Norge generelt drives med for høyt risikonivå.»

Disse medlemmer legger vekt på behovet for gode risikoanalyser i helsetjenesten, og viser til at statsråden i sitt brev til komiteen 19. desember 2011 har vist til krav i foretaksmøter i januar 2010 og 2011, om at det ved omstilling av virksomheten må foreligge risikovurderinger for hvilke konsekvenser tiltaket vil ha for andre deler av virksomheten og det samlede tilbudet for pasientene. Disse medlemmer merker seg også at det er redegjort nærmere for Helse Sør-Øst sin oppfølging av kravene, bl.a. at det er gjennomført både systematiske og spesielle risikovurderinger i forbindelse med omstillingene ved OUS og at det er gjort fortløpende vurderinger av om det er behov for å justere framdriftsplanene.

Disse medlemmer vil videre vise til at direktør for Statens helsetilsyn, Lars E. Hanssen, i den åpne høringen også uttalte at han var like bekymret for pasientsikkerheten i Vestre Viken HF som ved OUS. Disse medlemmer merker seg at statsråden også i den åpne høringen la vekt på at risikoanalyse er noe som skal gjøres ikke bare én gang, men noe som skal gjøres kontinuerlig og særlig i forbindelse med endrings- og omstillingsprosesser.

Disse medlemmer viser til Norsk Sykepleierforbunds beretning om at pasienter har «falt ut av systemet ved flyttinger av pasienttilbud». Disse medlemmer merker seg at opplysningene så langt ikke er konkret verifisert, men vil understreke at slikt ikke skal skje, og viser til at konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst RHF i 2011–2012 gjennomfører revisjon av intern styring og kontroll i det pasientadministrative arbeidet i alle helseforetakene i regionen. Funnene fra den interne revisjonen av det pasientadministrative arbeidet i helseforetakene i regionen følges opp gjennom prosjektet «Glemt av sykehuset». Prosjektet skal støtte helseforetakenes arbeid for økt pasientsikkerhet.

Disse medlemmer viser til at statsråden i sitt brev til kontroll- og konstitusjonskomiteen 19. desember 2011 opplyser at Helsetilsynet har informert om at de i en tilsynssak vedrørende dødsfall ved OUS også vurderer forhold omkring omstillingsprosessen. Disse medlemmer viser videre til at Statens helsetilsyn i brev til departementet datert 1. mars 2012 viser til at det ikke foreligger en slik klage som ble omtalt i brevet datert 19. desember 2011. Fylkesmannen i Oslo og Akershus fant ikke grunnlag for tilsynsmessig oppfølging av meldingen etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3.

Disse medlemmer merker seg at både Statens helsetilsyn og fylkeslegen i Oslo og Akershus i den åpne høringen sier de har vært involvert i flere saker knyttet til OUS og omstillingsprosessene ved sykehuset. Disse medlemmer merker seg videre at fylkeslegen i Oslo og Akershus sier:

«De sakene vi har avsluttet til nå, har ikke endt med at det er uforsvarlig drift.»

Disse medlemmer merker seg også at både Helsetilsynet og Fylkeslegen i Oslo og Akershus i den åpne høringen sier at omstillingsprosessen ikke har ført til flere feil og feilbehandling enn før oppstart av omstillingsprosessen.

Disse medlemmer viser også til at Helsetilsynets direktør sier:

«Det er ikke riktig, som det har stått i mediene, at tilsynsmyndigheten - (. ...) - har anbefalt at man stopper opp prosessen.»

Disse medlemmer merker seg at Fylkeslegen i Oslo og Akershus bekrefter at det er forsvarlig å fortsette prosessen med sammenslåing på Oslo universitetssykehus.

Disse medlemmer konstaterer at tilsynsmyndighetene mener det er forsvarlig å fortsette den videre gjennomføringen av omstillingen ved OUS. Samtidig vil disse medlemmer understreke betydningen av at OUS ved den videre omstillingen sikrer at drift og endringsprosesser skjer på et så lavt risikonivå som mulig og alltid med pasientenes sikkerhet for øye. Disse medlemmer viser til at det dessverre skjer for mange uheldige hendelser i spesialisthelsetjenesten hvert år og at OUS har sin andel av disse. Som ledd i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen har alle helseforetak analysert et utvalg pasientjournaler for å kartlegge pasientskader. Ved OUS ble det funnet pasientskade i 10 prosent av pasientoppholdene, mens det for landet som helhet ble funnet pasientskader i 16 prosent av oppholdene. Disse medlemmer har merket seg at styret og ledelsen i OUS har hatt stor oppmerksomhet på pasientsikkerhet med gjennomgang for styret hvert tertial fra 2009. Disse medlemmer har også merket seg at pasientsikkerhetsrutiner fra de respektive sykehusene som ble slått sammen til OUS, ble videreført i den nye organisasjonen og at det ble innført felles avvikssystem fra dag én i fusjonsprosessen.

Disse medlemmer mener at det å sikre god pasientsikkerhet handler om mer enn måling, telling og resultater på indikatorer. Det handler også om bemanning og personellhåndtering der de ansatte oppmuntres til å melde fra til overordnede om eventuelle kritikkverdige forhold. Det at de ansatte opplever fare, er en utfordring for pasientsikkerheten i seg selv, som ledelsen må ta på alvor.

Disse medlemmer viser til at Norge ser ut til å ligge etter andre nordiske land når det gjelder oppmerksomhet på pasientsikkerhet, til tross for at det generelt og over tid har vært en forbedring på dette feltet gjennom flere pasientsikkerhetstiltak og -kampanje. Disse medlemmer er fornøyd med at

regjeringen er i gang med dette viktige arbeidet og at det for første gang kommer en stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet i løpet av 2012.

### Departementets styring

Disse medlemmer vil vise til at det i Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011–2015 slås fast at:

«De regionale helseforetakene skal, gjennom sitt sørge-for-ansvar, sikre spesialisthelsetjenester til befolkningen i sin region.»

Disse medlemmer viser til at spesialisthelsetjenesten er organisert på en måte hvor det enkelte helseforetak har egne styrever som er ansvarlig for egen drift. Det regionale helseforetaket eier underliggende helseforetak og utnevner styret. De regionale helseforetakene har ansvaret for den overordnede styringen av det enkelte helseforetak. Departementet, dermed statsråden, er både eier av de regionale helseforetakene og utnevner styret, er ansvarlig for finansiering og har fagmyndighet.

Disse medlemmer understreker at helse- og omsorgsministeren er konstitusjonelt ansvarlig for spesialisthelsetjenesten og styrer de regionale helseforetakene gjennom oppdragsdokument, som også stiller de midlene som Stortingets har bevilget til disposisjon. De regionale helseforetakene pålegges oppgaver og skal gjennomføre styringskravene innenfor de rammer og mål som er gitt i oppdragsdokumentet fra departementet.

Disse medlemmer viser til at eierstyringen også utøves gjennom oppfølgingsmøter, styreutnevninger og oppdragsdokumenter, samt foretaksmøter, hvor det settes resultatkrav og organisatoriske krav til det enkelte regionale helseforetak. De regionale helseforetakene skal også årlig utarbeide en melding med helhetlig rapportering av virksomheten. Meldingen redegjør for virksomheten i foregående år og inneholder styrets forslag til plan for kommende år. Disse medlemmer registrerer at årlig melding og årsregnskapet behandles av departementet i foretaksmøter og danner grunnlag for tilbakemelding til Stortinget i Prop. 1 S. De regionale helseforetakene rapporterer i tillegg regelmessig på de krav som er satt, og det gjennomføres også oppfølgingsmøter.

Disse medlemmer viser videre til at helseforetaksloven § 30 slår fast at det er foretaksmøtet i regionalt helseforetak, altså statsråden, som «treffer vedtak i saker som antas å være av vesentlig betydning for foretakets virksomhet. Det samme gjelder andre saker som antas å ha prinsipielle sider av betydning, eller som antas å kunne ha vesentlige samfunnsmessige virkninger.» Hvilke saker som er av vesentlig betydning, vurderes i den enkelte sak. Eksempler på såkalte § 30-saker er endringer i fødetilbud og akuttberedskap.

Disse medlemmer legger til grunn at statsrådens styring av omstillingsprosessene ved OUS har fulgt gjeldende prinsipper for eierstyring. Samtidig viser disse medlemmer til at det i St.prp. nr. 1 (2007–2008) ble gjort rede for at departementet, i tillegg til den ordinære oppfølgingen av regionale helseforetak, har hatt en særskilt oppfølging av at Helse Sør-Øst RHF arbeider aktivt med å legge til rette for å innfri målsettingen med sammenslåingen. Disse medlemmer merker seg at statsråden sommeren 2011 innførte en ordning med hyppigere oppfølgingsmøter med Helse Sør-Øst RHF for å følge opp og legge til rette for omstillingene. Disse medlemmer forstår det slik at statsråden så et behov for tettere oppfølging da det ved OUS ikke forelå tilstrekkelige bemanningsplaner, budsjettene var overskredet, og det kom flere bekymringsmeldinger – blant annet knyttet til IKT og klinisk arbeidsflate.

Disse medlemmer støtter at politisk ledelse engasjerer seg i saker som har stor betydning innenfor helsetjenesten. Selv om disse medlemmer vil påpeke at det først og fremst er det regionale helseforetaket og helseforetaket selv, med respektive styrever, som skal ta nødvendige grep, har disse medlemmer merket seg at statsråden involverte seg da hun så behov for det.

Disse medlemmer merker seg at statsråden er enig i at deler av omstillingen kunne vært gjort bedre, at bemanningsplaner burde vært på plass og at manglende resultater i IKT-prosjektet «Klinisk arbeidsflate» har skapt problemer for de ansatte. Disse medlemmer har også merket seg at Helse Sør-Øst RHF har bidratt med å tilrettelegge for omstillingene ved OUS gjennom omdisponering av midler, analyseressurser og egne personallederfora. Disse medlemmer merker seg videre at Helse Sør-Øst RHF har arbeidet for å få økonomisk kontroll ved helseforetakene i regionen, og at dette har lyktes med unntak av hovedstadsområdet. Disse medlemmer viser til at det blir en viktig oppgave framover å få de tre helseforetakene i hovedstadsområdet i økonomisk balanse.

Disse medlemmer registrerer at Helse Sør-Øst RHF har foretatt endringer i styret for OUS og at ny administrerende direktør er ansatt. Nytt styre for OUS kom på plass i oktober 2011 og ny administrerende direktør tiltrådte stillingen 7. desember 2011. I en så krevende prosess er det viktig med god ledelse. Disse medlemmer påpeker at det nå er viktig at styret og administrerende direktør etablerer gode relasjoner med de ansatte. Disse medlemmer påpeker at styret og ledelsen har særlig ansvar for å få til et samarbeid med tillitsvalgte, vernetjeneste og brukerorganisasjoner. Både Norsk Sykepleierforbund og Legeforeningen understreket også dette. Disse medlemmer merker seg styreleders og

den nye ledelsens uttalelser i høringen om at dette nå tas på alvor. Disse medlemmer merker seg videre at den nye ledelsen ved OUS definerer omstillingsprosessen som «et betydelig organisasjonsutviklingsprosjekt, hvor det er viktig å gjøre de riktige tingene og hele tiden ha det beste for pasienten i tankene».

Disse medlemmer oppfatter at omstillingsprosessen ved OUS er krevende og oppleves som vanskelig. Samtidig har disse medlemmer merket seg at det i denne situasjonen er fremgang for Oslo universitetssykehus på mange kvalitetsparametre, og at mange deler av organisasjonen leverer bedre enn noen gang. For eksempel har transplantasjonsaktiviteten i denne perioden vært høyere enn noen gang tidligere. I løpet av 2011 klarte sykehuset en betydelig økning i antall behandlinger for hjerteflimmerpasienter i tråd med føringer fra statsråden. I tillegg til at man åpnet en ny avdeling (samlokalisering RR og Ullevål på Gaustad) klarte man fra en kapasitet i 2010 på 130 ablasjoner å øke til 720 ablasjonsbehandlinger ved årsskiftet 2010/2011. Disse medlemmer merker seg at dette var en ekstraordinær kapasitetsøkning som følge av at OUS HF gikk gjennom ventelistene til denne typen behandling.

Disse medlemmer har også merket seg at kvalitetsindikatorer for OUS for 3. tertial 2011, som ble publisert 30. april 2012, viser at andel korridorpasienter gikk ned fra 2,4 pst. i 3. tertial 2010 til 0,9 pst. i 3. tertial 2011 ved OUS. For hele landet ligger andel korridorpasienter på 1,8 pst. i 3. tertial 2011.

Videre merker disse medlemmer seg at for 3. tertial fikk 15,7 pst. av pasientene med hjerneinfarkt trombolysbehandling ved OUS. Tilsvarende tall for hele landet er 8,5 pst. Det publiseres ikke sammenliknbare tall for 2010.

Andel registrerte sykehusinfeksjoner ligger på 5,9 pst. i 4. kvartal 2011. Tilsvarende tall for hele landet er 6,1 pst.

(Andel strykninger av planlagte operasjoner gikk ned fra 7,5 pst. i 3. tertial 2010 til 7,3 pst. i 3. tertial 2011. På landsbasis er andel strykninger på 6,2 pst.)

Disse medlemmer vil vise til siste tilgjengelige månedsrapport for OUS fra februar 2012 som tyder på at OUS styres på en tilfredsstillende måte. Disse medlemmer merker seg spesielt at aktiviteten innenfor somatikk er om lag som budsjettet. Innenfor psykisk helsevern er den polikliniske aktiviteten høyere enn planlagt og har økt fra 2011. Disse medlemmer merker seg videre at det er noe høyere aktivitet for døgnvirksomheten innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn lagt til grunn i budsjettet. Den polikliniske aktiviteten innenfor rusområdet er trolig om lag som budsjettet, men etter bytte av pasientadministrativt system fra nyttår er det noe usikkerhet knyttet til tallene. Det er registrert færre

liggedøgn for utskrivningsklare pasienter (somatikk) enn budsjettert. Det har vært en liten nedgang i antall ventende, og gjennomsnittlig ventetid til avvikling er noe redusert gjennom de siste månedene. Disse medlemmer registrerer også at andel fristbrudd er noe høyere enn i slutten av 2011. Når det gjelder status i ventetidene i hovedstadsområdet, så har det vært noe usikkerhet om venteliste-statistikken på grunn av organisatoriske og systemmessige endringer. Disse medlemmer merker seg at 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 ikke gir et riktig bilde før denne oppdateringen er på plass. Månedstallene som er rapportert inn til NPR siden høsten 2011, skal være på riktig nivå.

Disse medlemmer merker seg at tall fra NPR viser at gjennomsnittlig ventetid for OUS i februar og mars 2012 er hhv. 76 og 73 dager. Tilsvarende tall for hele landet er 73 og 71 dager. Tallene viser en noe lengre ventetid for utredning/behandling ved OUS enn for hele landet generelt, men disse medlemmer mener at man da også må ta hensyn til at det alltid har vært lengre ventetider til en del av de spesialiserte lands- og regionsykehusfunksjoner som OUS har.

Disse medlemmer registrerer at Legeforeningens president, Hege Gjessing, har hevdet at «folk sier ikke fra lenger, man deltar ikke kritisk inn i diskusjonene fordi man opplever å i verste fall miste jobben». Disse medlemmer mener at dette er en urovekkende uttalelse og uakseptabelt, og noe som den nye ledelsen må ta på alvor og følge opp. Disse medlemmer har samtidig registrert at mange ansatte ved OUS uttaler seg åpent til media og ser dette som positivt.

Disse medlemmer er opptatt av at medarbeidere ved norske offentlige sykehus har en arbeidskul-

tur preget av åpenhet og tillit, hvor det blant ledere og medarbeidere er trygghet for å ta opp vanskelige saker, og at det på alle nivåer arbeides bevisst for å få til dette. Derfor understreker disse medlemmer betydningen av respekt for yringsfriheten til de ansatte i helsetjenesten så lenge det ikke går ut over taushetsbelagte pasientopplysninger. Disse medlemmer har merket seg at det i protokoll fra foretaks-møtene i januar 2012 er slått fast at det skal mye til før offentlig kritikk fra egne ansatte er i konflikt med lojaliteten til arbeidsgiver. Disse medlemmer vil hevde at en åpenhetskultur i helsetjenesten blant annet er avgjørende viktig for å sikre pasientsikkerheten.

Disse medlemmer viser til at det er positivt at Oslo universitetssykehus har gjennomført en medarbeiderundersøkelse mens omstillingene har pågått. Det går fram av undersøkelsen at medarbeiderne ved OUS svarer innenfor normalområdet sammenliknet med medarbeidere på andre sykehus i HSØ, bl.a. på spørsmål om klarhet rundt ansvar og arbeidsoppgaver, tilgjengelighet til ledere og informasjon fra ledere.

Disse medlemmer forutsetter at statsråden i sin styringsdialog med HSØ RHF også følger opp temaet arbeidsmiljø nøye og melder tilbake til Stortinget på egnet måte.

## 5. Komiteens tilråding

Komiteen har for øvrig ingen merknader, viser til dokumentet og rå Stortinget til å gjøre slikt

vedtak:

Innst. 316 S (2011–2012) fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om sak om deler av omstillingen ved Oslo universitetssykehus – vedlegges protokollen.

Oslo, i kontroll- og konstitusjonskomiteen, den 22. mai 2012

**Anders Anundsen**

leder og ordfører

**Vedlegg 1****Brev fra kontroll- og konstitusjonskomiteen til Helse- og omsorgsdepartementet, datert 27. oktober 2011****Angående omstillingen i Oslo Universitetssykehus**

Begrunnelsen og forutsetningen for sammenslåingen av Helse Sør og Helse Øst, jf Innst. S. nr. 167 (2006-2007) og St.prp.nr. 44 (2006-2007) var at regjeringen ville sikre bedre pasientbehandling gjennom blant annet bedre ressursutnyttelse og samordning av sykehusene i hovedstadsområdet, samt gi grunnlag for bedre rekruttering av helsepersonell og spesialister til andre steder i landet, både i og utenfor den nye regionen. En sammenslåing skulle også gi grunnlag for å styrke forskningen. En så også for seg at de gevinster Helse Sør-Øst RHF skulle oppnå gjennom arbeid for å forbedre koordinering og ressursutnyttelse, skulle beholdes i regionen og komme pasientbehandlingen i hele den nye regionen til gode.

I kjølvannet av sammenslåingen av Helse Sør og Helse Øst, ble Oslo universitetssykehus ("OUS") etablert 1. januar 2009 gjennom en sammenslåing av sykehusene Rikshospitalet, Radiumhospitalet, Ullevål og Aker.

8. september 2011 varslet OUS at det var risiko for at sykehuset kom til å gå med opp til 1 milliard kroner i underskudd. Foretakets styreleder har gått av og representanter for de ansatte mener at situasjonen truer det lovfestede kravet om forsvarlig drift.

En viktig årsak til at OUS har store utfordringer med å tilpasse driften og kostnadene til budsjetttramene for 2011, er at de ikke har lyktes med å redusere bemanningen i samsvar med de uttrykte forventningene til Helse Sør-Øst og helse- og omsorgsdepartementet.

I svar til Dokument nr. 15:528 (2010-2011) skriver statsråden at hun har blitt informert av Helse Sør-Øst RHF om at innføringen av IKT-systemet som skulle sikre pasientinformasjonsflyt mellom sykehusene, "klinisk arbeidsflate", er et viktig tiltak i forhold til best mulig pasientsikkerhet. Styret ved OUS vedtok å stanse prosjektet i april 2011. Det ble etablert midlertidige løsninger som skal ivareta behovet for pasientinformasjonen.

I lys av de fremkomne faktiske omstendigheter reiser det seg følgende spørsmål:

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.
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?
3. Hvilke undersøkelser og analyser har statsråden innhentet for å forsikre seg om at forsvarlighetskravet opprettholdes i omstillingsperioden?
4. Hvilke tiltak har departementet gjort for å ivareta behovet for pasientinformasjonsflyten siden OUS vedtok å stanse prosjektet "klinisk arbeidsflate" i april 2011?
5. Hva har departementet gjort for å sørge for at bemanningen ved sykehusene knyttet til OUS er tilpasset pasientgrunnlaget?
6. Hvordan forsikret departementet seg i forkant av sammenslåingen av Oslo sykehusene om at OUS var økonomisk i stand til å gjennomføre sammenslåingen uten at det gikk ut over pasientsikkerheten?
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?
8. Hvordan har statsråden forsikret seg om at omstillingen ved OUS ikke rammer pasienttilbudet i resten av helseregionen?



**Vedlegg 2****Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet v/statsråden til kontroll- og konstitusjonskomiteen, datert 18. november 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

met 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 sammenlåingen 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 helse-tjenestene 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 sammenlåing. 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 omstillingsprosessen, 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.

Ifølge 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 pasient-

sikkerhetsarbeidet 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 universitets-sykehus 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 viderefremmer 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 ivarettatt. 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 fysiske og teknologiske, 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 helsepersonelloven § 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 helsepersonelloven § 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 trombolysesebehandlinger 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 statistikk-sider. 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](http://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 statistikk-sider 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. Ifølge 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 ifølge 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 pro-

sjektet 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 milli-

arder 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 pasientgrunnet 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 pasientgrunnet, 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 foretaksmøtet 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 fratrådte 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 Oslo sykehusene 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. Effektiviseringsgevinsterne 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 foretaks-

møte 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 budsjetterammer, 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,



bemanningsregime, sykefravær, arbeidsmiljø og økonomi (drift og investeringer). Helse Sør-Øst RHF har etablert et tilsvarende intensivt 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 Dāvøy 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 ivarettatt.

#### **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.

#### **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

**Vedlegg 3****Brev fra kontroll- og konstitusjonskomiteen til Helse- og omsorgsdepartementet, datert 29. november 2011****Angående omstillingen ved Oslo universitetssykehus**

Det vises til kontroll- og konstitusjonskomiteens brev av 27. oktober 2011 og svaret fra statsråden av 18. november 2011. Komiteen finner grunn til å stille ytterligere spørsmål vedrørende Oslo universitetssykehus.

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?

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?
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?
4. Hvilke risikoanalyser er foretatt for pasientsik-

kerheten i forbindelse med omorganiseringsprosessen, og hvordan er disse fulgt opp fra henholdsvis HF, RHF og departementets side?

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?
6. Hvilke risikoanalyser er foretatt med tanke på økte ventetider, og hvordan er disse fulgt opp fra henholdsvis HF, RHF og departementets side?
7. Ortopedisk avdeling ved OUS skal reduseres drastisk, pasientrettighetene 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?
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?
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?
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?
11. I hvilken grad har ansatte kunnet forholde seg til og visst hvem deres nærmeste leder har vært i omorganiseringsprosessen?
12. Hvordan forsikret departementet seg om at de ansatte ble konstruktivt hørt og var deltakende i prosessen?

Kontroll- og konstitusjonskomiteen ber i tillegg om å få oversendt kopi av kommunikasjon av styringskarakter mellom departementet og Helse Sør-Øst RHF herunder brev, møtereferater og utdrag fra styringsdokumenter som gjelder omstillingsprosessen på Oslo Universitetssykehus.

**Vedlegg 4****Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet v/statsråden til kontroll- og konstitusjonskomiteen, datert 19. desember 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?*

Selvfølgelig 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 tilsvarende 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 Helse-tilsynet i denne granskningen og gjør de tiltak Helsetilsynet ber om. Inntil videre må jeg avvende 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 avventet 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 helse-tjenestene 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 risiko-vurderinger 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 risikoreducerende tiltak og omfatter også vurderinger av resultater fra avvikkssystemet. 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 risikoreducerende tiltak ved OUS omfatter også fortløpende vurderinger av om det er behov for å justere fremdriftsplanene. Det vurderes ikke som hensiktsmessig eller risikoreducerende 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 risikoreducerende 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 foretaksmøte 31. januar 2011 og tilleggsdokument 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 venteliste-statistikken 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 ortopedi-tilbudet 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 befolkningsgrunnlaget 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 lokal-sykehusene, 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 regions-

pasienter og noe skyldes noe redusert drift i forbindelse med overføring fra Aker og intern flytting på Rikshospitalet. Mangel på operasjonssyke-pleiere 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 bemanningstilpasninger 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 korridorpatienter. 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. Sammenslåingen 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 distriktpsikiatrisk 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 omorganiseringprosessen?*

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 forbedret 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 fore-



taksmøtet 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. Innsats-område 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 medarbeider-gruppene 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.

#### Vedlegg 5

### **Brev fra kontroll- og konstitusjonskomiteen til Helse- og omsorgsdepartementet, datert 13. mars 2012**

#### **Vedr. Oslo universitetssykehus**

Kontroll- og konstitusjonskomiteen viser til at den har åpnet sak om deler av omstillingsprosessene ved Oslo universitetssykehus (OUS). I forkant av komiteens åpne kontrollhøring 2. mars 2012 fremkom det påstander om at OUS har drevet omfattende triksing med ventelister. Under høringen hevdet både nåværende og tidligere ledelse og styre at de ikke var kjent med en slik praksis. Samtidig ble det fra de ansattes organisasjoner fortalt at disse forholdene var rapportert og tatt opp fra de ansattes side ved flere anledninger. Den norske legeforening fortalte at de

konkret hadde rapportert i flere ledd og Norsk Sykepleierforbund bekreftet at det var tilfellet.

Siden det kan fremstå som om det er et misforhold mellom de opplysningene som fremkommer fra de ansattes side og ledelsens manglende kunnskap om praksisen, mener komiteen det er nødvendig med en endelig avklaring i forhold til hva som faktisk er formidlet, til hvem dette er formidlet og hvilket ledelsesnivå som har vært kjent med denne praksisen. Komiteen ber statsråden bidra til å få frem disse opplysningene så fort som mulig.

Komiteen ber videre om en oversikt over de tiltakene som gjennomføres for å bringe disse forholdene i orden.

**Vedlegg 6****Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet v/statsråden til kontroll- og konstitusjonskomiteen, datert 30. mars 2012****Ventelistesaken ved Oslo Universitetssykehus HF**

Jeg viser til kontroll- og konstitusjonskomiteens brev datert 13. mars 2012 der komiteen ber om avklaring av spørsmål knyttet til saken om ventetider og håndtering av fristbrudd som fremkom i forkant av komiteens åpne kontrollhøring 2. mars 2012. Videre ber komiteen om en oversikt over de tiltakene som gjennomføres for å bringe disse forholdene i orden. Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst RHF har igangsatt en gjennomgang av disse spørsmålene. Jeg vil derfor komme tilbake med en orientering til kontroll- og konstitusjonskomiteen etter at rapporten fra arbeidet foreligger 3. mai d.å.

I dette brevet redegjør jeg for tiltakene som gjennomføres ved Oslo universitetssykehus HF for å bringe disse forholdene i orden og for arbeidet jeg har satt i gang på dette området med mål om et mer pasientvennlig system.

Arbeidet med å redusere ventetider og redusere antall fristbrudd er høyt prioritert fra departementets side. Jeg har presisert i foretaksmøter med de regionale helseforetakene at lovverket for rettighetspasienter skal overholdes og at fristbrudd ikke skal forekomme. Dette blir fulgt opp overfor de regionale helseforetakene hver måned, og det blir arbeidet aktivt med dette i alle helseregionene.

***Oppfølging av ventelistesaken ved Oslo universitetssykehus HF***

Helse- og omsorgsdepartementet ba allerede 7. mars d.å. om en skriftlig orientering fra Helse Sør-Øst RHF om de faktiske forholdene for denne saken, herunder hvilke tiltak som er gjort for å kartlegge saken og hvilke tiltak som er iverksatt eller planlagt iverksatt for å sikre at regelverket følges. Vi ba særlig om kommentar om hvorvidt pasientsikkerhet, liv og helse er berørt.

Departementet rettet en ny henvendelse til Helse Sør-Øst RHF på bakgrunn av kontroll- og konstitusjonskomiteens brev den 16. mars d.å. der det ble bedt om en klargjøring om *”hva som faktisk er formidlet, til hvem dette er formidlet og hvilket ledelsesnivå som har vært kjent med denne praksisen”* i Oslo universitetssykehus HF.

Helse – og omsorgsdepartementet mottok svar fra Helse Sør-Øst RHF på disse to henvendelsene henholdsvis 11. mars og 25. mars 2012, der de har vedlagt redegjørelser fra Oslo universitetssykehus HF om saken (vedlagt).

**KONSERNREVISJONEN GJENNOMGÅR FRISTBRUDD I OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF**

Oslo universitetssykehus HF har i begge brevene poengtert at de ønsker å utføre sitt arbeid riktigst mulig, etisk og juridisk og at de vil gå nøye gjennom hvordan praksis er i aktuelle avdelinger. Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst RHF skal organisere en gjennomgang av håndteringen av fristbrudd. Konsernrevisjonen skal ha spesiell oppmerksomhet på sykehusets håndtering av henvendelser fra HELFO og hvordan behandlingen av disse pasientene (226 av 244 i 2011) har påvirket behandlingstilbudet til andre pasienter som venter på behandling. Dette er viktige spørsmål som verken Oslo universitetssykehus HF eller andre foreløpig har oversikt over. Det ble avholdt oppstartsmøte med konsernrevisjonen 7. mars d.å. Konsernrevisjonen vil etter det som er opplyst, styrke sitt team med ekstern fagkompetanse, og tillitsvalgt fra Den norske legeforeningen vil følge arbeidet regelmessig. *Rapporten fra arbeidet vil foreligge til styremøtet i Oslo universitetssykehus HF 3. mai i år.*

**ARBEIDET MED VENTELISTER OG FRISTBRUDD I OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF**

På bakgrunn av departementets krav om at fristbrudd ikke skal forekomme, har Helse Sør-Øst RHF stilt krav overfor helseforetakene i regionen om å arbeide aktivt for å redusere fristbruddene. Dette gjelder også for Oslo universitetssykehus HF. Som ledd i det kontinuerlige arbeidet med ventelister, er det etablert ventelisteansvarlige personer i hver klinikk og hver avdeling, samt et eget venteliste-nettverk. Sykehuset har opprettet et eget råd for administrering av ventelistene som ledes av fagdirektør. Klinikklederne følges opp på ventelistesituasjonen med spesielt fokus på både fristbrudd som nærmer seg og tilfeller hvor fristen er brutt.

Som Oslo universitetssykehus HF skriver i sin redegjørelse, har HELFO i henhold til lovverket bare en formidlingsoppgave og overtar ikke ansvaret for at pasienten tilbys helsehjelp. Dette betyr at det fortsatt er sykehuset pasienten står i kø hos som har dette ansvaret, og det er sykehuset som må betale hvis pasienten henvises til et annet behandlingssted. Rutinen til HELFO er at de tar kontakt med sykehuset der fristbruddet har funnet sted. For å lette arbeidet for HELFO har Oslo universitetssykehus HF hatt én

kontaktperson mot HELFO som så kontakter aktuell avdeling.

Oslo universitetssykehus HF har daglig ca 3 300 pasientkontakter som i løpet av et år summerer seg opp til ca 1,2 millioner pasientkontakter. I 2011 var det om lag 7 000 pasienter som ikke fikk startet sin helsehjelp innen fristen som er satt. Helseforetaket opplyser at det i 2011 var 244 fristbruddpasienter som henvendte seg til HELFO. Av disse fikk 16 behandlingstilbud via HELFO pasientformidling. De resterende 228 pasientene fikk behandling ved Oslo universitetssykehus HF.

Sykehuset legger til grunn at forutsetningen for at pasienter som henvender seg til HELFO får et tilbud ved Oslo universitetssykehus HF, er at dette gjøres i henhold til regelverket (kapittel 2 i pasient- og brukerrettighetsloven).

Oslo universitetssykehus HF opplyser at de utreder muligheten for å etablere tidsavgrenset utvidet kapasitet for å håndtere fristbrudd, inkludert for pasienter med fristbrudd som henvender seg via HELFO. Oslo universitetssykehus HF er også i dialog med de private sykehusene i Oslo for å undersøke om de har kapasitet til å avhjelpe ventelistesituasjonen innenfor enkelte fagområder. Dette må håndteres innenfor sykehusets økonomiske rammer og de rammene som Stortinget har bevilget for Helse Sør-Øst RHF. Jeg forventer at dimensjonering av kapasiteten innenfor ulike fagområder blir vurdert som en del av den samlede omstillingen ved Oslo universitetssykehus HF.

#### INFORMASJON OM PRAKSIS VED HENVENDELSER FRA HELFO VED FRISTBRUDD

Kontroll- og konstitusjonskomiteen ber helse- og omsorgsministeren om å bidra til en endelig avklaring i forhold til hva som faktisk er formidlet om praksis ved henvendelser fra HELFO ved fristbrudd, til hvem det er formidlet og hvilket ledelsesnivå som har vært kjent med denne praksisen.

Oslo universitetssykehus HF opplyser at ventetider og fristbrudd er et kontinuerlig tema både i det daglige arbeidet og i oppfølgingsmøter. De skriver videre om dette konkrete temaet:

*”Det er ikke sendt ut direktiver eller andre skriftlige retningslinjer i linjen om hvordan henvendelser fra HELFO skal håndteres. Spørsmål om håndtering av fristbrudd og også henvendelser fra HELFO har imidlertid vært diskutert i oppfølgingsmøter mellom sentral ledelse og klinikkleder og avdelingsledere. Temaene har også vært diskutert telefonisk. Det forutsettes derfor at disse problemstillingene jevnlig er på agendaen i den enkelte klinikk og i underliggende avdelinger. I sykehusene er dagene fylt med medisinskfaglige og etiske dilemmaer. Hele tiden må man søke å prioritere riktig både i forhold til den enkelte*

*pasient og pasienter i mellom. Forverring av sykdom hos en pasient kan forskyve behandlingstidspunkt hos en annen pasient. Det ligger selvfølgelig som en forutsetning i bunn at den enkelte pasients behandlingsbehov er forsvarlig vurdert og skal søkes gjennomført før fristen går ut.”*

Jeg forventer at rapporten fra konsernrevisjonens gjennomgang vil belyse dette nærmere. Når det gjelder den aktuelle saken knyttet til brystkrefteropererte som venter på rekonstruksjon av bryst, er det en kompliserende faktor at det etter sammenslåingen av to tidligere avdelinger ved henholdsvis Ullevål og Rikshospitalet, er avdekket at tilnærmet identiske pasientgrupper har vært gitt ulik prioritet til helsehjelp ved de to avdelingene. Dette i seg selv gir grunn til å gjennomgå dagens regelverk, jfr. eget punkt om dette nedenfor. Jeg forventer også at nye faglige retningslinjer og nasjonale krav til behandling av brystkreft som trer i kraft senest før sommeren, vil bidra til mer enhetlig prioritering.

#### **Oppfølging av saken overfor de regionale helseforetakene**

Med bakgrunn i den aktuelle saken ved Oslo universitetssykehus HF sendte Helse- og omsorgsdepartementet 14. mars d.å. et brev til de regionale helseforetakene (vedlagt).

I brevet blir det redegjort for sentrale bestemmelser i pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven knyttet til fastsettelse av individuell frist og prioritering av pasienter ved fristbrudd. I brevet blir det også vist til spørsmålet om helseforetaket i slike situasjoner av økonomiske årsaker tilbyr helsehjelp på bekostning av andre pasienter som etter en forsvarlighetsvurdering skulle ha blitt prioritert først. Følgende avsnitt siteres:

*”Det er et grunnleggende prinsipp at det er hensynet til medisinsk forsvarlighet som skal legges til grunn for behandlingen og prioriteringen av pasienter. Kravet til medisinsk forsvarlighet ligger til grunn for fastsettelsen av fristen til rettighetspasientene. Dette tilsier at det også må tas utgangspunkt i den fastsatte fristdatoen ved prioriteringen av pasienter som har behov for samme ytelse. Den pasienten som har fått en frist som utløper først, skal derfor prioriteres foran en pasient som har en frist som er satt til en senere dato. Det er følgelig i utgangspunktet ikke noe i veien for at et helseforetak ved henvendelse fra HELFO om å skaffe et tilbud til en pasient hvor fristen er gått ut, prioriterer vedkommende før rettighetspasienter som har en frist fastsatt til en senere dato. Skulle det imidlertid etter fristfastsettelsen oppstå en betydelig forverring av helsetilstanden til en av pasientene, vil kravet til forsvarlighet innebære at*

*den pasienten som har størst behov for helsehjelp blir prioritert først.*

*Dersom det har utviklet seg en uforsvarlig og ulovlig praksis med hensyn til prioritering av pasientene, har RHFet et ansvar for på eget initiativ å korrigere denne praksisen. Det vises i denne forbindelse til departementets brev av 28. januar 2010.”*

Med bakgrunn i kontroll- og konstitusjonskomiteens brev av 13. mars d.å. har departementet også henvendt seg til de regionale helseforetakene i brev datert 23. mars d.å. (vedlagt) og bedt om en redegjørelse for helseforetakenes rutiner ved fristbrudd.

I brevet blir det også vist til at det i tilknytning til saker om fristbrudd har vært reist spørsmål om vilkårene for bierverv for ansatte i helseforetakene. Dette har blant annet sammenheng med at ansatte i helseforetak kan komme i en habilitetskonflikt ved fristbrudd dersom de også arbeider ved privat institusjon som har avtale med HELFO om behandling av fristbruddpasienter. Departementet har derfor bedt om å få tilsendt oppdaterte retningslinjer for ansattes bierverv m.v. og en oversikt over omfanget av ansatte som har bierverv. Det er bedt om tilbakemelding fra de regionale helseforetakene *innen 20. april 2012.*

### **Vurdering av kapittel 2 i pasient- og brukerrettighetsloven**

Det er viktig at regelverket fungerer i praksis og bidrar til gode pasientforløp. På bakgrunn av ulike undersøkelser, tilsynsrapporter og tilbakemeldinger fra fagmiljøene kan det stilles spørsmål om fristbestemmelsene i § 2-1b og § 2-2 i pasient- og brukerrettighetsloven i tilstrekkelig grad understøtter og bidrar til god tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester, forsvarlig pasientforløp og riktig prioritering av pasientene, slik formålet er med disse bestemmelsene. Alt tyder på at bestemmelsene er vanskelige å forstå og praktisere, både for helsepersonell og pasienter. Dette til tross for at det er sendt ut flere rundskriv om temaet og ulike prioriteringsveiledere. Blant annet kan det faktum at det settes flere ulike datoer som begge er knyttet til pasientforløpet, være egnet til å skape forvirring. I tillegg er det et skille mellom rettighetspasienter og pasienter som ikke har rett til nødvendig (prioritert) helsehjelp. Alle pasienter har rett til vurdering innen 30 dager, mens det kun er rettighetspasienter som har rett til en individuell frist. Dette skillet kan bidra til forvirring.

Videre må det i dag skilles mellom pasienter med avklart og uavklart helsetilstand. Dersom man i løpet av vurderingsperioden kommer frem til hva slags behandling pasienten har behov for, vil pasientens tilstand anses avklart. I slike tilfeller vil den individuelle fristen være oppfylt når helsehjelp i form av

behandling er påbegynt. I de tilfellene pasientens tilstand er uavklart vil aktuell helsehjelp kunne være utredning. Fristen vil i disse tilfellene være oppfylt når helsehjelp i form av utredning er igangsatt. Også dette skillet kan bidra til forvirring.

Det er uheldig om bestemmelsene om rett til vurdering og rett til individuell fastsatt frist tar bort fokus fra selve pasientforløpet i spesialisthelsetjenesten. Det er viktig at lovgivningen understøtter det som helse- og omsorgstjenesten i praksis vurderer som gode og effektive pasientforløp og er tydelig og forståelig både for pasienter og helsepersonell. Departementet signaliserte derfor i arbeidet med samhandlingsreformen, jf Prop 91 L side 265, at det er behov for å se nærmere på bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2. Dette arbeidet med å forenkle og forbedre systemet slik at det blir et mer pasientvennlig system er startet opp med sikte på å sende ut et høringsnotat i løpet av 2012. Det må imidlertid understrekes at det i arbeidet med å skape gode og effektive pasientforløp også er viktig å ha fokus på opplæring av helsepersonell, gode prosedyrer og pasientadministrative systemer. Det er startet et eget prosjekt i Helse Sør-Øst RHF hvor man ser på dette. Jeg vil følge dette opp i eierlinjen.

### **Avsluttende kommentar**

Som det går fram av gjengivelsen av redegjørelsen fra Oslo universitetssykehus HF, er praksisen med prioritering av ventelister og håndtering av fristbrudd et kontinuerlig arbeid som involverer ledere på flere nivåer i organisasjonen. Jeg forventer at konsernrevisjonens gjennomgang av håndteringen av fristbrudd ved Oslo universitetssykehus HF vil gi svar på spørsmålene om sykehusets praksis har påvirket behandlingstilbudet til andre pasienter som venter på behandling. Jeg vil komme tilbake med en orientering til kontroll- og konstitusjonskomiteen når rapporten foreligger 3. mai 2012.

Jeg vil også understreke overfor komiteen at dette nok er et område som både pasienter og flere av sykehusene oppfatter som komplisert og det er, som nevnt, stilt spørsmål ved om dagens regelverk bidrar til å understøtte gode pasientforløp. Jeg har derfor valgt en bredere tilnærming til disse spørsmålene, både ved å be om en redegjørelse fra de regionale helseforetakene om hvordan dette fungerer i praksis, og ikke minst ved nå å ha startet opp arbeidet med å gjennomgå regelverket. Det må også satses videre på opplæring av helsepersonell, gode prosedyrer og pasientadministrative systemer i helseforetakene for å få til et mer pasientvennlig system. Jeg vil også fortsatt ha tett oppfølging av kravet om at fristbrudd ikke skal forekomme. Når dette målet er nådd, vil mange av de andre problemstillingene som er berørt i denne saken, falle bort.

Vedlegg 7**Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet v/statsråden til kontroll- og konstitusjonskomiteen, datert 10. mai 2012****Revisjon av ventelistebehandling og fristbruddpasienter ved Oslo universitetssykehus HF**

Jeg viser til kontroll- og konstitusjonskomiteens brev datert 13. mars 2012 der komiteen ber om avklaring av spørsmål knyttet til saken om ventetider og håndtering av fristbrudd som framkom i forkant av komiteens åpne kontrollhøring 2. mars 2012.

Jeg viser til mitt svar i brev datert 30. mars 2012 om oppfølging av ventelistesaken ved Oslo universitetssykehus HF og tiltak for å bringe disse forholdene i orden. I brevet viste jeg til at Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst RHF skal organisere en gjennomgang av håndteringen av fristbrudd og at rapport fra arbeidet skulle foreligge til styremøte i Oslo universitetssykehus HF 3. mai 2012. Jeg la derfor til grunn at jeg ville komme tilbake med en orientering til kontroll- og konstitusjonskomiteen om

a) ”..hva som faktisk er formidlet om praksis med håndtering av ventelister, til hvem dette er formidlet og hvilket ledelsesnivå som har vært kjent med denne praksisen” og om

b) sykehusets praksis har påvirket behandlingstilbudet til andre pasienter som venter på behandling.

**Revisjon av ventelistebehandling og fristbruddpasienter ved Oslo universitetssykehus HF**

Rapport 5/2012 fra konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst RHF ble lagt fram for styret for Oslo universitetssykehus HF i styremøte 3. mai 2012 (vedlagt). Styret tok konsern-revisjonens redegjørelse til orientering. Endelig behandling av rapporten vil skje i et senere styremøte.

Formålet med revisjonen har vært å kartlegge og vurdere hvordan Oslo universitetssykehus HF (OUS) håndterer henvendelser fra HELFO. Videre om foretakets praksis har påvirket behandlingstilbudet til andre pasienter som venter på behandling. Revisjonen har også hatt til formål å belyse årsaker til eventuelle svakheter på området, samt hvilke tiltak foretaket bør vurdere å sette i verk for å forbedre situasjonen.

I 2011 var det om lag 70 000 fristbrudd ved alle sykehus i Norge. Av disse var omlag 7 000 pasienter som ikke fikk startet sin helsehjelp innen fastsatt frist ved OUS. Dette er noe lavere enn landsgjennomsnittet. Samme år var det 244 pasienter som henvendte seg til HELFO pasientformidling som følge av frist-

brudd ved OUS. Av disse fikk 16 behandlingstilbud via HELFO ved andre sykehus eller i utlandet. De resterende 228 fikk behandling ved OUS. Disse pasientene fordelte seg slik mellom klinikker/ avdelinger som inngikk i revisjonens gjennomgang; ortopedi (127), plastikk- og rekonstruktiv kirurgi (9), bryst- og endokrinkirurgi (2), gynekologisk kreft (0). De 16 som fikk behandlingstilbud via HELFO til andre sykehus eller utlandet, tilhørte fagområdet ortopedi. Konsernrevisjonens gjennomgang viser at fristbruddpasienter ved de undersøkte enhetene i altoverveiende grad er pasienter som venter på behandling ved poliklinikk. Dette gjelder også HELFO-pasienter. Det er altså ikke sengekapasitet som er hovedutfordringen.

Rettighetspasienter med fristbrudd kan henvende seg til HELFO pasientformidling som i henhold til prioriteringsforskriften har ansvar for å sikre at pasienten gis et behandlingstilbud uten opphold – om nødvendig hos privat tjenesteyter eller i utlandet. Det framgår av forarbeidene til pasient- og brukerrettighetsloven at sykehuset i utgangspunktet kan tilby rettighetspasienter behandling etter fristbruddet, så sant de kan tilby behandling like raskt som for eksempel en privat institusjon. Selv om pasienten kontakter HELFO, er det fortsatt sykehuset som har det primære ansvaret for å skaffe pasienten behandling. Dette innebærer bl.a. at sykehuset må dekke kostnadene ved behandling dersom ikke sykehuset selv klarer å gi pasienten et behandlingstilbud.

**Om kommunikasjon mellom HELFO og Oslo universitetssykehus HF og kommunikasjon internt i Oslo universitetssykehus HF**

I mitt brev datert 30. mars 2012 ble det gjengitt opplysninger fra OUS om håndtering av ventetider og fristbrudd i helseforetaket (side 3). Det går også fram av brevet at OUS har hatt én kontaktperson mot HELFO, som så kontakter aktuell avdeling. Denne praksisen blir bekreftet i konsernrevisjonens rapport.

– *Konsernrevisjonen skriver i sin rapport at gjennomgangen viser at det i 2011 har foregått en betydelig administrativ e-post korrespondanse mellom kontaktpersonen og klinikk- og administrativ ledelse ved OUS, i forhold til HELFO-pasientene.*

Konsernrevisjonen viser til at det i utvalget av e-poster som revisjonen er forelagt, forekommer det i tillegg til medisinsk faglige vurderinger, i flere tilfel-

ler betraktninger knyttet til økonomiske hensyn ved at det skisseres alternative behandlingkostnader hvis behandlingen ikke skjer ved OUS.

- *Konsernrevisjonen skriver i rapporten at gjennomgangen av forelagt e-post-korrespondanse i 2012 viser at klinikkledelsen tar direkte økonomiske hensyn ved innplassering av HELFO-pasienter i det planlagte operasjonsprogrammet. Konsekvensen er at andre pasienter som ut fra en medisinsk faglig vurdering har større behov for helsehjelp, forskyves.*

Konsernrevisjonens vurdering er at det juridisk sett er lovlig å ta inn HELFO-pasienter i det planlagte operasjonsprogrammet, så lenge de fyller ”hull i programmet”. Dette gjelder også selv om det innebærer at andre pasienter på venteliste, som ikke har juridisk fristbrudd, må vente litt lenger, forutsatt at dette er medisinsk forsvarlig. Konsernrevisjonen vurderer det derimot som problematisk om andre pasienter, som har en tidligere juridisk frist enn HELFO-pasienten, men som ikke har henvendt seg til HELFO, forskyves. Det er også problematisk dersom HELFO-pasienten forskyver andre rettighetspasienter uten juridisk frist (pasienter som er i et behandlingsforløp) som har et større behov for helsehjelp enn HELFO-pasienten.

- *Det er konsernrevisjonens vurdering at OUS i de to siste tilfellene med utgangspunkt i prinsippet om forsvarlig behandling, bør si nei til HELFO-pasienten, selv om dette får økonomiske konsekvenser for foretaket. Konsernrevisjonen peker også på at den administrative saksbehandlingen i OUS, med forekomst av personidentifiserbare helseopplysninger i flere e-poster, er et klart regelbrudd i forhold til bestemmelsene om personvern og informasjonssikkerhet.*

Konsernrevisjonen har avgrenset Kontroll- og konstitusjonskomiteens spørsmål om ”..hva som faktisk er formidlet om praksis med håndtering av ventelister, til hvem dette er formidlet og hvilket ledelsesnivå som har vært kjent med denne praksisen”, til å omfatte deler av foretaksledelsens staber og 4 enheter ved 4 avdelinger fordelt på 3 av foretakets klinikker. Disse er:

- Klinik for kirurgi og nevrofag
  - Kirurgisk dagavdeling (KDA)
  - Avdeling for plastikk og rekonstruktiv kirurgi
- Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken
  - Seksjon for bryst og endokrin kirurgi
- Kvinne- og barneklirikken
  - Avdeling for gynekologisk kreft

Konsernrevisjonen har i en presisering til rapporten uttalt at praksisen med å finne plass til pasienter som har klaget til HELFO har vært kjent av flere i foretaket. For 2011 er det som ledd i konsernrevisjonens gjennomgang ikke funnet skriftlige instruksjoner om å føre slik praksis - verken fra foretaksledelse, klinikkledelse eller avdelingsledelse. Gjennomgang av e-postkorrespondanse mellom klinikkleder ved en av de utvalgte klinikkene, avdelingsledere og ventelisteansvarlige ved to av avdelingene som var omfattet av revisjonen, samt en person ved en av stabsavdelingene i foretaket, har vist at det har vært dialog om håndtering av HELFO-pasienter og hvor økonomiske hensyn har inngått i vurderingene om å finne plass til disse. Gjennomgangen av e-postkorrespondansen har vist at fra 2-4 (varierer) personer ved stabsavdelinger i foretaket har vært kopimottakere av slik e-postkorrespondanse. Konsernrevisjonen har ikke funnet dokumentasjon som viser at tidligere konstituert adm. direktør (Thoresen) og forrige adm. direktør (Hatlen) har vært kjent med praksisen. Det er heller ikke funnet dokumentasjon som viser at nåværende administrerende direktør (Erikstein) har vært kjent med praksisen på det tidspunkt Kontroll- og konstitusjonskomiteen tok opp dette spørsmålet (2. mars 2012). Konsernrevisjonen er kjent med at nåværende administrerende direktør har iverksatt flere tiltak som ledd i sin oppfølging etter at saken ble kjent.

#### ***Konsernrevisjonens vurdering av om praksis har påvirket behandlingstilbudet til andre pasienter som venter på behandling***

Det går fram av konsernrevisjonens rapport at det ikke er mulig å identifisere enkeltpasienter som berøres av at HELFO-pasienter gis behandling. Det er imidlertid slik at deler av den store gruppen av ventende nødvendigvis vil forskyves når HELFO-pasienter gis forrang. Konsernrevisjonen peker imidlertid på flere forhold (personell/ kompetanse, operasjonsteknisk utstyr og lokaler) som representerer sårbarhet og risiko i forhold til faktisk gjennomføring av operasjonsprogram i henhold til rekkefølge i ventelistene.

- *Det er konsernrevisjonens vurdering at det forhold at den overveiende andel HELFO-pasienter venter på poliklinisk vurdering/behandling, sammenholdt med poliklinikkens kapasitet og fleksibilitet, gjør at det relativt beskjedne antall HELFO-pasienter med sannsynlighetsovervekt ikke vil ha betydning for behandlingstilbudet til de andre pasientene på venteliste. Konsernrevisjonen vurderer det slik at andre faktorer og forhold vil ha større betydning og kunne representere større risiko for tilbudet om operativ*

*behandling til andre ventende pasienter, enn det relativt beskjedne antall HELFO-pasienter det her er snakk om.*

Den konkrete saken i media der disse problemstillingene ble reist, dreide seg om brystkreftererte som venter på rekonstruksjon av bryst. Konsernrevisjonens gjennomgang viser at HELFO-pasienter som tas inn til brystrekonstruksjon, kommer inn til behandling så snart det er ledig plass på det planlagte operasjonsprogrammet – dette tar normalt fire til fem uker. Det finnes derfor pasienter på ventelisten som har fått fristbrudd før de pasientene som går via HELFO, men som altså ikke har krevet sin rett til behandling på samme måte. Journalgjennomgang viser også at av ni pasienter som er registrert som fristbrudd av HELFO, er det ikke åpenbart at disse er fristbrudd-pasienter med juridisk rett til helsehjelp innen frist. Blant annet har en av kvinnene frist for behandling høsten 2012.

- *Konsernrevisjonen har ikke funnet indikasjoner på at behandlingen av disse enkeltpasientene er motivert ut fra økonomiske forhold. Derimot har konsernrevisjonen mottatt dokumentasjon i form av e-post korrespondanse fra 2012 som bekrefter at HELFO-pasientene tas inn i det ordinære operasjonsprogrammet for å kunne håndtere flest mulig pasienter innen budsjett. Dette skjer til tross for at fagmiljøet vurderer at det er flere pasienter på ventelisten som har større behov for helsehjelp enn de brystkreftererte pasientene som har henvendt seg til HELFO.*

Konklusjonen på spørsmålet om sykehusets praksis har påvirket behandlingstilbudet til andre pasienter som venter på behandling, er at noen pasienter som har fått fristbrudd før pasientene som går via HELFO, har fått behandling etter de som har henvendt seg til HELFO. De fleste av disse pasientene venter på behandling ved poliklinikk, og HELFO-pasientene utgjør en marginal andel av totalt behandlede pasienter ved OUS; som utgjør 3 300 pasientbehandlinger hver dag – 1,2 millioner behandlinger hvert år.

#### **Avsluttende kommentarer – videre oppfølging**

I mitt brev til kontroll- og konstitusjonskomiteen datert 30. mars 2012 pekte jeg på at når det gjelder saken knyttet til brystkreftererte som venter på rekonstruksjon av bryst, er det en kompliserende og uheldig faktor at det etter sammenslåingen av to tidligere avdelinger ved henholdsvis Ullevål og Rikshospitalet, er avdekket at tilnærmet identiske pasientgrupper har vært gitt ulik prioritet til helsehjelp ved de to avdelingene. Det går også fram at konsernrevisjonens gjennomgang har vist at avdeling for plas-

tikk- og rekonstruktiv kirurgi også mottar henvisninger for slike pasienter fra andre sykehus i foretaksgruppen, som av plastikkirurg er vurdert til å tilfredsstille kriteriene for rett til nødvendig helsehjelp. I disse tilfellene må OUS i henhold til lovverket forholde seg til tidsfristen som er fastsatt av et annet helseforetak og gitt den enkelte pasient selv om dette er basert på ulik praksis. Dette medfører at pasienter som i utgangspunktet har det samme medisinske behandlingsbehovet, behandles ulikt avhengig av ved hvilket sykehus/hvilken spesialist vurderingen er foretatt. Dette fører til at disse pasientene vil oppleve forskjellsbehandling.

Jeg forventer at nye faglige retningslinjer til behandling av brystkreft som trer i kraft før sommerferien, vil bidra til mer enhetlig prioritering av denne pasientgruppen.

Konsernrevisjonens angir også i sin rapport årsaker til fristbrudd og at HELFO-saker oppstår. Gjennomgangen viser bl.a. at det er utarbeidet flere prosedyrer for det pasientadministrative arbeidet for å sikre standardiserte arbeidsprosesser i foretaket, men at disse rutineene og prosedyrene i liten grad blir benyttet i de avdelingene som er revidert. Konsernrevisjonen viser også til at det i intervjuer framkommer at mange savner bedre opplæring i bruk av de pasientadministrative systemene for å kunne ivareta sine oppgaver på en tilfredsstillende måte, og å utnytte de mulighetene som systemene gir for å sikre effektive arbeidsprosesser. Konsernrevisjonen peker også på at det er viktig at foretaket kartlegger og gjennomgår faktorer som påvirker produksjonskapasiteten ("flaskehals") og vurderer i hvilken grad det er behov for å gjøre kapasitetsmessige tilpasninger eller iverksette andre tiltak.

På bakgrunn av at det har blitt avdekket svikt i det pasientadministrative arbeidet ved flere av landets helseforetak har jeg i brev til de regionale helseforetakene av 28. januar 2010, 20. september 2010 og 14. mars 2012 redegjort for sentrale bestemmelser i pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven. I tillegg til å redegjøre for regelverket ble de regionale helseforetakene i brev av 28. januar 2010 bedt om å sørge for at Helsedirektoratets forslag til brevmaler og informasjonsvedlegg ble tatt i bruk ved samtlige helseforetak. Videre har jeg i brev av 14. mars 2012 presisert hvordan helseforetakene skal forholde seg når HELFO tar kontakt med helseforetaket på grunn av at behandlingsfristen er brutt for pasienten.

Jeg viser også til at administrerende direktør ved OUS, Bjørn Erikstein uttalte seg på Dagsrevyen 7. mai. I intervjuet er han tydelig på at helseforetaket ikke har vært gode nok til å lære opp ansatte til å informere pasientene om deres rettigheter, men at det nå er satt i gang et prosjekt for å rette på dette.

Konsernrevisjonens vurderinger tilsier at arbeidet med tiltak for å redusere ventetider og oppfølging av kravet om at fristbrudd ikke skal forekomme, fortsatt må følges opp. Som jeg også påpekte i mitt brev datert 30. mars 2012, vil problemstillingene knyttet til håndtering av fristbrudd falle bort når målet om ingen fristbrudd er nådd. På landsbasis viser tall fra NPR for 3. tertial 2011 at om lag halvparten av pasientene som opplever fristbrudd blir tatt inn til behandling innen 13 dager etter at fristen er overskredet. Dette tilsier at det her bør være mulig å redusere en stor andel av fristbruddene med en bedre organisering og planlegging ved sykehusene. Avslutningsvis i brevet datert 30. mars 2012 omtalte jeg også at det er grunnlag for å stille spørsmål ved om dagens regelverk bidrar til å understøtte gode pasientforløp.

Revisjonen gir uttrykk for at regelverket på sentrale områder er uklart, og at rettskildene er fragmentert. Det påpekes at dette er særlig uheldig når dette er et regelverk som skal praktiseres daglig av personer med annen bakgrunn enn juridisk bakgrunn, og det nærmest er gitt at det vil oppstå usikkerhet og forskjellig tolkning og praktisering av regelverket. Det uttales at dagens regelverk framstår som komplisert og fører til ulik praktisering, og at det derfor er behov for en fornyet gjennomgang med sikte på forenkling.

Helseforetakenes ledelse har ansvar for å sørge for forsvarlig behandling av pasientene innenfor gjeldende budsjettammer. Forenklet beskrevet vil det for helseforetaket som regel innebære større kostnader når en fristbruddspasient behandles et annet sted (enten ved en privat institusjon eller i utlandet), enn når helseforetaket selv behandler pasienten. Større kostnader ved behandling av en pasient, vil igjen få betydning for helseforetakets øvrige aktiviteter. Jeg har, som tidligere opplyst, startet opp arbeid med å gjennomgå regelverket.

Opplæring av ansatte, både i regelverk, prosedyrer og bruk av pasientadministrative systemer er et viktig satsingsområde. Det er allerede igangsatt et

bredt anlagt arbeid i alle helseregioner for å oppfylle kravene som er forutsatt for implementering av *forskrift om informasjonssikkerhet ved elektronisk tilgang til helseopplysninger i behandlingsrettede helseregistre (helseinformasjonssikkerhetsforskriften)*.

Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst RHF har også gjennomført revisjon av intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet. På bakgrunn av funnene som konsernrevisjonen hadde gjort ved fire helseforetak som til da var gjennomført, startet Helse Sør-Øst RHF i september 2011 prosjektet ”Glemte sykehuset”. Standardiserte krav til rutiner, prosedyrer og oppfølging er en hovedoppgave for prosjektet, som også skal gi konkrete forslag til iverksetting og gjennomføring av tiltak. Prosjektet skal bidra til forbedring i alle helseforetakene og også sørge for at funn og tiltak blir gjort kjent for de andre regionene i landet slik at alle kan lære av dette.

Denne konsernrevisjonsrapporten og Helsetilsynet og Helsedirektoratets gjennomgang som jeg mottok 2. mars 2012, viser at det er behov for å vurdere ytterligere tiltak på systemnivå for å bedre ivaretagelsen av hver enkelt pasient. Jeg vil komme tilbake til Stortinget med dette på egnet måte.

Jeg mener det er avgjørende at rapporten følges opp grundig av styret for OUS. Jeg vil påse at Helse Sør-Øst RHF sørger for dette. Når det gjelder konkret oppfølging ved OUS, så viser jeg til at styret skal behandle konsernrevisjonens rapport 20. juni. Jeg forventer at oppfølging av rapporten blir konkretisert til dette styremøtet og at klanderverdige forhold rettes opp. For øvrig viser jeg til orientering fra OUS datert 11. mars og 25. mars 2012 som var vedlagt mitt brev datert 30. mars 2012.

Den største utfordringen slik jeg ser det er det store antallet fristbrudd i Norge totalt sett. Selv om det har vært en positiv utvikling når det gjelder å få redusert andelen fristbrudd vil det på dette området kreve ytterligere innsats fra spesialisthelsetjenesten i tiden framover.



## Vedlegg 8

### **Referat fra åpen høring i kontroll- og konstitusjonskomiteen om**

### **Omstillingen ved Oslo universitetssykehus**

#### *Høring fredag 2. mars 2012:*

Den norske legeforening, Norsk Sykepleierforbund, Fagforbundet og Jomar Kuvås	*	4
Styreleder og administrerende direktør, tidligere styreleder og tidligere administrerende direktør ved Oslo universitetssykehus . . . . .	*	17
Administrerende direktør, styreleder, tidligere styreleder og tidligere administrerende direktør ved Helse Sør-Øst RHF . . . . .	*	29
Lars E. Hanssen, direktør Statens helsetilsyn, og Petter Schou, fylkeslege Oslo og Akershus . . . . .	*	41
Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen . . . . .	*	49



## Åpen høring i kontroll- og konstitusjonskomiteen fredag den 2. mars 2012 kl. 9

Møteleder: Anders Anundsen (FrP)  
(komiteens leder)

S a k :

Omstillingen ved Oslo universitetssykehus

**Møtelederen:** Jeg ønsker velkommen til åpen kontrollhøring i kontroll- og konstitusjonskomiteen. Komiteen besluttet i møte 17. januar 2012 å igangsette forberedelser i egen sak til Stortinget om deler av omstillingen ved Oslo universitetssykehus. For å belyse saken nærmere er det besluttet å avholde denne kontrollhøringen. De problemstillingene som komiteen ønsker belyst under denne høringen, er:

1. Elektroniske pasientjournaler (EPJ) – Klinisk arbeidsflate

En forutsetning for å slå sammen sykehusene var at datasystemene skulle snakke sammen, og prosjektet Klinisk arbeidsflate ble satt i gang. Det er så langt brukt 159 mill. kr, uten at man har fått på plass en overordnet portalløsning. I hvilken grad har bestillerkompetansen i OUS sviktet? Var prosjektet i utgangspunktet godt nok planlagt? Har oppfølgingen av prosjektet vært tilfredsstillende? Medfører det riktighet at produktet ikke kunne brukes i tråd med bestillingen? Har svikten gått ut over pasientsikkerheten og Stortingets forutsetninger for sammenslåingen som sådan?

2. Pasienttilbud og pasientsikkerhet

Det var en klar forutsetning fra Stortingets side at omstillingsprosessen og sammenslåingen ikke skulle gå ut over pasienttilbudet og pasientsikkerheten. Er pasientsikkerheten blitt betryggende ivaretatt i prosessen? Foreligger det konkrete eksempler på redusert tilbud eller svikt i pasientsikkerheten som følge av sammenslåingsprosessen og omstillingsprosessen?

3. Departementets oppfølging og styring

Departementets særskilte styring av prosessen har vært svært hyppig gjennom hyppige foretaksmøter og kan stå i kontrast til statsrådets offentlige uttalelser om departementets avstand fra de konkrete beslutningsprosessene i foretaket. Nær og hyppig styringsdialog vil ofte være positivt, men det medfører også et større ansvar for resultatet. Hvordan har departementets hyppige og direkte styring med omstillingsprosessen påvirket beslutningsresultatet? I hvilken grad har departementet tatt mer direkte del i styringsprosessen, og derved påtatt seg mer ansvar for resultatet, enn vanlig?

Komiteen har invitert følgende til høringen:

Helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen, Den norske legeforening, Norsk Sykepleierforbund, Fagforbundet, siviløkonom og doktor ingeniør Jomar Kuvås, styreleder for Oslo universitetssykehus, Steiner Kvinnsland, administrerende direktør ved Oslo universitetssykehus, Bjørn Erikstein, tidligere styreleder for

Oslo universitetssykehus Steinar Marthinsen og tidligere administrerende direktør ved Oslo universitetssykehus Siri Hatlen.

Komiteen har videre invitert:

Styreleder for Helse Sør-Øst RHF, Per Anders Oksum, tidligere styreleder for Helse Sør-Øst RHF Frode Alhaug, tidligere styreleder for Helse Sør-Øst RHF Hanne Harlem, administrerende direktør for Helse Sør-Øst RHF, Bente Mikkelsen, direktør for Statens helsetilsyn, Lars E. Hanssen, og fylkeslege i Oslo og Akershus, Petter Schou.

Det vil bli tatt stenografisk referat fra høringen i dag, og referatet vil følge som vedlegg til komiteens innstilling til Stortinget. De prosedyrene som er fastsatt i reglementet for åpne kontrollhøringer, vil bli fulgt. De inviterte får først holde en innledning. Etter det får så saksordføreren, som i denne saken er meg, og deretter representanter for de ulike partiene anledning til å spørre ut de inviterte.

For at komitémedlemmene skal få stilt de spørsmålene som er nødvendig, vil jeg be om at svarene blir så korte, konkrete og konsise som mulig. Jeg gjør oppmerksom på at vi har en lampe her som vil lyse når det er 30 sekunder igjen av den taletiden dere har fått tildelt. Det er viktig at alle forholder seg til taletiden, for at vi skal kunne klare å holde fremdriften i programmet. Til slutt får komiteen anledning til å stille noen oppfølgingsspørsmål, og de inviterte får så helt til slutt ordet til en kort oppsummering.

Dette er en åpen høring. Det er derfor viktig at alle deltakerne unngår å omtale forhold som er underlagt taushetsplikt. Dersom et spørsmål ikke kan besvares uten å gi opplysninger som er taushetsbelagt, bør den innkalte gjøre komiteen oppmerksom på det.

Jeg gjør oppmerksom på at mobiltelefoner må slås av eller settes på «stille», slik at vi unngår forstyrrelser underveis. Så er det veldig viktig, siden det er mange inviterte, å holde styr på mikrofonene. Lydknappene må slås på når man snakker, og av når man er ferdig med å snakke, så vi ikke får problemer med lydanlegget.

Det er komiteens håp at høringen vil gi nødvendige opplysninger i saken, som bakgrunn for de konklusjoner komiteen skal treffe i sin innstilling til Stortinget.

Da er vi ferdige med den formelle innledningen, og vi går til den første delen av denne kontrollhøringen. Jeg vil først få lov til å ønske velkommen til Den norske legeforening, som er representert ved president Hege Gjessing, Jon Helle, som er sentralstyremedlem og leder av Overlegeforeningen, og Aasmund Bredeli, som er foretakstillitsvalgt ved Oslo universitetssykehus.

Videre vil jeg ønske velkommen til Norsk Sykepleierforbund, representert ved Eli Gunhild By, foretakstillitsvalgt Merete Norheim Morken og advokat Oskar Nilssen.

Velkommen også til Fagforbundet, som er representert ved Odd-Haldgeir Larsen fra Fagforbundets arbeidsutvalg, Wegard Harsvik, som er leder for samfunnsavdelingen, Inger Åfoss, leder av Fagforbundets sykehuskontor, og Bjørn Wølsted-Knudsen, som er leder av Ullevål Universitetssykehus Fagforening.

Til slutt i denne første bolken vil jeg også ønske velkommen til Jomar Kuvås, som er siviløkonom og doktor ingeniør, bl.a. tidligere assisterende direktør ved Rikshos-

pitalet og direktør for interne tjenester ved Rikshospitalet-Radiumhospitalet. Kuvås og hvert av fagforbundene har anledning til å holde en innledning på inntil 5 minutter.

*Høring med Den norske legeforening, Norsk Sykepleierforbund, Fagforbundet og Jomar Kuvås*

**Møtelederen:** Jeg foreslår at vi begynner på den ene enden av bordet og tar Legeforeningen først. Det ser ut til at det er Hege Gjessing som skal ha ordet. Vær så god.

**Hege Gjessing:** Det stemmer. Da vil jeg gjerne takke for at vi har fått komme hit og uttale oss i denne høringen. Jeg heter Hege Gjessing. Dette er Jon Helle, og dette er Aasmund Bredeli.

Legeforeningen organiserer over 96 pst. av alle legene i landet, og vi jobber med utvikling av legerollen, utvikling av helsetjenesten og arbeidsvilkår for leger. Vi har et velutbygd tillitsvalgtapparat, som gjør at vi kjenner forholdene i sykehus godt.

Vi støttet sammenslåingen av Helse Sør og Helse Øst i 2004. Da hovedstadsområdet ble diskutert da, påpekte vi at det var behov for et forsvarlig tempo i prosessen og nødvendig med grundig utredning og god involvering av fagmiljøene og de tillitsvalgte for å oppnå suksess. Det samme har vi sagt om andre omstillinger i landet. Det er som regel bred enighet om målsettingene, men resultatene avhenger av planene og at de tiltakene som iverksettes, er forankret både faglig og politisk. Vi kjenner til at hovedutfordringen mange steder er at det ikke planlegges for investeringer. Da må man ta ned drift, og vi må stille spørsmålet på hvilken måte går dette ut over pasientbehandlingen.

I 2008 vedtok Helse Sør-Øst omstilling av Oslo-sykehusene uten at det var gjort grundig risiko- og konsekvensanalyse i forkant, og en overskuet derfor ikke kompleksiteten og størrelsen på de omstillingene og hvilke konsekvenser de ville få. Det har vært for dårlig planlegging og manglende sammenheng mellom mål og midler.

Ettersom prosessen har utviklet seg, har det vært til dels svært ulik virkelighetsbeskrivelse fra de ansatte, pasientforeningene og Helsetilsynet på den ene siden og HF-ledelse, RHF og myndigheter på den andre siden når det gjelder viktige spørsmål om risiko og pasientsikkerhet. De ansatte har ikke opplevd å bli lyttet til når de har sagt fra, og da må vi undre oss over hva beslutningstakerne baserer sine oppfatninger på, og hvordan kommunikasjonen fungerer. Så det trengs et omforent faktagrunnlag og gode verktøy for å måle konsekvenser av omstillingene, sånn at en kan legge en realistisk plan for videre prosess.

OUS driftes nå fra mange forskjellige bygninger. Det er både uøkonomisk og ineffektivt, men det er altså ikke ressurser til nødvendige nybygg. Så lenge samlokaliseringen ikke er på plass, vil det være særlig behov for god elektronisk kommunikasjon. Nå har sykehuset mange og komplekse datasystemer som kun delvis kommuniserer med hverandre, og det påvirker pasientbehandlingen. Så gode IKT-løsninger må på plass for å sikre trygge pasientforløp og for å hindre unødvendig venting og oppstykket behand-

ling. Staten bør i større grad ta ansvar for samordning og investering i IKT.

Hvordan omstillingsprosessene påvirker pasientsikkerheten som sådan, er et helt essensielt spørsmål. Siden særskilte målekriterier og følgeevalueringer aldri ble etablert, så finnes det ikke data på dette. Derfor vises det til resultater som ikke nødvendigvis beskriver kvalitet og sikkerhet på en god måte.

Som dere har sett av vårt notat som vi har oversendt, er vi kritiske til hvordan sykehuset selv vurderer risiko, og til måten konsekvensen av prosessen rapporteres til høyere nivå på. Det har vært gjort rutineendringer som påvirker hvordan risiko blir framstilt, og dette vil måtte påvirke vurderinger lenger opp i systemet, som f.eks. om rammevilkårene er gode nok til å gjennomføre omstillingen.

Leger har en sentral rolle når det gjelder å vurdere og behandle pasienter, og våre tillitsvalgte forteller at det er en utbredt oppfatning blant legene ved OUS at denne prosessen svekker pasientsikkerheten. Det er et alvorlig signal når mer enn tre av fire leger sier at de kjenner til bekymringsfulle forhold knyttet til omstillingene.

Nå skal foretaksmodellen evalueres, og da bør en samtidig benytte anledningen til å evaluere hele styringsmodellen, inkludert statens rolle, som både eier og myndighet. Et viktig punkt bør være i hvilken grad korrekt informasjon fra det kliniske nivået gjenfinnes lenger opp i styringslinjen. Det bør også evalueres hvordan omstillinger planlegges og gjennomføres.

For å oppsummere: Det må etableres et omforent faktagrunnlag. Det er nødvendig med investeringer i nybygg for å oppnå samlokalisering og investeringer i IKT for god informasjonsflyt.

Takk for oppmerksomheten.

**Møtelederen:** Takk for det. Da går vi til neste, og det er Eli Gunhild By fra Norsk Sykepleierforbund – vær så god.

**Eli Gunhild By:** Takk for at vi fikk muligheten til å komme hit.

Jeg går rett på spørsmålene og vil prøve å være konkret og starte med spørsmålet rundt pasientsikkerhet og pasientbehandling.

Vi sykepleiere er vant til små og store omstillingsprosesser. Omstillinger kan tære på kreftene og være tøffe og gå ut over ansatte på mange andre måter. Men vi understreker at vi ikke har noen innvendinger mot omstillinger i seg selv, der de har et formål som er bra, og som kan forstås.

I den aktuelle omstillingen mener NSF at rammebetingelsene ikke er gode nok for å drive videre på en bra måte. Det er bevilget svært lite penger i prosessen. Prosessen går fort, men den går ikke godt nok. Mer enn 20 000 ansatte, som kommer fra tre forskjellige sykehus og tre forskjellige kulturer og en rekke yrkesgrupper, møtes i en ny virksomhet, noe som normalt krever store ressurser for best mulig å få de ansatte til å jobbe sammen. Spesielt vil ressursene være nødvendig der manglende samhandling og uhen-siktsmessige barrierer kan ha vært noe av motivasjonen for sammenslåingen.

Er pasientsikkerheten truet? God samhandling og gode

rammevilkår i det daglige arbeidet og trygghet og forutsigbarhet i arbeidsforhold er helt avgjørende for at sykepleiere skal kunne gi et godt pasienttilbud. I en NRK-undersøkelse med ca. 1 300 besvarelser fra sykepleiere ved OUS svarer mer enn to tredjedeler av sykepleierne at pasientsikkerheten er truet. Mer enn halvparten av de spurte sykepleierne sier at pasientsikkerheten allerede er svekket. Noen andre tall er også illustrerende: Fra andre til tredje tertial i 2011 økte antallet registrerte pasientavvik, med dødsfall og betydelige skader som konsekvens, fra 69 til 96. Dette framkom i siste styresak fra OUS.

Når det gjelder HMS-avvik knyttet til arbeidspress, er det mer enn firedoblet. Det er eksempler på avvik som knyttes bl.a. til stor arbeidsmengde, underbemanning, for lite ressurser og feilbehandlinger på grunn av stress. Brudd på arbeidstidsbestemmelsene i tredje tertial er 10 809. Illustrerende for hele situasjonen er at i den nevnte undersøkelsen fra NRK svarer kun 22 pst. at de har oversikt over målene med omstillingen.

Så til spørsmål om elektronisk pasientjournal. Liten satsing på IKT er et problem for alle landets sykehus, men er noe som har rammet OUS spesielt hardt når tre store sykehus slås sammen. En McKinsey-rapport fra 2010 viser at sykehusene samlet sett bruker bare 1,6 pst. av sine samlede inntekter på IT-investeringer, noe som er på linje med råvareindustri som energi, bygging og gruvedrift. Prosjektet Klinisk arbeidsflate, prosjektet som skulle sikre en portalløsning som skulle gi tilgang til systemer på tvers av lokalisasjoner, har ikke gitt noen resultater, med den konsekvensen at informasjonsflyten fortsatt er mangelfull internt i virksomheten. Pasientjournaler er informasjonsgrunnlaget for planlegging og utøvelse av helsehjelp og samhandling både innenfor en organisasjon og på tvers av en organisasjon i helsetjenesten. Når man opererer med tre forskjellige databaser og to forskjellige journalløsninger og disse ikke kommuniserer med hverandre, er situasjonen den at man strengt tatt er avhengig av at det er noen i den andre enden som tar telefonen når opplysningene er påkrevd. Sånn sett utfordres både pasientsikkerheten og effektiviteten. Hva som er årsaken til at den kliniske arbeidsflaten ble stanset, og hvor man kan plassere skylden, er ikke helt enkelt for oss å påvise. Noe som kan være en forklaring, er at det nettopp var ulike systemer i utgangspunktet, og at man hadde ulike ønsker om hva som skulle bli løsningen. Uansett så merker vi oss at det kan virke som at prosjektet ble stanset ved en avbestilling, ikke en kontraktsheving på grunn av mislighold fra leverandør. Etter hva vi er informert om, var det tidsperspektivet som var avgjørende i forhold til endelig valg av leverandør, altså et eksempel på at hastverk i prosessen har ført til dårlige valg.

I forhold til departementets oppfølging og styring skal jeg si noe kort til slutt.

Norsk Sykepleierforbund vil hevde at mange kanskje på et tidligere tidspunkt burde ha vurdert å legge denne saken mer direkte under departementet. At ledelse og ansvarlig statsråd i departementet ikke har hatt noen direkte kontakt i denne historiske store omstillingen, synes vi er uheldig. Dersom det er foretaksmodellen med de regionale foretakene i midten som har vært et formelt hinder for kon-

takt, er det åpenbart på tide å vurdere om noe må justeres. Våre medlemmer i Oslo universitetssykehus ...

**Møtelederen:** Da er tiden ute, så vi må runde av.

**Eli Gunhild By:** ... er slitne og opplever store svekkelser i forhold til den omstillingen som har vært.

**Møtelederen:** Tusen takk for det. Vi går videre til Jomar Kuvås. Vær så god, du har inntil 5 minutter.

**Jomar Kuvås:** Takk for det.

Jeg har skrevet mange debattinnlegg som jeg har publisert i boken «Ledelse, organisering og fusjonsprosesser i helsevesenet», og som kan lastes ned gratis fra nettet på <http://blogg.gratisforlaget-kuvås.no>. Men her skal jeg bare omtale to forhold, nemlig budsjettmodellen og anskaffelse av Klinisk arbeidsflate.

Jeg mener at OUS har blitt for hardt straffet ved innføringen av Helse Sør-Østs kriteriebaserte budsjettmodell. Det skyldes at Helse Sør-Øst ikke har tatt hensyn til at 67 pst. av behandlingen ved OUS er lands- og regionfunksjoner. Dette er kostbar behandling, og virksomheten ved OUS er derfor annerledes enn ved de øvrige sykehusene.

For denne type høykostmedisin innførte Helse Sør-Øst en form for abonnement. Prisnivået ble av Helse Sør-Øst fastsatt til 120 pst. av DRG-pris, og sykehusene protesterte. For OUS har beregnet at det reelle nivået er 131 pst. Når hvert prosentpoeng tilsvarer 27 mill. kr, betyr det at sykehuset har fått 300 mill. kr for lite i budsjett. Modellen tok heller ikke hensyn til universitetsfunksjoner og prehospitaltjenester, som er kostbar aktivitet. OUS har derfor ikke fått det budsjettet det burde ha i forhold til omfang av region- og landsfunksjoner. Og de siste innsparingstiltakene er de mest krevende og har størst konsekvenser.

Ekstra problematisk er det at modellen ikke bygger på systemet Kostnad Per Pasient, KPP, og uten et slikt opplegg blir datagrunnlaget mangelfullt. 2010 fikk Helsedirektoratet i oppdrag å etablere KPP som grunnlag for god virksomhetsstyring samt å se på hvordan KPP kan inngå som grunnlag for kostnadsvekter i DRG-systemet. I stedet for å øke innsatsen i prosjektet er tempoet senket.

Helse Sør-Øst sier at budsjettmodellen bygger på objektive kriterier, men da må de være riktige og transparente. Budsjettmodellen bør derfor stilles i bero inntil KPP er på plass.

I mellomtiden bør budsjetttrammen for OUS økes med 400 mill. kr. Dette beløpet tilsvarer underskudd som sykehuset kan gå i minus i år, og beslutningen er derfor lett å gjennomføre. Siden Helse Sør-Østs budsjettmodell påvirker behandlingen av pasienter i hele landet, bør departementet også vurdere saken.

Akkurat i disse dager behandles en revidert modell som tar hensyn til noen av disse punktene, og de skal behandles av styret i Helse Sør-Øst den 19. april. Men modellen mangler fortsatt KPP.

Klinisk arbeidsflate, KA, er nødvendig for å få de fusjonerte sykehusenes kliniske datasystem til å samspille for

derved å kunne gi helsepersonalet den informasjon de trenger. Men anskaffelsen endte i en IT-skandale, og dette har jeg skrevet i et eget kapittel i boken.

For ti år siden fantes ikke et slikt system, og Rikshospitalet bestemte seg for å utvikle sitt eget. Helse Sør-Øst motarbeidet utviklingen av et slikt system, og de gjennomførte 13 granskninger uten å finne alvorlige feil. Etter hvert ble systemet solgt til investorer og videreutviklet. Men hadde Helse Sør-Øst brukt de store konsulentutgiftene til prosjektstøtte, kunne Norge vært ledende på dette området i dag.

Sommeren 2009 lyste Helse Sør-Øst ut en anbudskonkurranse for KA, og Steinar Marthinsen hadde en trippelrolle ved anskaffelsen, nemlig som viseadministrerende direktør i Helse Sør-Øst, som styreleder i Oslo universitetssykehus og som styreleder i Sykehuspartner. Siden KA er så kritisk for fusjonen, ble det gjort avrop med en gang kontrakten var undertegnet i desember 2009. Denne viktige leveransen skulle være ferdig til 1. juni 2010, for det var starttidspunktet for drifting av OUS som ett sykehus. Alle rede i februar 2010 skrev jeg et innlegg i Dagens Medisin om at dette kom til å gå galt, for tidsfristen var for kort for et så krevende system.

CSAM Health, som er den andre tilbyderen, klaget til KOFA dagen etter avgjørelsen og la ved sine begrunnelser. Men Helse Sør-Øst overså fullstendig denne klagen. Senere skrev jeg et innlegg i Computerworld om «Hoppe bukk over KOFA», og der redegjør jeg for disse forholdene.

Denne prosessen har så mange tvilsomme sider at departementet bør ta initiativ til granskning, spesielt siden prosjektet nå har kostet 159 mill. kr, hvorav mesteparten er tapt.

Nå vurderes det å gjøre avrop på DIPS, som er en integrert EPJ-løsning. Problemet er at kontrakten utløper i august 2012, og representerer gårsdagens løsninger. Sykehuset Telemark har i en styresak, 74/2011 gitt en kort beskrivelse av de problemstillingene, så kanskje OUS burde hatt fremtidens løsninger. Takk.

**Møtelederen:** Takk for det. Da går vi videre til Fagforbundet, og det er Odd-Haldgeir Larsen som skal ha ordet.

**Odd-Haldgeir Larsen:** Takk for det! Jeg takker for invitasjonen.

Vi skal kort beskrive litt av dagens situasjon, snakke litt om hvorfor vi – hadde jeg nær sagt – sitter her i dag i en høring, og ikke minst om hva som skal gjøres framover. Men det er Bjørn Wølstad-Knudsen, som i tillegg til å være fagforeningsleder også er foretakstillitsvalgt og ansattrepresentant i styret i OUS, som skal føre ordet.

Vær så god, Bjørn.

**Bjørn Wølstad-Knudsen:** Takk for det. Vi har følgende:

Vi har vært opptatt av at når vedtaket blir fattet, skal vi gjøre vårt til at dette blir gjennomført på en best mulig måte. Men vi opplever nå at situasjonen er blitt kritisk. Våre marginer blir stadig mindre, og det finnes ikke ressur-

ser til de investeringer som er nødvendige for at prosessen skal kunne fullføres.

Vi har ikke fått på plass de IKT-investeringer og det IKT-verktøy som trengs for at man sømløst skal kunne behandle pasienter på de ulike lokalisationene. Det står ei heller fullverdige lokaler klare, slik at de funksjonene som skulle flyttes fra Aker til Ullevål, faktisk kan flyttes. Det skaper frustrasjon hos de ansatte og til sist dårligere kvalitet for pasientene og på tjenestene.

Én ting som er viktig å få sagt: Det er ikke dobbel bemanning i Oslo universitetssykehus. Noen fremstiller det slik.

Etter at pasientene ble flyttet til Ahus – dette stemmer altså ikke – ansatte i Oslo universitetssykehus løper rundt. Dette skyldes bl.a. at viktige og relativt omfattende funksjoner i Oslo fortsatt er på Aker, og at man ikke får den beste logistiske løsning. Det står altså ikke lokaler klare å flytte til, f.eks.

Det er ikke tvil om at dette var for dårlig planlagt. Man kan bygge en vei mens man kjører – jeg bruker et bilde her – dersom man graver og kjører sakte. Men det å bygge en bro over en kløft er umulig. Det er det viktig å si.

Når avgjørelsen om å slå sammen Helse Sør-Øst og sykehusene i Oslo ble tatt, er det tydelig at man har undervurdert kompleksiteten i prosessen og overvurdert evnen til å bygge bro mens man kjører.

Så til det viktige: Hva gjør vi nå for å sikre tilbudet til folk i Oslo og til nasjonen ellers?

Prosessen må fortsette. Å fryse eller stanse helt opp vil sette oss fast i en rekke uholdbare situasjoner, men en helhetlig og realistisk plan er en forutsetning i denne sammenhengen. Finansieringen av nødvendige tiltak må på plass. Dette gjelder IKT, der en løsning er avgjørende for at man skal lykkes. Uten en IKT-løsning blir det ingen gjennomgående behandlingsskjeder.

Så gjelder det investeringer i nødvendige bygg og utstyr. Aker sykehus må fortsatt brukes som en vekslingsarena til man får forsvarlige lokaliteter å flytte til. Det må skapes forutsigbarhet for de ansatte som fortsatt er på Aker. Disse kostnadene er allerede identifisert og beregnet i forslaget til langtidspan som ble lagt frem for styret i Oslo universitetssykehus i 2011. Kostnadene kommer uansett. De blir større dersom de ikke tas tidlig og er vel planlagt, jf. pålegg fra Arbeidstilsynet og branntilsynet. Det er fortsatt behov for bemanningsplaner og for å tenke helhetlig i Oslo-området, også på personalsiden. OUS har omfattende lands- og regionsfunksjoner og står for den mest omfattende aktiviteten innenfor spesialisthelsetjenesten. At vi lykkes med omstillingen, er derfor viktig langt utover hovedstadsområdet.

Til slutt: Vi er glad for at omstillingen så langt ikke har endt med oppsigelser. Dette skyldes i hovedsak at omstillingen har tatt lengre tid enn planlagt. Vi håper at denne tryggheten som uttrykkes fra de ansatte, videreføres.

Takk.

**Møtelederen:** Takk skal du ha, og takk skal dere ha.

Vi skal gå videre inn i utspørringen. Da har jeg lyst til å presisere at det er utspørreren som styrer sin egen

tid – og hvis Wølstad-Knudsen også slår av mikrofonen, er det bra – uten innblanding fra møtelederen. Det betyr også at det er viktig når dere svarer, at dere husker å slå mikrofonknappen av og på. Hvis ikke blir det bare et evig virvar.

Det er jeg som skal stille det første spørsmålet. Da går møteledelsen over til nestlederen, Per Olaf Lundteigen.

Per Olaf Lundteigen overtok her som møteleder.

**Møtelederen:** Vær så god, møteleder.

**Anders Anundsen (FrP):** Takk for det, møteleder! (Munterhet)

Alle som har hatt ordet, har vært opptatt av viktigheten av IKT og Klinisk arbeidsflate. Noen har brukt eksempler på hvor mye det har kostet, 159 mill. kr, som man i utgangspunktet har fått veldig lite igjen for, men denne Klinisk arbeidsflate var det vel meningen skulle bidra til å knytte hele sykehuset sammen, slik at man derved får en ganske stor ressurseffekt i forhold til mer produksjon av helsetjenester. Kan dere si litt om konsekvensene av at dette Klinisk arbeidsflate-systemet ikke var på plass da det skulle vært på plass, i juni 2010? Jeg vil gjerne høre alles korte kommentarer til akkurat det. Hvilke konsekvenser har dette hatt?

**Hege Gjessing:** Jeg overlater ordet til Aasmund Bredeli, som kan svare på det.

**Aasmund Bredeli:** Dette var helt grunnleggende – hadde jeg nær sagt – for å kunne kommunisere mellom sykehusene, og når man samtidig begynner å flytte pasienter og dels også personell mellom sykehusene, sier det seg selv at da har vi ikke tilgjengelig informasjon der pasientene til enhver tid er. Vi får et informasjonstap, vi får en diskontinuitet i dette, og det vil i sin ytterste konsekvens påvirke pasientsikkerheten.

En ting er hva vi kan formidle via IKT og via IKT-systemet, men det er jo også forferdelig viktig at man faktisk kan snakke sammen når man står overfor alvorlig syke pasienter.

**Anders Anundsen (FrP):** Er det mulig å anslå et slags ressurstap – holdt jeg på å si – mer krevende, altså i prosent? Hvor mye mer tid må man bruke nå enn det man ville gjort hvis man hadde dette systemet på plass?

**Aasmund Bredeli:** Det kan jeg ikke svare på, men det jeg kan si om det, er at per i dag er vi vel tilbake til omtrent det samme funksjonsnivå innenfor IKT som hvert av sykehusene hadde hver for seg før fusjonen.

**Anders Anundsen (FrP):** Så man har brukt to og et halvt år på ingenting, med andre ord. Jeg spør Sykepleierforbundet.

**Merete Norheim Morken:** Aasmund har for så vidt sagt en del av det – egentlig det viktigste. En konsekvens er at man ikke får nødvendig informasjon om pasientene på tvers av sykehusene. Man kan f.eks. ikke lese prøvesvar eller røntgenvar på tvers av lokalisasjoner. Det vil kunne medføre en forsinkelse i pasientbehandlingen. Vi har også eksempler på at pasienter har falt ut av systemet ved flyttinger av pasienttilbud, fordi man manuelt må legge inn journalene til disse pasientene.

**Anders Anundsen (FrP):** Ja, mener du at pasienter forsvinner på veien i behandlingsskjeden?

**Merete Norheim Morken:** Ja, det mener vi. Vi har hatt masse eksempler på at det skjer.

**Anders Anundsen (FrP):** Legeforeningen ville ha et lite tillegg som dere glemte?

**Hege Gjessing:** Ja, det er sånn at det er 40 årsverk som går med til å frakte bilder fram og tilbake mellom sykehusene.

**Anders Anundsen (FrP):** Bare bilder?

**Hege Gjessing:** Ja, er det mer, Aasmund?

**Aasmund Bredeli:** Å håndtere det som vi ikke kan gjøre elektronisk. Det er klart at når vi samtidig skal nedbemanne, sier det seg selv at dette blir vanskelig.

**Anders Anundsen (FrP):** Takk. Har Kuvås noen kommentarer til dette?

**Jomar Kuvås:** Det var jo slik at man hadde en klinisk arbeidsflate, CSAM. Den var innført på Radiumhospitalet og på Rikshospitalet, og det er over halvparten av sykehuset. Så det er rart at man tok sjansen på å få noe uprøvd. Når man gjør det, går man inn i et veldig risikofyllt område, for det å starte store prosjekter er veldig risikofyllt. Resultatet har vi jo sett; man har ikke fått det man gjerne skulle ha. Klinisk arbeidsflate er interessant, for det binder alle systemene sammen, og man får opp på én skjerm opplysningene fra alle de ulike. Det er jo tanken bak klinisk portal. Det skal være arbeidsbesparende, det skal være sikkert, det skulle gi varslinger, man skulle kunne lese laboratorieresvar og behandling. Dermed blir det fryktelig vanskelig når et sånt system går ned. Da er man tilbake i tid. Så har man prøvd å lappe på det og lage en midlertidig løsning, og så måtte man oppfylle kravet. Det skal jo være lovlig, det skal jo være ett pasientjournalssystem for et sykehus. Nå har man lappet på det og fått det til.

Men det er slik som det ble sagt her i sted – man kjører drosje, og jeg er sikker på at det er en del nestenuhell. Jeg tror mye av situasjonen er reddet på grunn av dyktige leger og sykepleiere.

**Anders Anundsen (FrP):** Har Fagforbundet en kommentar?

**Bjørn Wølstad-Knudsen:** Det er jo en del av sykehuse-sets hjerte å ha et KA-system som fungerer og kommuniserer på tvers. Vi har altså et sykehus som er på fire geografiske steder, og har samme pasientbehandling på alle de fire sykehusene, gjennomgående som klinikker. Hvis disse ikke kommuniserer sammen, må man altså hente ut dette manuelt og overføre. Det er et svært tidstap gjennomgående for alle yrkesgrupper på sykehuset som jobber opp mot en klinisk arbeidsflate. Så dette er helt avgjørende, og det burde faktisk ha vært planlagt før man gikk til denne store fusjonen og denne store omstillingen.

**Anders Anundsen (FrP):** Mener du at det er så fundamentalt at når en visste at dette systemet ikke ville være på plass fra det de kaller dag 2, hvor samdriften skulle skje, burde man rett og slett ventet med sammenslåingen, i forhold til at det skulle drives som ett sykehus, til systemet var på plass?

**Bjørn Wølstad-Knudsen:** Jeg skal være forsiktig med å si at det skulle vært stoppet, men det burde ha vært på plass, og det burde vært planlagt inn og tatt høyde for i den totale omstillingen.

**Anders Anundsen (FrP):** Sykepleierforbundet var inne på at de har følt at statsråden har vært fraværende i styringen av dette. Det skyldes jo at statsrådets kontakt i første rekke har vært i helseforetaket. Hvor stort problem har det vært når det gjelder den løpende oppfølgingen av sammenslåingsprosessen og kompleksiteten knyttet til IKT-system og pasientsikkerhet, det at dere har følt at det ikke har vært noen politisk hånd på rattet her?

**Eli Gunhild By:** Jeg vet ikke om jeg kan svare ordentlig på det i forhold til den spesielle problemstillingen, men disse tingene har også ganske stor sammenheng med helheten i det. Jeg får ikke noe svar ... Kan du si noe mer konkret om det, Oskar Nilssen?

**Oskar Nilssen:** Jeg kan jo si at vi ble invitert. Hovedsammenslutningen ble invitert sommeren 2011, før sommerferien, til statsråden for å snakke om omstillingen ved OUS. Da fikk vi redegjøre for de problemene vi mente var de viktigste. Da var vi rimelig samstemte alle i hovedsammenslutningen om at det var det vi diskuterer nå, IT og de løsningene, som ikke fungerer ved OUS. Så vi har for så vidt hatt en dialog om akkurat det temaet. Men ...

**Anders Anundsen (FrP):** Det er to ting jeg gjerne vil berøre før tiden min går ut. Det ene som er viktig når en statsråd skal kunne foreta tiltak, er at hun vet at det er et problem. Har dere rapportert oppover på en slik måte at statsråden har måttet forstå at dette er svært alvorlig og utfordrende? Jeg vil gjerne ha veldig korte svar på det fra alle i fagforeningene.

**Hege Gjessing:** Vi har sagt det tydelig og klart lenge, og vi har oppfattet at det også har blitt oppfattet av statsråden. Så vi mener at det har vært til dels tett kontakt

i denne prosessen, i hvert fall mellom statsråd og Helse Sør-Øst.

**Anders Anundsen (FrP):** Så hun har visst. Sykepleierforbundet?

**Eli Gunhild By:** Jeg vil vel svare det samme.

**Anders Anundsen (FrP):** Fagforbundet?

**Bjørn Wølstad-Knudsen:** Ja, vi svarer det samme. Dette har altså også vært varslet gjennom RHF-et i den ordinære linjen, men det har også vært varslet gjennom egne møter med tillitsvalgte i organisasjonen.

**Anders Anundsen (FrP):** Akkurat. Mange takk.

Så må jeg bare kort innom det som ble avslørt av TV 2 i går. Det fremgikk at det ble jukset med ventelister, hvor ressurssterke personer «sniker seg» frem i køen, ikke fordi det er deres skyld, men fordi det er for lange ventelister og sykehuset ikke klarer å ta dette av. Er dette en praksis som dere har kjent til i Legeforeningen?

**Hege Gjessing:** Våre tillitsvalgte har kjent til det. Derfor kan Aasmund Bredeli redegjøre noe mer for det.

**Aasmund Bredeli:** Ja, vi har kjent til det i ganske lang tid. Dette har vært en veldig uheldig praksis, så det er sånn som TV 2 viste, at man setter pasienter til side, uthuler garantiordningen osv. Vi gjorde senest en henvendelse til alle våre medlemmer nå rundt årsskiftet for å prøve å kartlegge omfanget av det. Vi har da forsøkt å si fra om dette, og vi har ikke sett at det har endret på praksisen.

**Anders Anundsen (FrP):** Har du inntrykk av at dette har vært en akseptert praksis fra ledelsens side?

**Aasmund Bredeli:** Jeg tenker vel som så at med det presset som har vært på både ledelse og hele systemet her, så har nok dette etablert seg som en kreativ løsning for å innfri eiers forventninger til kostnads-kutt.

**Anders Anundsen (FrP):** Du sa dere hadde kartlagt omfanget. Kan du si noe mer om omfanget?

**Aasmund Bredeli:** Det som kom frem på TV 2 i går, taler for seg.

Så finnes det nok noe mer der. Jeg tror ikke jeg skal svare på det her, for jeg har foreløpig ikke god nok dokumentasjon på det.

**Anders Anundsen (FrP):** Deler Sykepleierforbundet Legeforeningens syn på dette?

**Merete Norheim Morken:** Jeg kan bare bekrefte at Legeforeningen flere ganger har varslet om dette til ledelsen på sykehuset. Vi har for så vidt ikke fått denne bekymringen fra våre medlemmer, men det er jo først og fremst le-



gene som håndterer disse ventelistene og gjør prioriteringene.

**Møtelederen:** Da takker vi for spørsmål og svar så langt og overlater møteledelsen til komiteens leder.

Anders Anundsen overtok her igjen som møteleder.

**Møtelederen:** Takk for det.

Da er det Arbeiderpartiet og Martin Kolberg som skal stille spørsmål. Han har inntil 5 minutter til disposisjon. Jeg minner om at han styrer selv ordvekslingen. Vær så god, Kolberg.

**Martin Kolberg (A):** Jeg skal følge opp det vi nå har hørt, men jeg vil likevel begynne med et spørsmål av litt mer generell karakter. Jeg henvender meg først til Legeforeningen og spør: Er dere i prinsippet enig i målsettingene for sammenslåingen av Oslo universitetssykehus?

**Hege Gjessing:** Vi har hele tiden støttet prinsippet om at sammenslåing kan føre til fordeler. Så har vi sagt at det må planlegges, og det må investeres for det. Det har vi sett ikke har vært gjort. Dette sa vi fra om allerede i 2008.

**Martin Kolberg (A):** Mener Legeforeningen at Oslo universitetssykehus får for lite penger i forhold til andre helseforetak i Norge?

**Hege Gjessing:** Vi mener at den omfordelingen som har vært, med Magnussen-utvalget, har fått uheldige konsekvenser for OUS på grunn av den store andelen landsfunksjoner og regionsfunksjoner som OUS har. Vi har sagt at når man planlegger for slike store omstillinger som det man her har gjort, holder det ikke å si at det ikke skal komme noe mer penger – tvert imot skal man spare fra første dag, samtidig som man gjør den mest omfattende omstillingen i Norge noensinne. Det har vi vært veldig tydelige på hele veien i prosessen.

**Martin Kolberg (A):** Kan vi spørre Sykepleierforbundet om det? Oppfatter dere at den totale rammen for bevilgningen til sykehusene i Norge – som gis av Stortinget – er for liten, eller er det omfordelingen, fordelingen mellom regionene, som er problemet?

**Eli Gunhild By:** Det er vel mer omfordelingen i forhold til det totale budsjettet.

Når det gjelder Oslo universitetssykehus, er det flere forhold som spiller inn. Blant annet har de ganske mange landsfunksjoner. De behandler i langt større grad pasienter med spesialiteter, noe som koster mye mer.

Så har vi den realitet at når vi skulle slå sammen dette, er f.eks. 65 pst. av bygningene til Ullevål sykehus kondemnabile. Når det gjelder bevilgninger, skulle det være gjort noen investeringer i tillegg for å klare å få til et helhetlig bilde, for å lykkes i omstillingen.

**Martin Kolberg (A):** Ok.

Jeg spør presidenten i Legeforeningen: Stiller du deg i denne parlamentariske høringen bak påstander fra dine medlemmer om at liv og helse er satt på spill på grunn av omstillingsprosessen?

**Hege Gjessing:** Vi har fått de opplysningene. Vi mener at når de opplysningene kommer, må man undersøke dem og ta dem alvorlig. Det de tillitsvalgte sier, er at denne prosessen har gått ut over pasientsikkerheten. Det er vanlig i omstillinger av denne karakter. Det er gjort forskning på det i andre land, og det tror vi har vært tilfellet her også.

**Martin Kolberg (A):** Så du sier nå til denne komiteen at liv og helse er satt på spill?

**Hege Gjessing:** I enkelte tilfeller er det gjort.

Det har også vært en sak i avisen, hvor en pasient gikk ut og fortalte at det var blitt rotet med opplysninger om henne som en følge av prosessen. Hun hadde en alvorlig kreftsykdom – hun lever ikke lenger.

**Martin Kolberg (A):** Vi trenger disse tingene nå, før vi kommer til Lars Hanssen og andre senere i dag.

Jeg vil gå videre på dette med IKT, som jeg skjønner åpenbart er en akilleshæl i dette. Jeg tror jeg innenfor denne stramme tidsrammen vil spørre Wølstad-Knudsen: Hvordan i all verden kunne det som har skjedd, skje, at systemet har kollapset slik som det har? Si din ærlige mening nå.

**Bjørn Wølstad-Knudsen:** Å si sin ærlige mening er ikke så vanskelig, men om jeg kan svare konkret på spørsmålet ditt – det er veldig vanskelig.

Vi har hele tiden påpekt at det må tas et overordnet grep når det gjelder Klinisk arbeidsflate. Vi har også hele tiden påpekt at dette burde vært planlagt i forkant, og man burde ha bestemt seg i forkant.

**Martin Kolberg (A):** Hvem er det som har sviktet? Jeg spør Wølstad-Knudsen.

**Bjørn Wølstad-Knudsen:** Eh ...

**Martin Kolberg (A):** Du behøver ikke nevne navn, men hvilken institusjon, hvilket miljø er det som gjør at et så stort administrativt system ikke klarer å få på beina et IKT-system som skal imøtekomme de kravene som er helt åpenbare for alle? Hva er grunnen til det?

**Bjørn Wølstad-Knudsen:** Siden vi skal ha et enhetlig system i RHF-et, er det RHF-et som har sviktet.

**Martin Kolberg (A):** Er det alternative synspunkter på dette? Er det der svikten ligger? Hvorfor skjer det, Bredeli?

**Aasmund Bredeli:** Jeg tror det skjer fordi man nær sagt blir presset til å gjøre dette veldig fort, man skal vise resultater. Når man ikke har lagt til rette med de nød-

vendige økonomiske rammene, får det lett denne typen utfall.

**Møtelederen:** Takk for det, da er tiden ute. Vi går videre til Høyre og Per-Kristian Foss, som har inntil 5 minutter. Vær så god, Foss.

**Per-Kristian Foss (H):** Jeg begynner med Legeforeningen. Mitt inntrykk etter ditt innlegg var at de fleste problemer kunne vært løst med flere ressurser, mer penger. Tenker du da på helsesektoren totalt, på Helse Sør-Øst eller på OUS?

**Hege Gjessing:** Det er et interessant spørsmål. Det som er poenget når det gjelder denne omstillingen ...

**Per-Kristian Foss (H):** Jeg vil ha et svar.

**Hege Gjessing:** Når det gjelder denne omstillingen, har vi hele tiden sagt at den kan ikke gjennomføres med de ressursene som er lagt til grunn. Det er denne omstillingen.

Når det gjelder landet for øvrig, er vi i den situasjon at vi får tilbakemeldinger fra mange av våre sykehus om at det er en marginal bemanningssituasjon. Mange av omstillingene handler om å ta ned bemanning. Vi mener den nå er for lav mange steder. Når det gjelder landet som helhet, bør man kanskje begynne å diskutere rammen for de små sykehusene.

**Per-Kristian Foss (H):** Dere svarer altså ja på alle spørsmål.

**Hege Gjessing:** Helse Sør-Øst har jeg ikke uttalt meg om. Det skal jeg heller ikke gjøre.

**Per-Kristian Foss (H):** Jo, det gjorde du, for du sa at omstillingen krevde ekstra tiltak og bevilgninger direkte. Mener du at statsråden skulle grepet inn innenfor dagens system og fordelt ressurser til OUS som ikke var fordelt av Helse Sør-Øst?

**Hege Gjessing:** Det vet jeg ikke om jeg kan svare på, men jeg kan jo si det vi har sagt hele tiden: Når man planlegger omstillinger, må man også se på hvilke kostnader omstillingene har i seg selv. Dette ble altså lansert som den største omstillingen i Norge noensinne.

**Per-Kristian Foss (H):** Mitt spørsmål er bare følgende: Er dette en kritikk av statsråden, eller er det en kritikk av Helse Sør-Østs styre?

**Hege Gjessing:** Da er man inne på hvem det var som planla og besluttet omstillingen. Omstillingen ble besluttet av Helse Sør-Øst i 2008.

**Per-Kristian Foss (H):** Så svaret er altså styret i Helse Sør-Øst? Er det det?

**Hege Gjessing:** Jeg bare gjentar det jeg har sagt.

Det er vanskelig å skulle plassere ansvar. Jeg skjønner at du vil jeg skal plassere et ansvar veldig konkret her. Det som da er interessant, er jo hvordan foregår ... er det tydelig ansvarsfordeling i dette spørsmålet? Hvor tette er kontaktene?

**Per-Kristian Foss (H):** Jeg skjønner at du er president for hele Norge.

**Hege Gjessing:** Ja, det er jeg også, for legene i Norge.

**Per-Kristian Foss (H):** Jeg vil gjerne ha litt mer konkrete svar.

Jeg vender meg til Kuvås og stiller spørsmål om følgende: De andre helseforetakene, Helse Vest og Helse Nord, i alle fall, har med hell gjennomført et IKT-system som fungerer. De har valgt en annen modell for å organisere IKT-systemet sitt. Er du kjent med dette?

**Jomar Kuvås:** Jeg har ikke studert det så inngående som jeg har gjort på Helse Sør-Øst, men de har jo valgt en alternativ linje og har DIPS, som er en elektronisk pasientjournal som tar veldig mye av dette. Problemet er for så vidt at da begynner vi å få veldig store systemer, og det er utvikling fra mange forskjellige leverandører. Det å få puttet inn f.eks. et nytt røntgensystem – når det blir best – blir tungvint når det er store, tunge systemer som skal prøve å gjøre dette. Klinisk arbeidsflate har den fordelen at man kan plugge det på, og så får man det nyeste hele tiden. Et stort system har sine fordeler. Samtidig blir det veldig vanskelig å løfte over på en ny generasjon når man har så store, tunge systemer.

**Per-Kristian Foss (H):** Men inntrykket mitt fra Helse Vest og delvis Helse Nord er jo at systemene i alle fall fungerer, sett fra sykehusenes side. Og der har de jo organisert IKT-systemene som et eget AS, på siden av helseforetaket. Er du kjent med det?

**Jomar Kuvås:** Ja, det er jeg kjent med. Sånn i utgangspunktet kan man organisere en slik hjelpe-/støttetjeneste på mange måter. Helse Sør-Øst har Sykehuspartner og bruker det som en slags form for foretaksmodell. Men man får ikke lov til å etablere det – det er som en del av Helse Sør-Øst direkte. Jeg er tvilende til den organiseringen. Jeg tror det er veldig mye bedre å ha organisert et IT-selskap som sådant, og at sykehusene får anledning til å klage direkte til vedkommende, for det er det som er viktig.

**Per-Kristian Foss (H):** Mitt siste spørsmål går til Fagforbundet.

Dere har jo sentralt en viss innflytelse på regjeringens politikk – til tider. Mitt spørsmål er om Fagforbundet på sentralt hold har tatt opp med statsråden sine synspunkter på fusjonsprosessen, både ressursituasjonen og tempoet i omstillingen.

**Møtelederen:** Da må jeg be om et veldig kort svar, for tiden er ute.

**Wegard Harsvik:** Ja.

**Møtelederen:** Det var et veldig kort og konsist svar.

**Per-Kristian Foss (H):** Når da?

**Wegard Harsvik:** Ved flere anledninger, uten at jeg kan tidfeste det her og nå.

**Møtelederen:** Takk for det. Da går vi videre til Senterpartiet, og det er Per Olaf Lundteigen som har inntil 5 minutter – vær så god.

**Per Olaf Lundteigen (Sp):** Tusen takk.

Det som har kommet opp her om manglende ressurser til nybygg og utstyr og IKT, er jo ikke ukjent for en som sitter i finanskomiteen. Derfor har jeg lyst til å si til det som kom fra Legeforeningen om at det ikke ble lyttet til de ansatte, og at en ikke hadde et omforent faktagrunnlag for hva som var situasjonen, at det er meget bekymringsfullt.

Det står i Legeforeningens uttalelse:

«Legeforeningen mener foretaksmodellen preges av top-down styring, lange beslutningslinjer, manglende stedlig ledelse og mangelfull involvering av ansatte i budsjett- og omstillingsprosesser.»

Det står i en artikkel i Dagens Medisin:

«En oversikt som tillitsvalgte ved OUS har utarbeidet for Dagens Medisin, viser at kun 18 av 59 somatiske avdelinger har stedlig ledelse. Dette betyr at syv av ti avdelinger har en leder som helt eller delvis ikke er til stede.»

Hva har Legeforeningen gjort for å endre på dette? Ut fra et praktisk synspunkt kan jeg ikke skjønne annet enn at det er helt avgjørende at enhver vet til enhver tid hvem som er leder, har nær kontakt med vedkommende og kan daglig «hands on» endre situasjonen for å gjøre det bedre innenfor trange økonomiske rammer, som det bestandig vil være.

Hva har Legeforeningen gjort – høyt og tydelig – for å endre på denne kulturen og dette systemet?

**Hege Gjessing:** Vi har sagt fra på et tidlig tidspunkt at vi mener at det var en feilvurdering å ta vekk stedlig ledelse, nettopp fordi, som du sier, at alle ansatte trenger å vite hvem som er nærmeste leder. Så dette har vært veldig klart fra vår side på et tidlig tidspunkt. Vi mener det var en feilvurdering.

Så kan sikkert Aasmund Bredeli fortelle litt mer om hva som har skjedd lokalt.

**Aasmund Bredeli:** Den organisasjonsstrukturen vi har i dag, ble startet planlagt våren–høsten 2009. Vi var inne på alle nivå i vår organisasjon med uttalelser omkring dette og advarte på det sterkeste mot å fjerne stedlig ledelse før vi hadde anledning til å samlokalisere dem som skulle ledes. Så vi har vært veldig tydelige på dette på alle nivå i organi-

sasjonen lokalt og også, som presidenten sier, sentralt. Og vi har begrunnet det.

**Per Olaf Lundteigen (Sp):** Dette er jo rimelig opplagt argumentasjon. Hva er så motargumentene fra dem som var ansvarlige ledere, for ikke å ta hensyn til de uttalelsene deres?

**Aasmund Bredeli:** Økonomiske hensyn – dette var for å spare penger.

**Hege Gjessing:** Det er jo laget en organisasjon som om det var en samlokalisering, og så er det ikke det, og det skaper en del av disse problemene.

**Per Olaf Lundteigen (Sp):** Så poenget er altså at dersom man tar vekk stedlig ledelse, så sparer man penger? Er det felles forståelse fra de andre organisasjonene, at den beskrivelsen som Legeforeningen her gir, er dekkende?

(Det nikkes rundt bordet.)

Videre blir det sagt, bl.a. i NRK i dag, av sykepleiere at ansatte ikke tør å si fra om hva de mener. Er det en kultur som har blitt mer omfattende nå enn det det har vært tidligere? Eller er det noe som har vært i sykehusene i Oslo-området også tidligere?

**Eli Gunhild By:** Jeg oppfatter at mange av de henvendelsene vi får, går på at bekymringen over at dette har økt kraftig.

Kanskje Merete kan si noe mer konkret om det?

**Merete Norheim Morken:** Det er vel sånn at når man nå er i denne omstillingen, der mange er redde for stillingene sine – man vet at de skal nedbemanne – så har nok denne redselen for å si fra økt. Det er den tilbakemeldingen jeg får fra mine medlemmer.

**Per Olaf Lundteigen (Sp):** Det bildet som dere nå skaper, både ved den manglende stedlige ledelsen, den manglende kontakt med den som til enhver tid er leder, og den atmosfære som preger organisasjonen, må jo føre til en ineffektiv drift. Hvis dette hadde vært innenfor det private næringsliv, hadde det vært helt uholdbart over tid. Hvorfor har ikke dette kommet enda mye tydeligere fram? Hvorfor er ikke det kommet fram på en slik måte at det for statsråden ville være helt avgjørende å gripe inn og få dette på plass? Hva er det som gjør at vi ikke får en opplagt endring på noe som er helt grunnleggende for å lede enhver bedrift, ikke minst en komplisert og stor bedrift?

**Hege Gjessing:** Det har kommet tydelig fram, så her er det spørsmål om å velge å gjøre det ene eller det andre. Men dette har man visst over tid.

**Per Olaf Lundteigen (Sp):** Ok. Så det som dere sier her, er at de som er ansvarlige ledere, er kjent med det, men har ikke gjort noen ting med det.

Da har jeg et spørsmål til slutt, og det er knyttet til fordeling av ressurser. Det er flere som har sagt her at for-

delinga av ressurser til spesialisthelsetjenesten er til Oslo universitetssykehus' disfavør. Vestre Viken, som et annet foretak, er i en mer krevende økonomisk situasjon enn dere. De har ikke slike politiske kontakter og slik kraft at en kan få fram sin situasjon på tilsvarende måte. Det er ubeløilig. Men hvem er det som får for mye? Dere må også fortelle meg: Hvem er det som da kommer for godt ut av dette systemet?

**Møtelederen:** Tiden er ute, så det får dere 5 sekunder på, hvis noen føler seg kallet. Vær så god, Legeforeningen.

**Hege Gjessing:** Jeg var inne på det i stad, at vi nå må se på situasjonen som en helhet, at kanskje rammene som helhet faktisk er for små.

**Møtelederen:** Takk for det. Vi skal gå videre til Kristelig Folkeparti, og det er Geir Jørgen Bekkevold som skal stille spørsmål i inntil 5 minutter.

Men før det gjør jeg oppmerksom på for referatets del at på spørsmål fra Lundteigen om Legeforeningens redegjørelse knyttet til at fjerning av stedlig ledelse skulle spare penger, ble det nikkert rundt bordet, slik at det også fremkommer av referatet.

Geir Jørgen Bekkevold – vær så god.

**Geir Jørgen Bekkevold (KrF):** Jeg har lyst til å gripe tak i noe som Sykepleierforbundet redegjorde for, og det handler om Klinisk arbeidsflate og et manglende IKT-system, hvor dere på spørsmål fra oss bekreftet at det faktisk forsvinner pasienter i et behandlingsløp. Det jeg lurer på da, er: Har Oslo universitetssykehus systemer for å avdekke slike avvik? For dette er jo en direkte konsekvens av omstillingsprosessen. Finnes det noen systemer som slike avvik blir fanget opp av? Jeg vil gjerne ha svar både fra Legeforeningen, fra Sykepleierforbundet og fra Fagforbundet, hvis dere kan svare på det.

**Merete Norheim Morken:** Jeg er ikke kjent med at Oslo universitetssykehus har systemer som fanger dette opp – nei.

**Aasmund Bredeli:** Jeg kan også svare kort. Det illustrerer jo noe av problemet med manglende sømløst IKT-system. Vi har da heller ikke, jeg skulle til å si, mulighet for å fange dette opp, fordi det er komplekst og sammensatt det hele.

**Bjørn Wølstaad-Knudsen:** Ja, der kan jeg vel bare tilslutte meg det som ble sagt.

**Geir Jørgen Bekkevold (KrF):** Men hvordan kan man da si at det har vært avvik, eller hvordan kan man bekrefte at det har vært mange avvik, hvis man ikke har et sånt system i det hele tatt? Hvordan fanges avvikene opp i det hele tatt? En annen ting: Når dette varsles oppover i systemet til sykehusets ledelse, hva har sykehusets ledelse foretatt seg i forhold til disse avvikene, som jeg da regner med er blitt varslet oppover i systemet?

**Eli Gunhild By:** Det finnes jo helt klare avvikssystemer i forhold til faglig forsvarlighet og den lovgivningen som finnes som omfatter alle sykehus i hele Norge, og de avvikshåndteringssystemene er også på plass i Oslo universitetssykehus. Det er disse avvikene vi snakker om når vi snakker om at avvikene har økt vesentlig den senere tiden.

**Hege Gjessing:** Det som er interessant, er at mange fra ledelsens side vil hevde at det er positivt med økt avvik, fordi man har ønsket å fremme en bedre avvikskultur. Det er interessant, særlig i denne settingen, hvor man er i en særlig spesiell situasjon, og så blir det flere avvik – og hvordan velger man da å tolke de avvikene.

**Aasmund Bredeli:** Jeg tror det er viktig å si at dette er litt to forskjellige ting, for det eksempelet som ble brukt, gjaldt ting som ikke blir fanget opp fordi vi har et system som ikke snakker sammen. Men når det gjelder avvikssystemet som sådant, har vi et etablert system der vi nær sagt rapporterer manuelt inn, og så blir det behandlet oppover i systemet. Jeg tror nok at problemet der er at det er ingen som har økonomiske fullmakter til å lukke de mest alvorlige avvikene som vi ser her. Det er vel hovedproblemet. Det skjer ikke noe i den andre enden veldig ofte, annet enn at vi går gjennom saksbehandlingen. Men vi får ikke noen konkrete tiltak i den andre enden.

**Geir Jørgen Bekkevold (KrF):** Jeg har også et spørsmål til Kuvås. Hvor tidlig i prosessen ble du klar over at dette IKT-systemet ville bli en katastrofe?

**Jomar Kuvås:** Det var omtrent samtidig som kontrakten ble undertegnet, fordi jeg innså at dette ville ikke gå. All erfaring med store komplekse systemer er at det tar tid, og ikke fem måneder, som det var snakk om her. Det var utenlandsk leverandør og programvare som ikke var tilpasset norske eller skandinaviske forhold godt nok – det ble altså et utviklingsprosjekt. Så jeg sendte innlegget mitt i januar – det tar litt tid å få det trykt.

**Geir Jørgen Bekkevold (KrF):** Jeg håper jeg har tid til et spørsmål til, for noe av prosessen har handler jo om at man legger ned avdelinger, man flytter pasienter, og det har fått konsekvenser det også. Noen tilbud, som nevrokirurgi, hjerte- og karkirurgi og plastikkirurgi, det er såne ting som bør finnes på sykehus for at behandlingen av pasienten skal gå optimalt. Men dette er ting som har blitt flyttet på. Hvilke konsekvenser har kommet som følge av flyttingen av bl.a. nevrokirurgisk avdeling?

**Aasmund Bredeli:** Nå er det ikke flyttet så veldig mye akkurat der, men det har vært diskutert, og vi har advart mot det, for det det handler om, er at en del av de funksjonene du nevner, er veldig viktige funksjoner som må være lett tilgjengelige i forbindelse med hardt skadde pasienter, det som kalles multitraume. Der har det vært mange forslag som går på at man har ønsket å flytte bort ting, altså skulle det ad på en måte, og det er veldig kritisk. Men det

jeg tror du tenker på, er dette med hjerneslagbehandlingen, som er endret, og det dreier seg om at før var dette pasienttilbudet, altså denne pasientbehandlingssløyfen, samlet. Alle funksjonene var samlet på et sted, og så valgte man på et visst tidspunkt å flytte en vesentlig funksjon i dette behandlingsforløpet et annet sted. Dermed får du tap i transporttid, informasjonsutveksling, som vi snakket om i stad, osv., og da vil du også kunne få et dårligere behandlingsresultat for pasientene. Og vi har sett dette konkret, det har jo vært nedgang i antall prosedyrer f.eks. Vi taper tid, og det kan man ikke når man har hjerneslag.

**Møtelederen:** Takk for det.

Da er det Venstres Ola Elvestuen, som har inntil 5 minutter – vær så god.

**Ola Elvestuen (V):** Først vil jeg gå videre på Klinisk arbeidsflate. Er Klinisk arbeidsflate en forutsetning for å sikre pasientsikkerheten ved en så stor omlegging som det her er snakk om? Kan Legeforeningen svare på om det er en helt fundamental forutsetning at dette er på plass for å sikre pasientsikkerheten ved så store omlegginger?

**Hege Gjessing:** Det med gode IKT-systemer er helt essensielt for å sikre pasientsikkerheten fordi pasienter blir flyttet, leger flytter rundt, og da er informasjonen helt nødvendig, at den følger pasienten, og at de som skal ha tilgang til den, har tilgang til den. Så vi mener at IKT er helt essensielt for god pasientsikkerhet.

**Ola Elvestuen (V):** Jomar Kuvås sa at han forsto at dette ville gå galt ved kontraktsinngåelse. Når begynte Legeforeningen å bli bekymret for situasjonen?

**Aasmund Bredeli:** Jeg var bekymret i bestillingsfasen. Jeg advarte på det sterkeste mot å bestille dette fordi jeg ikke fikk inntrykk av at det var godt nok kvalitetssikret, og resultatet i ettertid taler for seg. Men også her har vi sagt fra omtrent regelmessig, mens bestillingsprosessen var underveis, og så har vi sagt fra hele tiden etterpå.

Nå har jo store deler av denne saken vært lukket, så det har ikke alltid vært like lett å få tak i hva som har foregått i denne saken i forhold til ledelsen ved OUS og mellom eier Helse Sør-Øst. Men det har vært en veldig kinkig sak, slik jeg har sett det.

**Ola Elvestuen (V):** Når dette er så sentralt, når man visste at det ikke ville gå, eller burde ha visst at det ikke ville gå, ville det da vært riktig å sette resten av prosessen på hold? Er det sånn da at de andre omstillingene, f.eks. dette med å gå bort fra stedlig ledelse, egentlig har forsterket problemene i etterkant?

**Aasmund Bredeli:** Som vi har vært inne på: IKT er en helt grunnleggende premiss for å få dette til å fungere – integrasjon av sykehus og drift osv. Jeg tror nok det ville ha vært klokt å reflektere over å utsette en del av de andre tingene før man hadde dette på plass, ja.

**Ola Elvestuen (V):** Her er det jo tre store problemstillinger. For det første er det ressursproblemer, at det er for lite penger inn i omstillingsprosessen. Så er det problemet med at man ikke får egne investeringer i forhold til alle de byggene som må på plass for å få på plass selve organisasjonen. Men sånn det framstår, blir det da riktig, fordi det helt fundamentale ikke er på plass, at man burde ha stoppet eller i hvert fall ventet med eller lagt om planene for den andre organiseringen? Det gjelder både i forhold til det interne, det med stedlig ledelse og også sammenslåingsprosessen for øvrig.

**Hege Gjessing:** Vi har jo hele tiden vært opptatt av at det skal være et riktig tempo i prosessen, og at det skal gjøres risiko- og konsekvensanalyser, nettopp fordi man da kan justere kursen underveis. Så har vi vært veldig tydelige på, og sagt, at man ikke skal rykke tilbake til start. Man skal gjøre denne prosessen, men man skal gjøre det på en god og trygg måte.

**Ola Elvestuen (V):** Når dere sier at her trenger man en ny og mer realistisk plan, handler det om at målsettingen er den samme, men det er rekkefølgen som må bli annerledes, og så må man selvfølgelig også ha en ressurstilgang som står i forhold til det arbeidet som gjøres på Oslo universitetssykehus.

Men til slutt, og ganske fundamentalt: Har man nå, med den omstillingen, den omstillingsprosessen, som er i gang, et bedre tilbud for byens befolkning nå, eller er det blitt dårligere i løpet av denne prosessen?

**Aasmund Bredeli:** Jeg skal prøve å svare kort på det: På et tidspunkt i prosessen hadde vi jo et lokalsykehusprosjekt – lokalsykehusfunksjoner skulle altså legges til Ullevål. Jeg ser ikke at dette er godt definert i dagens drift. Jeg ser heller ikke at det foreligger noen helt konkrete planer om dette på kort sikt.

**Møtelederen:** Takk for det.

Da har alle partiene stilt de spørsmålene som de hadde planlagt, formoder jeg, men vi har en runde med oppklarende spørsmål. Først er det Marit Nybakk – vær så god.

**Marit Nybakk (A):** Det mest åpenbare spørsmålet nå er egentlig: Hva mener de ansattes organisasjoner at ledelsen skal gjøre nå?

Jeg har et par andre spørsmål, leder, hvis jeg kan ta dem samtidig?

**Møtelederen:** Jeg tror vi tar ett om gangen, hvis det er flere som vil stille spørsmål.

Hvem var det spørsmålet rettet til, Nybakk? Alle?

**Marit Nybakk (A):** Til alle organisasjonene.

**Møtelederen:** Da må vi få et veldig kort svar, for dette er en fellesrunde.

**Hege Gjessing:** Vi har sagt at det er fire ting som er avgjørende for suksess i denne omstillingsprosessen: Det er planer og ressurser, penger, så er det god ledelse, som vi mener også er stedlig ledelse, så er det IKT-systemer, og så er det god involvering av de ansatte og tillitsvalgte. Da er vår opplysning at med ny direktør nå er det siste punktet annerledes og bedre enn det var før.

**Eli Gunhild By:** Vi mener at det er nødvendig å få en forståelse for at omstillingsarbeidet krever ressurser, og at nedbemanning og driftstilpasning tar tid – at man får en grunnleggende forståelse for det – og også at man har en evaluering av det omstillingsarbeidet som har vært så langt, samt at en også utarbeider en troverdig framdriftsplan i forhold til det videre arbeidet.

**Møtelederen:** Har Kuvås noe å si til dette?

**Jomar Kuvås:** Dette er organisasjonenes område. Jeg skal ikke være belærende på det.

**Møtelederen:** Fagforbundet?

**Bjørn Wølstad-Knudsen:** Det er helt nødvendig at man får en finansiering på plass. Det er samtidig også nødvendig å få aksept for at dette sykehuset, Oslo universitetssykehus, ikke er i en normalsituasjon, altså en normal driftssituasjon, men i en svær omstilling. Da er det fortsatt behov for bemanningsplaner, og behovet for å tenke helhetlig, gjennomgående, er helt nødvendig nå.

**Møtelederen:** Da har Ulf Erik Knudsen et spørsmål.

**Ulf Erik Knudsen (FrP):** I spørsmålsutvekslingen med Foss mener jeg Legeforeningen sa at når det gjelder rammene for sykehus i Norge, så må de økes. Mitt spørsmål går til sykepleierne, som fikk spørsmål fra Kolberg om det var totalbudsjettet for sykehussektoren eller fordelingen det var noe i veien med, og de svarte da at det var fordelingen det var noe i veien med. Er det sykepleiernes oppfatning at helse-/sykehusbudsjetter i Norge er tilfredsstillende, og at de ikke bør økes? Det er andre signaler man får fra tillitsvalgte i Sykepleierforbundet rundt omkring i Norge, enn det By gir i så fall.

**Eli Gunhild By:** Da svarer jeg.

Nei, da har du nok misoppfattet. Det jeg prøvde å formidle i den sammenheng, er at nettopp i forhold til sånne typer omstillinger, omstillingsprosesser, må man bevilge ekstra ressurser i forhold til den jobben man skal gjøre – uten å ta stilling til helhetlig budsjett. Men det er jo det som er helt vesentlig i forhold til å klare å ha fart og gjøre sånne store omstillinger.

**Møtelederen:** Foss, vær så god.

**Per-Kristian Foss (H):** Jeg vil gjerne gi Fagforbundet en anledning til å utdype sitt sentrale budskap til regjering-

gen. Gikk det på ressurser, mangelen på penger, eller gikk det på tempo?

**Møtelederen:** Fagforbundet, vær så god.

**Wegard Harsvik:** Vi har vært opptatt av helheten i prosessen, og vi har formidlet behov for ressurser, behov for grundighet i planlegging og de forholdene som må være til stede for at dette skulle bli en vellykket prosess.

**Møtelederen:** Lundteigen, vær så god.

**Per Olaf Lundteigen (Sp):** Så langt jeg er kjent med, er det jo bevilget en god del penger til omstillingsprosessen – samlet i størrelsesorden 3 mrd. kr, inklusiv lån. Hvis vi holder penger utenom – for det blir det aldri nok av: Dere har mange heltidstillitsvalgte, dere har sterke sentralledd, dere sitter i styrene i dette, dere har et ansvar i forhold til de ansattes situasjon. Men dere har også et ansvar som styremedlemmer – for helheten. Dere stemmer i mange tilfeller mot budsjettene. Skal dere fortsette å bare stemme mot budsjettene? Skal dere snart komme med noen alternative måter å bruke de pengene som er der, på, eller være tydelige på endret organisering, så en får mer ut av pengene? Det hadde styrket deres troverdighet i noen av de politiske miljøene.

**Hege Gjessing:** Det er ikke sånn at man alltid stemmer mot – uansett. Så er det i denne prosessen gjort veldig mange konsekvensanalyser. Det er snakket mye om hva som vil skje hvis man bare fortsetter i samme tempo og på samme måte som før. Da mener våre tillitsvalgte at det er riktig å gi et signal om at dette ikke er realistisk, dette vil ikke kunne gjennomføres – hvis det er sånn at de sitter på opplysninger om at det er saken. Da vil det være feil bare å stemme for, når man ser at dette vil ikke kunne gjennomføres. Det er grunnlaget for den vurderingen som er gjort i det styremøtet du sikter til.

Vil du utdype litt? (Henvender seg til Bredeli)

**Aasmund Bredeli:** Gjerne det.

Dette dreier seg på en måte om at man må si fra om at de ressursene som er bevilget, ikke står i forhold til de oppgavene vi er pålagt. Og vi ser jo at vi er i ferd med å skyve massive økonomiske problemer foran oss. Vi bruker egentlig penger vi ikke har. Det gjør alle i dette sykehuset – dette systemet – etter hvert, inkludert Helse Sør-Øst. Vi har så langt opparbeidet et underskudd på 2,4 mrd. kr, kortsiktig, i fusjonens levetid – så langt. Det er et veldig tydelig uttrykk for at vi er underfinansiert, både med hensyn til omstilling, drift og investeringer. Og det er det vi forsøker å si fra om, slik at de som bevilger pengene, faktisk kan ta kontroll på dette.

**Hege Gjessing:** Jon Helle ønsker også å kommentere det spørsmålet.

**Møtelederen:** Jeg tror du må svare veldig kort på det, for dette er fellestiden, så da må det være veldig kort.

**Jon Helle:** Det sentrale er at alle ansatte opplever reell involvering – fra laveste nivå og oppover – og den opplevelsen er ikke god.

**Møtelederen:** Sykepleierforbundet og By vil si noe.

**Eli Gunhild By:** Jeg har bare behov for å presisere at her sitter vi som organisasjoner, og i styrene er det ansattrepresentanter som stemmer – bare sånn at vi har rolleforståelsen ganske klar her.

**Bjørn Wølstad-Knudsen:** Jeg har behov for å si noe til det: Dette er de ansattes mulighet til å varsle styre og eier om hvordan de ser på situasjonen. Gjennom stemmeforklaringer, gitt når vi stemmer imot, avgis det også en stemmeforklaring på hvorfor vi velger å gjøre det, slik at vi har ingen drømmesituasjon ved å stemme mot et budsjett. Samtidig har vi altså en så tilspisset situasjon, så vanskelig situasjon, at man velger å stemme imot – da med en stemmeforklaring, slik at vi er helt presise på hva vi mener er problemstillingen. Så er det ikke sånn at vi ikke kommer med mange gode innspill, også til budsjettprosessen.

**Geir Jørgen Bekkevoold (KrF):** Jeg vil tilbake til spørsmålet som går på slagpasienter. Har dere avdekket at slagpasienter faktisk ikke har fått den behandlingen de skulle ha, som en konsekvens av omstillingsprosessen? Hvor mange tilfeller snakker vi om, og hvor alvorlige tilfeller snakker vi om her?

**Aasmund Bredeli:** Fagmiljøene melder stadig tilbake bekymringer om at slagpasienter ikke får – hva skal man si – et like godt tilbud som man hadde før man omorganiserte den behandlingssløyfen. De har rapportert om dels alvorlige hendelser. Disse hendelsene meldes naturligvis inn i avvikssystemet, og de som skal gå videre, f.eks. til tilsynsmyndigheter, gjør også det. Men problemet er at i sykehuset har vi ikke etablert et rapporteringssystem som klarer å identifisere hvilke avvik som er knyttet opp mot disse endringene f.eks. i denne spesifikke pasientsløyfen. Det har vi sagt noe om, og vi har etterlyst et system som kan fange opp dette, for da er vi inne på parametre som vi kan se når det gjelder konsekvenser av omorganiseringen for pasientene.

**Møtelederen:** Kolberg.

**Martin Kolberg (A):** Jeg tror jeg velger å spørre By om dette, for når vi sitter og hører på dette, så hører vi jo en veldig kløft – vil jeg si – mellom det dere presenterer, og det jeg jo har oppfattet at ledelsen mener. For deres disposisjoner er vel antakeligvis også meget ærlig ment, går jeg ut fra. Hva er grunnen til denne meningskløften?

**Møtelederen:** By.

**Eli Gunhild By:** Hva er grunnen til meningskløften? Når man som fagforening skal ivareta sine medlemmer og vi får en rekke bekymringsmeldinger fra våre med-

lemmer – vi er et forbund som til vanlig har medlemmer som er meget lojale overfor sine arbeidstakere og overfor pasientene – må vi velge å varsle om det.

Så har vi jo ulike måter vi gjør det på. Og så tenker jeg at ... Jeg tror ikke jeg får til å svare så veldig mye mer konkret. Har du noe å tilføye, Merete?

**Merete Norheim Morken:** Nei, jeg synes det er vanskelig å svare på. Vi har jo ulike roller, ledelsen og tillitsvalgte, i dette, og vi melder fra om det vi får tilbakemelding om, som Eli Gunhild sier, fra våre tillitsvalgte og medlemmer. Det er det vi formidler.

**Møtelederen:** Tar du oppfølging direkte på dette, Kolberg?

**Martin Kolberg (A):** Ja, fordi jeg fikk omtrent det svaret – jeg holdt på å si – jeg tenkte at jeg ville få. Men vårt ansvar er jo en helhet, og dere er involvert i helheten, sånn som spørsmålene til Lundteigen indikerte. Det er derfor jeg spør: Hvorfor mener dere så forskjellige ting?

**Eli Gunhild By:** Jeg kan prøve å svare.

Det blir jo bl.a. gjort noen undersøkelser innimellom. Den ene undersøkelsen som jeg viste til, var en undersøkelse som NRK Dagsrevyen gjorde gjennom en spørreundersøkelse. Den viser jo helt klare og tydelige tegn på hva det er som er galt her. Så er det ofte det som kommer fram, at det er det vi også svarer ut – ikke sant? Så våre betraktninger rundt disse tingene handler også om bekymringer som kommer i form av helt klare tall og undersøkelser. Derfor blir kanskje kløfta som den er der.

**Martin Kolberg (A):** Men da ...

**Møtelederen:** Jeg tror vi må gå videre. Nå har jeg tegnet meg selv til spørsmål, og det går til Kuvås.

I din innledning sa du at du forsto allerede på undertegningstidspunktet at det ikke ville gå an å gjennomføre denne nye IKT-løsningen fra 1. juni 2010. Når du forsto det, hva er årsaken til at bestiller ikke forsto det?

**Jomar Kuvås:** Det er jo vanskelig å si. Men jeg tror de blir litt sånn fanget av at de fikk en leverandør som lovet gull og grønne skoger, og så har man ikke tenkt på hvor komplisert dette er. Det er uforståelig for meg at de har gått inn i en sånn risikabel ting. Når det i tillegg var et trygt system som man kunne innføre, og om Helse Sør-Øst ønsket en klinisk arbeidsflate som var veldig framtidrettet, ja så fikk man ta et anbud, men med et forbehold om at når det gjelder Oslo universitetssykehus, må vi gå videre med CSAM og holde oss til det, inntil vi får sett det. Det ville for så vidt vært en naturlig tanke fra meg, hvis jeg hadde vært ansvarlig og leder for det der.

**Møtelederen:** Takk for det.

Da rekker vi et spørsmål fra Nybakk – vær så god.

**Marit Nybakk (A):** Takk, leder.

Dere har brukt som et veldig tungt argument for å få en større andel av kaken at dere har veldig mange landsdekken funksjoner, og at 67 pst. av pasientene er fra andre fylker enn Oslo. Da blir spørsmålet: Var det ikke det også før? Og hva har endret seg etter fusjonen når det gjelder kostnadskrevende pasienter fra andre fylker?

Tilsvarende spørsmål er: Når dere sier at 40 årsverk blir brukt til å frakte bilder mellom de enkelte sykehusene i taxi – det var omtrent det som ble sagt – hvordan gjorde man dette før? Jeg antar at det var et veldig stort samarbeid mellom Aker, Ullevål og Rikshospitalet tidligere også.

**Møtelederen:** Jeg antar at det var til Legeforeningen.

**Marit Nybakk (A):** Jeg stiller det gjerne til Legeforeningen.

**Møtelederen:** Vær så god, Gjessing.

**Hege Gjessing:** Da har jeg lyst til å begynne med å si at det vi har sagt når det gjelder penger, er at dette er en sammenslåing som har vært uten sidestykke i Norge tidligere. Det har vært gjort lignende ting i Stockholm og København, hvor det har vist seg at sammenslåingene som sådan har kostet opp mot 15 mrd. kr. Dette er også tall man har sett igjen i beregninger her i Norge. Det er det vi legger til grunn når vi snakker om økonomi i denne prosessen.

Så kan Aasmund svare på det andre spørsmålet.

**Aasmund Bredeli:** Grunnen til at den relative andelen lands- og regionsfunksjoner økte, var jo nettopp at man overførte lokalsykehusfunksjoner til Ahus, altså 160 000 pasienter der.

Så kan du si at grunnen til at dette er blitt ekstra tungvint nå når det gjelder håndtering av, typisk, røntgenbilder og den type ting gjennom sykehusene, er at alt foregår i hele byen på alle steder, mens før var virksomheten mer avgrenset til de fusjonerte sykehusene. Det er klart at man samarbeidet da også, men ikke i et sånt sammenhengende pasientforløp. Så da fulgte jo ofte – hva skal man si – informasjonen med i en konvolutt på magen eller den type ting, men man brukte også selvfølgelig drosje i kritiske tilfeller for å utveksle den type bilder.

Men poenget er at det er ikke noe bedre enn det det var.

**Møtelederen:** Takk for det.

Da er tiden godt og vel ute, og dere kan ta resten i oppsummeringen.

Vi har da satt av noe tid, ca. 2 minutter til hver, til en kort oppsummering, dersom dere ønsker det. Og siden vi begynte med Legeforeningen i stad, foreslår jeg at vi nå begynner med Fagforbundet. Hvis Fagforbundet ønsker 2 minutter til avslutning, får de det nå.

Er det Larsen som skal ha ordet? Vær så god.

**Odd-Haldgeir Larsen:** Ja takk.

De ansatte og ikke minst organisasjonene er ekstremt

opptatt av å få dette til. Vi mener at prosessen ikke skal stoppe, men antageligvis gis mer tid.

Det finnes nok neppe noen omstillingsprosesser i Norge der noen, verken i denne sal eller andre saler, har vært med på den type lignende omstillinger – vi ser det andre steder i Norden – så det er veldig komplisert. Dette med ressurstilgang, både på penger og tid, blir nok viktig for å få dette på plass.

Bjørn, vil du ha noe helt på slutten?

**Bjørn Wølsted-Knudsen:** Ja, det måtte være at man får aksept for at dette er en kompleks organisasjon, og at det er en kompleks omstilling. Den respekten for det synes jeg har manglet ganske gjennomgående. Det er nok viktig. Og så er jo finansieringen helt essensiell. Vi har snakket mye om det. Men det er altså – jeg vil gjenta det – en ekstraordinær situasjon som krever ekstraordinære midler.

Hva normalsituasjonen vil kreve, er vanskelig å si, for det har vi altså ikke hatt siden dette skjedde.

**Møtelederen:** Takk for det. – Kuvås.

**Jomar Kuvås:** I den boken jeg har skrevet, kommer det frem en rekke kritikkverdige forhold angående hovedstadsprosessene og Oslo universitetssykehus' funksjon. Det er dessverre et stort problem at jeg har fått rett i mange ting. Men jeg kan ikke komme på én alvorlig sak som Helse Sør-Øst har påtatt seg ansvaret for. De peker enten oppover eller nedover. Når Helse Sør-Øst må uttale seg, sier direktøren: Vi har ikke vært tydelige nok, eller: Vi er en lærende organisasjon, eller: Vi har et omdømmeproblem.

Alle kan gjøre feil, men det blir alvorlig når det gjenstas og ledelsen ikke gjør nok for å rette på forholdene. Da mister folk tiltroen til lederskapet, og da er det kanskje på tide å se på lederskapet. Takk.

**Møtelederen:** By, vær så god.

**Eli Gunhild By:** Som jeg avsluttet med i sted, er det sånn at våre medlemmer på Oslo universitetssykehus sier at de er slitne, at de opplever at de ikke strekker til i forhold til hva de skulle ønske, og vi ser at avviksmeldingene og arbeidspresset øker.

For oss i Norsk Sykepleierforbund er det viktig at vi fortsatt har fokus på pasientsikkerheten, at det er det som står i front i forhold til alle de tingene vi foretar oss. Og så skal vi være med og påvirke når det gjelder den rollen, det er viktig for oss. Vi ønsker ikke at prosessen skal stoppe opp, men det er viktig at man tar seg en pause, at man tar seg tid, og at man klarer å omorganisere seg og evaluere hvor langt man har kommet.

IKT må på plass. Det må på plass helt konkrete verktøy som gjør at man klarer å ivareta pasientsikkerheten. Og så tenker vi nok at det med stedlig ledelse handler om pasientsikkerhet, men det handler også om at sykepleierne og øvrige ansatte får en helt klar oppfatning av at de har noen som leder seg, sånn at vi har mulighet til å gå den samme veien. Takk.



**Møtelederen:** Takk for det. Gjessing, Legeforeningen – vær så god.

**Hege Gjessing:** Da vil jeg gjerne gjenta at denne omstillingen er den største omstillingen som har vært gjort ved sykehus i Norge noen gang. Likevel har det vært drevet omstillinger i Oslo også før dette ble igangsatt, som det har vært i andre deler av landet. Sykehusene har vært drevet stramt økonomisk det siste tiåret. Det har vært politikk, og det har vært gjort en kraftig effektivisering over det hele. Det gir stram økonomi og vanskelig og begrenset handlingsmulighet for dem som leder sykehusene. Så vi mener det er viktig at man lærer av andre omstillinger som er gjort, både i landet og i andre land.

Så hadde jeg lyst til å kommentere noe. Når det gjelder dette med meningskløft, som det ble spurt om i stad, er det viktig å se på hva er det man faktisk måler i sånne situasjoner. I tillegg må vi huske på at det har faktisk vært en direktørvang, som kanskje sier noe om at meningskløften ikke har vært så stor likevel.

**Møtelederen:** Takk for det. Det skal vi ta med i den neste sekvensen. Jeg har lyst til å takke dere alle for deres bidrag i denne åpne kontrollhøringen.

Vi tar en liten pause frem til klokken er 10.35 og setter høringen igjen da. Takk skal dere ha.

Høringen ble avbrutt kl. 10.26.

-----

Høringen ble gjenopptatt kl. 10.37.

*Høring med styreleder og administrerende direktør, tidligere styreleder og tidligere administrerende direktør ved Oslo universitetssykehus*

**Møtelederen:** Da er vi klare til å starte opp igjen denne kontrollhøringen knyttet til deler av sammenslåingsprosessen ved Oslo universitetssykehus. I denne bolken har vi invitert styreleder og administrerende direktør samt tidligere styreleder og administrerende direktør, ved Oslo universitetssykehus.

Jeg vil få lov til å ønske velkommen til Stener Kvinnsland, som er styreleder ved Oslo universitetssykehus, administrerende direktør Bjørn Erikstein, tidligere styreleder Steinar Marthinsen og tidligere administrerende direktør Siri Hatlen. Velkommen også til bisitterne til Marthinsen og Hatlen, som er dr.med. Cathrine M. Lofthus, direktør for fag og pasientsikkerhet Eva Bjørstad, og direksjonssekretær Jørgen Jansen.

Det er lagt opp slik at hver av dere har anledning til å gi en femminutters innledning, og det er Stener Kvinnsland, formoder jeg, som skal starte – vær så god!

**Stener Kvinnsland:** Mange takk. Jeg har med interesse hørt på første del av høringen og tenker på det i forhold til mitt virkelighetsbilde, og skal forsøke å nyansere det.

To ord om min bakgrunn: Jeg har hele min karriere fra helsetjenesten og har også hatt Oslo som arbeidsplass i ti år, ved Radiumhospitalet. De siste fem årene har jeg vært administrerende direktør ved Haukeland universitetssykehus, Helse Bergen. Jeg har vært styreleder ved Oslo universitetssykehus siden oktober 2011.

Min motivasjon for å takke ja til dette vervet er interessen for spesialisthelsetjenesten i sin alminnelighet og Oslo universitetssykehus i særdeleshet. Jeg vil gjerne understreke innledningsvis at Oslo universitetssykehus er motoren i norsk medisin, enten man snakker om pasientbehandling eller forskning knyttet til biomedisin. Det er derfor helt avgjørende at Oslo universitetssykehus fungerer, for at spesialisthelsetjenesten i landet skal underholdes. Derfor er det viktig at dette lykkes – og på en god måte.

Som fagperson har jeg kolossalt stor respekt for det arbeidet som pågår. Deler av det er i verdensklasse, og hver dag gjøres det et fabelaktig flott arbeid i denne institusjonen. Og det er veldig viktig at man understreker at oppi alt dette vanskelige er det altså 3 300 pasientkontakter hver dag, og der de aller, aller fleste får en tilfredsstillende behandling.

Så til prosessen: Jeg har hatt anledning – i mange år i forkant av oktober 2011 – til å være en ekstern observatør til det som har foregått, og har gjort meg tanker om både rekkefølger, prioriteringer og beslutninger som er tatt. Og jeg hører til min glede at man – i utgangspunktet – ikke fra noe hold eller noen kant stiller spørsmål ved det fundamentale som begrunnelse for det som har skjedd, altså fusjonen, og også begrunnelsen for omfordeling av pasientunderlaget i befolkningen i Oslo. Det er et veldig viktig utgangspunkt.

Det som da er problemstillingen, er selvfølgelig om denne prosessen har vært godt nok forberedt, godt nok finansiert, godt nok opplyst om og godt nok ledet. Jeg tenker at i alle de hovedsakene vil det alltid være et spørsmål om å være i prosess og om å være etterpåklok i etterkant. Men det skal jo også gjennomføres. Og det er klart at et sted går det en grense for hva man burde latt være eller utsatt. Jeg vil også si at det er en veldig stor prosess, det har jo mange understreket, den er veldig kompleks. Men i sin natur er den – kvalitativt sett – ikke annerledes enn det som ellers foregår i helsetjenestene.

Jeg vil også si det slik at i og med at man nå fikk Samhandlingsreformen på toppen, er det veldig mange ting som skal inn i samme omstilling. Det er selvfølgelig et problem.

Hvorfor er det da slik at en i øyeblikket opplever situasjonen som så vanskelig? Jeg tenker – fordi jeg har min bakgrunn i sykehus – at den grunnleggende konflikten her ligger i det å ha evne til hver dag å gjennomføre arbeidet med samme tyngde, samtidig som man skal få til relativt store endringer. Det er veldig krevende, og det er selvfølgelig en stor belastning for alle som arbeider i systemet. På den annen side er det ingen vei forbi. Pasientbehandlingen må jo pågå, selv om man går inn i en stor omstillingsprosess. Så her ligger det en potensiell utfordring – jeg skal ikke si konflikt, men vanskelighet – mellom det løpende arbeidet og endringene som pågår.

Hvis jeg skal forsøke å sette ord på det som jeg tror har bidratt til at vanskeligheten er som den er, så har det noen overskrifter, og de vil alltid være de samme: evnen til forberedthet – var det godt nok forberedt, var planarbeidet gjennomarbeidet?

**Møtelederen:** Tiden er ute, så jeg tror ikke du rekker alle fem. Du kan komme tilbake til det under spørsmålsrunden eller avslutningen.

**Stener Kvinnsland:** Ja. To kommentarer: Det andre er ledelsesperspektivet, og det tredje er kontrollen med driftsøkonomien i hverdagen. Det siste elementet har kanskje kommet litt i bakgrunnen.

**Møtelederen:** Takk for det. Da er det Bjørn Erikstein. Vær så god.

**Bjørn Erikstein:** Dette er et flott sykehus, og jeg er faktisk stolt av å være leder for de ansatte ved dette sykehuset. Jeg møter stolte ansatte hver dag.

Jeg har valgt å ha hovedfokus i dette innlegget mitt på to–tre forskjellige temaer. Punkt nummer én: Daglig drift er for meg det viktige nå. Fusjonen ble gjennomført per 1. januar 2010 og er overstått. Vi er ett selskap, vi har én ledelse, vi er én organisasjon.

Det vi jobber med, er å utvikle denne organisasjonen på en god måte, slik at vi kan levere helsetjenester av høy kvalitet og med god kapasitet, og det skal vi fortsette med til evig tid. Jeg forventer at den medisinsk-tekniske utviklingen gjør at vi hele tiden må tilpasse vår organisasjon til den daglige virkeligheten. Det kan være vondt og vanskelig, og det kan også gjøre at vi må stoppe opp litt og tenke oss om, om vi har gjort de riktige – på en måte – grepene. Men den muligheten har vi. Vi er ett selskap og kan faktisk gjøre det.

Vi skal utvikle dette sykehuset. Vi skal drive sykehus i Oslo så lenge jeg lever, og så lenge – jeg hadde nær sagt – det bor folk i denne byen. Og så har vi selvfølgelig en utfordring i forhold til å ha nok penger til å gjøre de aller viktigste tingene. Men det jeg har kommunisert tydelig, og som jeg også får styret med på, er at vi skal drive på tre hovedlokalisasjoner de nærmeste 10–15 årene, og kanskje lenger enn det, og det er på Ullevål, på Rikshospitalet og på Radiumhospitalet. I tillegg har vi virksomhet ved 40 andre adresser i Oslo og i nærområdet og på Geilo – for å si det på den måten. Vi har mange aktiviteter.

Vi har hatt et arealplanprosjekt for å klare å utvikle disse lokalisasjonene og disse bygningene på en god måte. Men det vi ikke har, er en faglig strategi og en overordnet virksomhetsstrategi. Den prosessen er nå i gang, og vi skal utvikle en god strategi for sykehuset som skal ligge til grunn for hvordan vi skal utvikle arealene og infrastrukturen på en god måte i årene fremover.

Vi har store utfordringer. Vi har hatt besøk av Arbeidstilsynet, vi har fått pålegg, vi har hatt Branntilsynet, vi har hatt DSB. Vi må planlegge dette på en god måte for å kunne drive faglig forsvarlig og sikkert, for å kunne integrere på en god måte de avdelingene vi har, og for å

kunne utvikle bygningsmassen, slik at vi kan drive et godt sykehus til beste for alle som trenger oss i de neste årene.

Jeg kjenner ikke til prosjektet Klinisk arbeidsflate og kan ikke kommentere det. Det prosjektet var avsluttet lenge før jeg ble administrerende direktør 7. desember i fjor.

Vi har prosesser i godt samarbeid med vår eier, Helse Sør-Øst, for å få på plass et felles klinisk informasjonsgrunnlag før sommeren. Jeg har godt håp om at vi da skal kunne ha tversgående løsninger, slik at vi kan lese pasientenes journaler uavhengig av på hvilken lokalisasjon vi er.

Så langt jeg er kjent med, jeg må ta et lite forbehold, sender vi nå røntgenbilder elektronisk. Det er trøblete å sende dem, og det er trøblete å motta dem. Jeg kjenner ikke til at det er ansatt 40 personer som reiser rundt med røntgenbilder. Vi sender dem elektronisk, det er de opplysningene jeg har fått. Men det er trøblete, det skal jeg ikke stikke under stol.

Vi har stort fokus på pasientsikkerhet. Det har man hatt ved Oslo universitetssykehus fra første dag. Vi har faktisk fått på plass et elektronisk system som virker på tvers per 1. januar 2010 for å håndtere pasientsikkerheten og meldingene.

Arbeidet er organisert rett under administrerende direktør. Vi ser at fordelingen av saker er uendret mellom saks typer, men meldekulturen er blitt bedre – det meldes flere ting. Det ønsker vi for hele tiden å kunne bli bedre. Hver enkelt sak granskes, det er kvalitetsutvalg ved alle klinikker, vi har kurs for nyansatte, og vi jobber med oppgradering rundt dette. Så er det selvfølgelig mange hendelser i en så stor organisasjon – som styreleder sa, behandles det over 3 000 pasienter hver dag, 1,2 millioner i løpet av et år. Det er dessverre slik at det vil kunne oppstå situasjoner som vi ikke ønsker skal oppstå, men for min egen del vil jeg hele tiden ha fokus på at vi organiserer tjenesten så riktig som mulig og tar inn over oss den kunnskapen vi får når saker meldes og blir håndtert og vurdert.

**Møtelederen:** Takk for det. Da er det tidligere styreleder Steinar Marthinsens tur. Vær så god – du har inntil 5 minutter.

**Steinar Marthinsen:** Takk.

Jeg var styreleder for Oslo universitetssykehus i perioden fra 1. januar 2009 til 31. mars 2011. Før det var jeg styreleder ved Rikshospitalet og Aker universitetssykehus.

Oppdraget styret fikk, var stort og krevende, men styret så på dette som et viktig samfunnsoppdrag og ikke minst en viktig og riktig beslutning. Vi var godt kjent med vedtakene og føringene fra vår eier. Styret og ledelsen ved Oslo universitetssykehus tok oppdraget og ansvaret for å gjøre nødvendig planlegging, risikovurderinger og konsekvensvurdere og gjennomføre omstillingen. Styret var opptatt av å sikre at god pasientbehandling ble ivaretatt gjennom alle endringene som skulle gjøres. Allerede før sammenslåingen 1. januar 2010 ble alle nytilsatte ledere kurset i god virksomhetsstyring, som innebærer å sikre pasientene god pasientbehandling, gjøre risikovurderinger, etab-

lere god avvikshåndtering, etablere varslingssystemer og nødvendig resultatoppfølging.

Styret har helt siden oppstarten fått tertialvise presentasjoner av den helhetlige virksomhetsstyringen inklusiv pasientsikkerhet og kvalitet i pasienttilbudet. Overføringen fra Oslo universitetssykehus til Akershus universitetssykehus ble besluttet i begge styrene med virkningsdato 1. januar 2011 etter omfattende arbeid, løpende risikovurderinger og prosess. Det var en felles oppfatning i styrene at pasientsikkerheten var ivaretatt på en god måte gjennom grundig planlegging.

I tillegg sto vi overfor spørsmålet om hvordan vi skulle løse samordningen av de ulike IKT-systemene som var etablert i de tidligere helseforetakene. Ulike kliniske systemer med gjennomgående klinikker i det nye Oslo universitetssykehus gjorde situasjonen utfordrende. Arbeidsdagen til den enkelte ansatt ble noe mer krevende. Jeg vil likevel peke på at pasientene har hatt god nytte av at fagområder ble samlet under én ledelse, f.eks. har vi sett gode resultater på pasientene innen områder som økt kapasitet på cancer prostata, strålebehandling og hjerteflimmer.

For raskest mulig å få på plass en løsning som kunne få de ulike systemene for pasientinformasjon til å fungere bedre på tvers, ble det besluttet at man skulle anskaffe det som er kalt Klinisk arbeidsflate. Dette ble gjennomført gjennom en regional rammeavtale, det ble avholdt konkurranse mellom ulike tilbydere i henhold til lov om offentlige anskaffelser. Tilbudet fra leverandøren Logica ble valgt som løsning. Helse Sør-Øst RHF inngikk rammeavtale med Logica, Oslo universitetssykehus gjorde avrop på rammeavtalen 17. desember 2009.

For å sikre fokus på risiko i gjennomføringen av prosjektet ble Gartner Group engasjert for ekstern kvalitets-sikring. Senere ble også Det Norske Veritas og Ernst & Young engasjert for å sikre nødvendig oppfølging av prosjektet teknisk og funksjonelt.

Det ble etter hvert tydelig at prosjektet hadde leveranseproblemer, og dato for leveranse ble flere ganger forskjøvet. Ledelse og styre fulgte prosjektet tett gjennom løpende rapportering. Oslo universitetssykehus mottok første gang en reell leveranse i februar 2011, og umiddelbart etter mottaket av løsningen ble det gjennomført tester både ved hjelp av eksterne uavhengige ressurser og med interne ressurser. Testene konkluderte med at løsningen hadde vesentlige mangler og ikke kunne anses medisinsk forsvarlig. Dette ble også støttet av en egen referansegruppe med bred klinisk deltakelse og deltakelse fra tillitsvalgte. Styret ved Oslo universitetssykehus valgte derfor å avslutte prosjektet 28. april 2011. Oslo universitetssykehus hadde på grunn av de stadige forsinkelsene i prosjektet Klinisk arbeidsflate og for å ivareta pasientsikkerheten etablert midlertidige løsninger allerede i september 2010. Av det investerte aktiverte beløpet for Klinisk arbeidsflate på 138,7 mill. kr er restverdien beregnet til å være 38,9 mill. kr, og foreslått nedskrivningsbeløp, som er gjort i 2011, er 99,8 mill. kr.

Avslutningsvis: Styret ved Oslo universitetssykehus var tydelig på at gjennomføringen av endringene ved Oslo universitetssykehus måtte gå over mange år der man bygget stein på stein samtidig som sterkt fokus på daglig drift var

førsteprioritet for å sikre økonomisk bærekraft og realistisk framdrift av endringene. Takk.

**Møtelederen:** Da går vi videre til tidligere administrerende direktør Siri Hatlen – vær så god.

**Siri Hatlen:** Takk for det. For å belyse de problemstillinger komiteen har skissert, må de etter min oppfatning også ses i en større sammenheng. Oslo universitetssykehus er en fusjon av tre og til dels fire tidligere helseforetak. De organisatoriske prosessene er vesentlig mer omfattende enn i en ordinær fusjon. Omstillingen har store avhengigheter til andre prosesser i Helse Sør-Øst. Overføring av aktivitet og pasientansvar til nye Ahus og Vestre Viken satte stramme tidsfrister for integrasjonsprosessen første to år. IKT-miljøene ble også omfattet av flere samtidige prosesser høsten 2009.

Det fusjonerte foretaket hadde to til fire ulike IKT-systemer på alle viktige områder. Felles pasientadministrativt system kreves for å drifte som ett integrert foretak. Felles klinisk informasjon er nødvendig for å samle og flytte funksjoner og pasienter internt i tråd med intensjonen ved sammenslåingen og oppdraget fra Helse Sør-Øst.

Da jeg tiltrådte som administrerende direktør i juli 2009, var det etablert et IKT-prosjekt ledet av Helse Sør-Øst og med deltakere fra Oslo universitetssykehus, Sykehuspartner med flere.

Helse Sør-Øst gjennomførte en anskaffelsesprosess høsten 2009, og forhandlet fram rammeavtale med Logica og Orion Health om Klinisk arbeidsflate. Oslo universitetssykehus gjorde avrop på rammeavtalen 17. desember 2010, og i notat til styret slås det fast at både sykehuset og Sykehuspartner mener gjennomføringsrisikoen er høy på grunn av stram tidsplan. Men man anbefaler likevel å inngå kontrakten.

KA-prosjektet hadde høy prioritet, men flere krevende prosesser knyttet til fusjon, fisjon og kritiske IKT-anskaffelser falt sammen i tid. Nøkkelkompetanse var overført til Sykehuspartner, som samtidig håndterte en omfattende intern omstilling. Prosjektet hadde derfor utfordringer knyttet til organisering, kompetanse og framdrift, hos både kunde og leverandør. Jeg vil understreke at fagfolk og nøkkelpersoner både i sykehuset og hos Sykehuspartner gjorde sitt aller beste, og det gjorde også støttepersoner fra Helse Sør-Øst.

Høsten 2009 ble Gartner Group engasjert som ekstern kvalitetssikrer for Klinisk arbeidsflate-prosjektet. De rapporterte løpende til meg og fast i hvert styremøte. Da de første bekymringsmeldingene kom tidlig i 2010, ble det avholdt flere møter der jeg deltok med toppledelsen hos leverandøren. Begge parter skiftet prosjektleder, og vi styrket teamet med ekstern kompetanse. For å ivareta pasientsikkerheten ble det etablert midlertidige løsninger og manuelle rutiner. Det ble gjort en uavhengig vurdering som bekreftet godheten til underleverandørens produkt. Styret drøftet flere ganger alternativer til å videreføre avtalen med Logica. Det var vanskelig å finne gode løsninger slik totaliteten var. Den 28. april 2011 fattet styret i forståelse med Helse Sør-Øst vedtak om avbestilling.

Da viser jeg også til styreleders redegjørelse for øvrig informasjon.

Det er min vurdering i ettertid at både leverandør og produkt var nytt, for både Oslo universitetssykehus og Helse Sør-Øst, og det var en krevende periode med mange parallelle prosesser. Nøkkelpersoner hadde til dels ulik oppfatning av hva som var omfattet av leveransen. Man var bundet av rammeavtale og offentlig innkjøpsregelverk, men i ettertid – og man kan alltid være etterpåklok – gikk det for lang tid før man sa stopp.

Så kort om pasientsikkerhet: Integrasjons- og omstillingsarbeidet i Oslo universitetssykehus er omfattende og komplekst, og det vil pågå i lang tid. Det gir alltid økt risiko for feil og avvik med store omstillinger. Derfor satte jeg som administrerende direktør risiko og pasientsikkerhet som topp prioritet fra dag én, og jeg brukte selv mye tid på å forstå, diskutere og følge opp.

Felles og brukervennlig avvikssystem var på plass fra 1. januar 2010. Tertialvise risikoanalyser ble gjennomgått i stab, i ledermøter og i styret. Ledelsens gjennomgang med klinikkene hvert tertial satte fokus på avvik, rapporteringskultur, kvalitet og HMS. Jeg etablerte administrerende direktørs kvalitetsutvalg med bred representasjon fra ulike nivåer i sykehuset. Styret ble orientert om status hvert tertial og fikk også presentasjon av enkeltsaker for at dette skulle gi læring og forståelse.

**Møtelederen:** Takk for det. Da er tiden ute, og vi går løs på spørsmålene. Jeg minner om at vi må styre mikrofonene veldig nøye så ikke lydsystemet bryter sammen, og det er utspørre som styrer sin egen tid.

Det er jeg som skal spørre ut først, og møteledelsen går til Lundteigen – vær så god.

Per Olaf Lundteigen overtok her som møteleder.

**Møtelederen:** Tusen takk. Da gir vi ordet til saksordføreren – vær så god.

**Anders Anundsen (FrP):** Takk for det. Jeg vil gjerne begynne med å stille spørsmål til Hatlen. Mener du at du hadde den nødvendige fleksibilitet til å utøve din jobb som administrerende direktør i forbindelse med utviklingen av Klinisk arbeidsflate? Var det du som var sjefen over dette prosjektet og hadde ansvaret for at det ikke gikk bra, eller var det noen føringer som gjorde at dette ble en vanskelig jobb for deg?

**Siri Hatlen:** Formelt overtok jeg og Oslo universitetssykehus gjennom styrevedtak ansvaret for prosjektet da vi gjorde avrop på rammeavtalen 17. desember. Fra det tidspunkt var det mitt ansvar å gjennomføre prosjektet.

**Anders Anundsen (FrP):** Men hadde dere noe annet alternativ enn å gjøre avrop på denne avtalen? Kunne dere gjort dette selv uavhengig av Helse Sør-Øst?

**Siri Hatlen:** På det tidspunkt så vi ikke noe alternativ. Det var jobbet fram en rammeavtale, og det er jo riktig at fagfolk fra sykehuset hadde vært med i prosjektet. Når en regional rammeavtale er inngått og man er underlagt offentlig innkjøpsregelverk, er det ikke alternativer. Det visste vi da vi gjorde avropet.

Som jeg redegjorde for, hadde vi ved gjentatte anledninger oppe i styret en revurdering av dette og søkte etter alternative løsninger fordi vi så at dette var enda vanskeligere enn man hadde forutsatt. Det ble diskutert ulike måter å ta dette videre på, og det tenker jeg er en del av en god prosess – at man ...

**Anders Anundsen (FrP):** Men fremmet du konkrete forslag til at man skulle droppe den avtalen og gjøre noe konkret annet, overfor styret?

**Siri Hatlen:** Jeg la frem for styret, med støtte både fra egen organisasjon, fra eksterne kvalitetssikrere og fra andre eksterne spesialistressurser, en vurdering av hvilke handlingsalternativer man hadde på det tidspunktet man var i prosessen, og hva var konsekvenser, fordeler og muligheter ...

**Anders Anundsen (FrP):** Men anbefalte du styret å gjøre noe annet enn det styret gjorde?

**Siri Hatlen:** I en del av disse diskusjonene lå det ikke en klar anbefaling fra administrasjonen til styret. Saken var så krevende at vi ønsket en diskusjon i styret fordi det var plusser og minuser ved alle handlingsalternativene.

**Anders Anundsen (FrP):** Dette er jo en relativt komplisert sak, og det er mange forskjellige roller som ulike personer har. Jeg ønsker bare for min egen forståelse å få avklart – Steinar Marthinsen, du var både viseadministrerende direktør i Helse Sør-Øst og ansvarlig for inngåelse av denne avtalen, samtidig som du var styreleder ved Oslo universitetssykehus. Er det riktig?

**Steinar Marthinsen:** Jeg var ikke viseadministrerende direktør på det tidspunktet. Jeg hadde en funksjon som konserndirektør, dvs. at jeg fungerte som styreleder i helseforetakene. Jeg hadde en fullmakt fra administrerende direktør til å undertegne den rammeavtalen som da ble anbefalt av en styringsgruppe som besto av representanter fra bl.a. Oslo universitetssykehus.

**Anders Anundsen (FrP):** Så du hadde ansvaret både for inngåelsesprosessen knyttet til helseforetaket og for det Oslo universitetssykehus gjorde når det gjaldt å få brukt denne løsningen for Oslo universitetssykehus? Så vidt jeg har forstått, var årsaken til innkjøpet i Helse Sør-Øst at Oslo universitetssykehus skulle bruke dette fordi det var kritisk for gjennomføringen av sammenslåingen. Er det riktig oppfattet?

**Steinar Marthinsen:** Nei, det var slik at styret ved Oslo universitetssykehus allerede i januar 2009 star-

tet arbeidet med å utrede hvordan man skulle løse IKT-utfordringene ved Oslo universitetssykehus. Da hadde man et tett samarbeid med Helse Sør-Øst. Det var andre i Helse Sør-Øst som ledet teknologi på det tidspunktet, og vi gjorde et felles arbeid fram til sommeren 2009. Sommeren 2009 ble man etter en klar anbefaling fra den arbeidsgruppen enig om å gå i markedet for å søke en anskaffelse. Bakgrunnen for at man gikk i markedet for det, var at det ikke fantes grunnlag i daværende avtaler som gjorde at man kunne utnytte de avtalene. Vi måtte altså ut på en ny konkurranse i henhold til lov om offentlige anskaffelser.

**Anders Anundsen (FrP):** Og den 9. desember 2009 underskrev du avtalen om leveranse av dette systemet – Klinisk arbeidsflate – som skulle være ferdig implementert, eller klart til bruk, den 1. juni 2010. Er det riktig?

**Steinar Marthinsen:** Utgangspunktet var at jeg inngikk en rammeavtale. Senere ble denne saken fremmet fra administrerende direktør til styret ved Oslo universitetssykehus.

**Anders Anundsen (FrP):** Men det er riktig at du inngikk en avtale ...

**Steinar Marthinsen:** Jeg underskrev den avtalen, jeg hadde ikke vært en del av evalueringen av den.

**Anders Anundsen (FrP):** Hvor kritisk var innførings-tidspunktet 1. juni 2010 for sykehuset?

**Steinar Marthinsen:** På det tidspunktet var det en vurdering av situasjonen med alle de ulike løsningene ...

**Anders Anundsen (FrP):** Jeg vil bare vite: Var dette veldig kritisk for sykehuset å få på plass den 1. juni 2010, eller var det ikke?

**Steinar Marthinsen:** På det tidspunktet vurderte vi det som kritisk.

**Anders Anundsen (FrP):** Men ikke senere?

**Steinar Marthinsen:** Etter hvert tilløp det informasjon, erfaring, som gjorde at det også var mulig å se andre løsninger, men på det tidspunktet man satte i gang prosjektet, var dette vurdert som det eneste.

**Anders Anundsen (FrP):** Var du da kjent med at det kunne være store vanskeligheter med å få gjennomført det innenfor den tiden som dere krevde?

**Steinar Marthinsen:** Jeg var kjent med det gjennom styresaken og gjennom den anbefaling som ble gjort, at det var høy risiko forbundet med det videre løp.

**Anders Anundsen (FrP):** Hvorfor anbefalte du at avtalen ble inngått når du visste at det var så stor risiko for

at den ikke kunne gjennomføres i løpet av den tiden dere forventet?

**Steinar Marthinsen:** Fordi man tross risiko anbefalte å gjøre dette, og vi fulgte den anbefalingen.

**Anders Anundsen (FrP):** Jeg spurte: Du har jo hatt en selvstendig vurdering av dette selv, denne risikoen. Når du bidro til anbefalingen om at en skulle velge dette prosjektet – det var jo flere anbydere inne i bildet her, det var en KOFA-sak som ble trukket også, og du sier at du var kjent med den høye risikoen – var det like høy risiko ved tidsgjennomføringen ved det andre prosjektet, eller var det andre forhold som gjorde at dere valgte denne leverandøren?

**Steinar Marthinsen:** Nå må man skille mellom to ting. Når Helse Sør-Øst inngår en rammeavtale, er dette etter en vurdering i markedet. Anbefalingen knyttet til hvilken rammeavtale man skulle inngå, var gjort av en arbeidsgruppe som konkluderte klart med valg av Logica. Deretter gjorde Oslo universitetssykehus sitt avrop, og i den vurderingen, ved Oslo universitetssykehus, pekte man fortsatt på pro et contra, og man pekte også på at det var en høy risiko. Men samlet sett var anbefalingen å gå for Logica og gjøre avrop. Derfor ble det gjort.

**Anders Anundsen (FrP):** Men jeg forstår ikke helt – når dere er klar over at det er høy risiko ved valget dere gjør, hvorfor foretas det ikke noe underveis her som gjør at den risikoen reduseres? Det kom jo ganske klare signaler i den KOFA-klagen, som jeg har skrevet ut, på at det løpet som var lagt opp i det tilbudet, rett og slett var helt urealistisk. Vi hørte Kuvås si her i stad at han forsto det allerede på det tidspunkt avtalen ble undertegnet, at dette kom aldri til å gå. Hvorfor forsto ikke du det?

**Steinar Marthinsen:** Det var på basis av de klare anbefalingene som ble gjort, om at man skulle velge Logica og ikke CSAM.

**Anders Anundsen (FrP):** Så du hørte ikke på noen av innvendingene i det hele tatt? Du bare hørte på den ene anbefalingen?

**Steinar Marthinsen:** Jo, vi vurderte pro et contra i Helse Sør-Øst når det gjaldt det, men likevel vurderte man at en rammeavtale med Logica var best.

**Anders Anundsen (FrP):** Tiden går usedvanlig raskt her.

Jeg er nødt til å komme inn på én ting som TV 2 avslørte i går, nemlig triksing med ventelister. Har du vært kjent med det under din styrelederperiode at det har skjedd den typen forhold som TV 2 avslørte i går, hvor noen flyttes frem i køen fordi de påpeker rettighetsbrudd?

**Steinar Marthinsen:** Det var jeg ikke klar over.

**Anders Anundsen (FrP):** Har du vært klar over det i din tid, Hatlen?

**Siri Hatlen:** Jeg har ikke kjent til slike konkrete forhold. Det ville selvfølgelig ikke vært akseptabelt.

Det jeg har vært kjent med, og som jeg tror både tidligere og nåværende ledelse kjenner til, er at det innenfor enkelte enheter i sykehuset er krevende kapasitetsutfordringer og lange ventelister, og at det er krevende for dem som sitter og er ansvarlig, å håndtere dette på en god måte. Det var tematikk vi var innom i oppfølgingsmøter med klinikkene, der de drøftet med ledelsen hvordan dette skulle håndteres.

**Anders Anundsen (FrP):** Så dette har du også visst om, Erikstein?

**Bjørn Erikstein:** Jeg har ikke kjent til dette før det kom opp i går.

**Anders Anundsen (FrP):** Dette er helt nytt for deg? Ingen har fortalt om dette i det hele tatt?

**Bjørn Erikstein:** Jeg opplever at dette er en sak som går på hvordan fagpersoner har håndtert regelverket rundt det å prioritere og gi pasienter ...

**Anders Anundsen (FrP):** Bare for å være helt klar: Du har ikke på noe tidspunkt fått noe signal fra noen om at dette skjer?

**Bjørn Erikstein:** I mitt uformelle møte med tillitsvalgte på tirsdag kom det fram fra en av de tillitsvalgte at man mente at ventelistene ble håndtert på en feil måte. Det var første gang jeg hørte om det.

**Anders Anundsen (FrP):** Du har ikke fått brev eller lest brev fra noe pasientombud noe sted?

**Bjørn Erikstein:** Det har jeg ikke fått.

**Møtelederen:** Da er tida ute, og vi takker for spørsmål og svar. Møteledelsen går tilbake til komiteens leder – vær så god!

Anders Anundsen overtok her igjen som møteleder.

**Møtelederen:** Takk for det.

Da er det Arbeiderpartiet og Martin Kolberg som har inntil 5 minutter til disposisjon – vær så god.

**Martin Kolberg (A):** Det hovedinntrykket vi sitter igjen med etter at vi hørte representanter for de ansatte, og som jeg formoder at dere også har fulgt fra siderommet, er at de støtter fusjonen, men at de er veldig bekymret for framdriften. Det er administrative problemer, det er store

problemer med pasientsikkerheten, og de er skeptiske til om dette kan la seg gjennomføre hvis det ikke blir en betydelig bedring i ledelsen. De peker på dere. De sier unisont at de har gitt beskjed til dere mange ganger om forskjellige forhold uten å bli hørt. Det er det de sier.

Jeg spør Kvinnsland: Hva er din kommentar til dette?

**Stener Kvinnsland:** Min kommentar er at dette må tas på fullt alvor. Som jeg forsøkte å si innledningsvis, vil suksessen i veldig stor grad avhenge av hvordan dette nå kommuniseres begge veier, hvilken samhandlingsmåte man kan ha, og at man går inn i de ledelsesmessige utfordringene som ligger der, og eventuelt gjør korreksjoner.

**Martin Kolberg (A):** Kan dette leses som om du har forståelse og egentlig er litt enig med de ansatte, Kvinnsland?

**Stener Kvinnsland:** Enig vet jeg ikke om jeg vil si – det er ikke det som er poenget. Poenget er at når noen mener noe, og det står i så sterk kontrast til det andre kan mene, må man møtes og forsøke å samhandle om det. Dette er en samhandlingsarena – vi er nødt til å få dette til i samarbeid.

**Martin Kolberg (A):** Et tema som alltid er med når vi diskuterer sykehus, og Oslo universitetssykehus i særdeleshet, er de økonomiske rammene. Jeg vil gjerne at både Kvinnsland og Marthinsen kommenterer dette: Er de økonomiske rammene store nok, eller er de for trange?

**Stener Kvinnsland:** Det finnes ikke en økonomi i verden som ikke må prioritere når det gjelder helsetjenester. Med andre ord – vi har alle denne utfordringen ...

**Martin Kolberg (A):** Jeg avbryter deg ikke, men jeg sier bare: Er rammene slik at de setter prosjektet i fare?

**Stener Kvinnsland:** Slik jeg ser det per i dag, er dette vanskelig, men gjennomførbart.

**Martin Kolberg (A):** Hva er din oppfatning, Marthinsen, med den erfaringen du har?

**Steinar Marthinsen:** Styret ved Oslo universitetssykehus i den perioden jeg satt, tok oppdraget med de rammebetingelsene som var gitt, men vi hadde samtidig en prosess hvor vi pekte på utfordringsbilder knyttet til investeringer og midler i forbindelse med omstilling. Det har også senere blitt fulgt opp av Helse Sør-Øst.

**Martin Kolberg (A):** Hatlen, du forlot din stilling under henvisning til trange økonomiske rammer, slik at ditt synspunkt må jo ha vært annerledes. Jeg synes det er all grunn til at du skal få lov til å kommentere dette.

**Siri Hatlen:** Det er min oppfatning at man i de to til tre første årene av omstillingen var både under sterkt tidspress og hadde veldig mange parallelle prosesser. Det betyr at

man nå er over i en annen type fase, der overføringene til Ahus og Vestre Viken er gjort, og det er anledning til også å diskutere tempoet i den videre prosessen.

Når det gjelder rammene, fremmet jeg et forslag til økonomisk langtidspan, som ikke ble realitetsbehandlet. Min oppfatning gikk i hovedsak ut på at det kreves investeringer i IKT og infrastruktur – først for å få ut de gevinster som skal tas ut – og at overføringen til Ahus, med et budsjettnedtrekk på 2 mrd. kr over natten, gjorde at man fikk en veldig krevende situasjon å håndtere.

Jeg tror det er ...

**Martin Kolberg (A):** Rammene er for små? Det er ikke for å være uhøflig mot deg, men jeg har veldig tidspress. Mener du at rammene var for små?

**Siri Hatlen:** Jeg mener at prosessen hadde tjent på å ha tilstrekkelige midler til investeringer i infrastruktur og IKT fra start, fordi man fortore ville kommet dit at man kunne effektivisere driften.

**Martin Kolberg (A):** Et spørsmål som ligger i våre dokumenter, som må opp her nå, er: Hvorfor – og det går for så vidt til Marthinsen også, men vi rekker det antakeligvis ikke – presenterte ikke du skikkelige bemanningsplaner, slik at vi kunne få en bemanningsplan for utviklingen i sykehuset og fått bedre kontroll med økonomien? – Hatlen.

**Siri Hatlen:** Vi jobbet fram til årsskiftet 2010–2011 med to hovedprosesser. Vi integrerte foretaket, og vi jobbet med å fisjonere ut grunnlaget for 160 000 pasienter som skulle overføres til Ahus.

Det var min vurdering, i samråd med min ledergruppe og også med tillitsvalgte, at det ikke var mulig for ledelsen å håndtere enda en prosess samtidig – altså etablere de nye bemanningsplanene for situasjonen etter overføring. Det startet man på umiddelbart i januar 2010. Dette handlet om tåleevnen til ledere og systemer i organisasjonen og hvor mye man kunne håndtere på en gang. Så det er ikke riktig at jeg ikke la fram bemanningsplaner. Det fantes.

**Møtelederen:** Jeg tror vi må runde av nå, tiden er ute – godt og vel. Nå er det Per-Kristian Foss, som har inntil 5 minutter, vær så god.

**Per-Kristian Foss (H):** Mitt første spørsmål går til Bjørn Erikstein. Har du reflektert over hvorfor dine avdelingsledere går til pressen med lovbrudd og ikke til deg?

**Bjørn Erikstein:** Jeg har vel ikke brukt så veldig mye tid på det, men jeg ser paradokset i det.

**Per-Kristian Foss (H):** Hva vil du gjøre for å følge opp det som fylkeslegen karakteriserer som lovbrudd?

**Bjørn Erikstein:** Dette har vi allerede forsøkt å gå inn i, og jeg har skaffet meg en viss oversikt allerede nå. Vi skal ta tak i dette videre fremover på aller beste måte.

**Per-Kristian Foss (H):** Betyr det å stanse det?

**Bjørn Erikstein:** Denne saken som kom på TV 2 i går, er litt mer kompleks enn det jeg oppfatter at har kommet frem i pressen, og det vil kanskje føre for langt å gå tungt inn i det.

**Per-Kristian Foss (H):** Men jeg vil gjerne ha en bekræftelse fra deg på at sykehuset i Oslo skal drives etter loven.

**Bjørn Erikstein:** Vi skal drive etter loven, og jeg mener at vi driver etter loven.

**Per-Kristian Foss (H):** Ok. Da er mitt spørsmål i neste runde til Siri Hatlen.

Du sier i Dagsavisen 27. februar at da du satt som direktør, hadde du «ingen direkte kommunikasjon med statsråd og departement overhodet». Kan du utdype dette litt nærmere?

**Siri Hatlen:** Det jeg sa til Dagsavisen – på spørsmål – var at den formelle kommunikasjon og informasjon alltid gikk via Helse Sør-Øst, slik styringslinjen tilsier. Jeg var til stede i ett møte sammen med styreleder Marthinsen og ledelse og styreledelse i Helse Sør-Øst våren 2010, der jeg ga en kort presentasjon til statsråden. Utover det hadde ikke jeg noen dialog med statsråden verken alene eller sammen med andre om omstillingen ved Oslo universitetssykehus.

**Per-Kristian Foss (H):** I hvilken grad oppfattet du det som kom av politiske styringssignaler underveis i prosessen som hindret eller forskjøv dine muligheter til å realisere investeringsmidler ved salg av eiendom? Jeg stiller spørsmålet slik direkte, fordi jeg satt i et møte med deg og hele Oslo-benken og Akershus-benken for et par år siden, der du presenterte veldig klart at en del av planen nettopp var å realisere en del eiendom og på den måten bringe sykehuset ekstra inntekter som kunne vært brukt til de formål du har pekt på, IKT og investeringer.

**Siri Hatlen:** Det er riktig at jeg helt fra start så etter muligheter til å realisere salg for å hjelpe prosessen med de investeringsmidlene den etter min oppfatning trengte. Vi realiserte alle de mindre salg vi klarte å få tillatelse til. Det er også riktig at jeg fremmet saker til mitt styre om salg av hele eller deler av tomten til Aker sykehus, at jeg i utgangspunktet fikk klarsignal til å jobbe videre med dette, og at det etter en periode ble satt på vent.

**Per-Kristian Foss (H):** Av hvem da?

**Siri Hatlen:** Det ble satt på vent av meg og mitt styre.

**Per-Kristian Foss (H):** Etter beskjed fra? – Fra eier?

**Siri Hatlen:** Det kom signaler om at dette ikke var noe man ville få aksept for å gjøre på nåværende tidspunkt,

og da reviderte vi arbeidet til å omfatte etableringen av en samhandlingsarena på Aker, men holdt muligheten åpen for å kunne avhende deler av tomtearealet på et senere tidspunkt. Men arbeidet ble satt på vent.

**Per-Kristian Foss (H):** Hva gjorde det med dine planer for å investere?

**Siri Hatlen:** Det gjorde selvfølgelig at tilgang på friske investeringsmidler også ble satt på vent.

**Per-Kristian Foss (H):** Ja vel, jeg har ikke flere spørsmål.

**Møtelederen:** Takk for det. Da er turen kommet til Senterpartiet og Per Olaf Lundteigen, som har inntil 5 minutter til disposisjon, vær så god.

**Per Olaf Lundteigen (Sp):** Takk skal du ha.

Siri Hatlen var inne på det dette med bemanningsplaner. Du sa at kritikken var noe urimelig, for det var tåleevnen til lederne som ble overskredet – jeg forsto deg sånn. Det å ha bemanningsplaner som gjør at helsearbeiderne følger med pasientene, er jo helt essensielt. Kunne du utdype kort hva som egentlig var problemet, for det står for meg som praktiker som et fundamentalt spørsmål – du må sikre at du har folk med pasientene. Det er det første bud når driften er poenget, som flere har vært inne på. Hva gjorde at det ikke ble gjort godt nok?

**Siri Hatlen:** Da tror jeg at jeg har blitt misforstått. Det jeg sa, var at det tar tid å etablere nye bemanningsplaner, og det arbeidet kunne ikke vi sette full kraft på før overføringen til Ahus var gjennomført 1. januar 2011. Det krevde en enorm lederinnsats å sikre at det skjedde på en måte som ga trygghet for pasientene, og at det ble gjennomført i henhold til de frister som var satt. Vi endret ikke organisasjonen og laget ikke nedbemanningsplaner før vi hadde kontroll på overføringen, og det var en ledelsesvurdering av risiko og tålegrense.

**Per Olaf Lundteigen (Sp):** Det som kommer fram her, og som har kommet fram ellers, er at den reform, den omorganiseringa som vi nå drøfter, har ikke hatt den nødvendige planlegging, den har ikke hatt den nødvendige gjennomgang innledningsvis, og det er ikke noe nytt i forhold til store reformer.

Bjørn Erikstein, du er ikke noen hvem som helst, du har vært med lenge og har også hatt ansvar på andre områder. Du startet med at du hadde en rekke stolte ansatte, og det synes jeg var en fin inngang. Så hører vi her hva som er kommet fra Legeforeningen, hvor en sier at hele modellen nå er «top-down»-styring, lang beslutningslinje, manglende stedlig ledelse, manglende involvering av ansatte i budsjett- og omstillingsprosesser. Er du enig i det?

**Bjørn Erikstein:** Jeg ser at det er en utfordring å få dette på plass, og at det sikkert kan oppfattes slik av mange. Derfor er jeg rundt i institusjonen ...

**Per Olaf Lundteigen (Sp):** Er du enig i det som sies, for å være ...?

**Bjørn Erikstein:** Jeg er ikke enig i at det er så sort/hvitt som man kan få inntrykk av.

**Per Olaf Lundteigen (Sp):** Du sier at du har stolte medarbeidere. Vi får her presentert hvordan kulturen er, og innenfor Vestre Viken, som jeg kjenner bedre til, er situasjonen helt lik. Hva gjør dere for at de stolte medarbeiderne skal føle at de får innflytelse? Skjer det endringer i organisasjonsstrukturen, at maktforhold endres slik at en kan få en kontakt som gjør at det blir adferdsendringer neste dag?

**Bjørn Erikstein:** Det er det jeg ønsker å få til. Jeg ønsker altså «bottom-up»- prosesser, som det så fint heter. Vi skal bl.a. nå ha en prosess rundt strategi, hvor jeg ønsker at alle skal få mulighet til å være med, fra bunn og oppover.

**Per Olaf Lundteigen (Sp):** Så det vil si at det blir ledere på alle 59 avdelinger?

**Bjørn Erikstein:** Det kan ikke jeg bekrefte.

**Per Olaf Lundteigen (Sp):** Hvorfor det?

**Bjørn Erikstein:** Det er ledere, og det er jo ganske mange ledernivåer, ned til fagledere. Etter drøyt to måneder har ikke jeg full oversikt over hvordan dette er skrudd sammen, men det er klart at det å ha fokus på lederskapet er veldig viktig. Hvordan det skal utvikles videre, klarer jeg ikke fortelle deg eksakt i dag.

**Per Olaf Lundteigen (Sp):** Men er du enig i at enhver medarbeider til enhver tid må vite hvem som er nærmeste overordnede ...

**Bjørn Erikstein:** Det er jeg helt enig i.

**Per Olaf Lundteigen (Sp):** ... at en videre skal ha klare systemer her, og at det ikke skal være flere Glava-sjikt enn det som er høyst nødvendig, slik at det som er poenget, nemlig møte mellom pasient og behandler, blir langt mer effektivt enn det det er i dag?

**Bjørn Erikstein:** Ja, det er jeg helt enig i.

**Per Olaf Lundteigen (Sp):** Brukes det for mye legeresurser til noe annet enn møte mellom pasient og behandler?

**Bjørn Erikstein:** Det er et vanskelig spørsmål å svare klart på, men min prioritet har alltid vært pasienten først – og møte mellom pasient og behandler – og det er det jeg vil ha fokus på.

**Per Olaf Lundteigen (Sp):** Vil det vi nå snakker om, innebære en ny kultur i forhold til det som har vært nå noen år?



**Bjørn Erikstein:** Jeg håper at jeg skal kunne løfte organisasjonen. Jeg opplever også at det har skjedd på disse to-tre månedene, og jeg skal jobbe videre med det.

**Møtelederen:** Takk for det!

Da er det Kristelig Folkeparti og Geir Jørgen Bekkevold, som har inntil 5 minutter. Vær så god!

**Geir Jørgen Bekkevold (KrF):** Jeg vil begynne med et spørsmål som for så vidt både sittende ledelse og tidligere ledelse kan svare på: Kan dere bekrefte eller avkrefte at det har vært avvik knyttet til pasientbehandling som en direkte konsekvens av omstillingsprosessen?

**Bjørn Erikstein:** Jeg ser at antallet innmeldte avvik har økt, men andelen alvorlige avvik er uendret, relativt sett. Om dette skyldes omstillingsprosess, kan ikke jeg trekke noen konklusjon i forhold til.

**Siri Hatlen:** Jeg kan bekrefte at vi fra dag én jobbet med å bedre avviksmeldingskulturen for å få opp det som måtte være av avvik. Så er det alltid vanskelig å vurdere utviklingen i en meldefrekvens når man ønsker at mer blir meldt, men ikke ønsker at det er flere avvik. Det man får opp, er jo avvik som tidligere ikke ble meldt. Dette er alltid et lederdilemma. Her hørte jeg Legeföreningen si at det kan være vi vurderer det ulikt. Jeg tenker at begge deler er viktig, at det faktisk blir meldt, men også at det blir håndtert.

Når det gjelder konkrete avvik: Det jeg kan bekrefte at vi oppdaget, var i forbindelse med omlegging av det pasientadministrative systemet, hvor vi så at det i omleggingsperioden oppsto feil på grunn av misforståelser. Da stoppet man og gikk tilbake og gjennomførte intensiv opplæring av saksbehandler – dette gjelder altså ikke behandlingen av pasientene klinisk, men det administrative – nettopp fordi man må ha stor aktsomhet når det skjer endringer, at det ikke glipper i grensesnittene. Så jeg kan bekrefte at det ble tatt på det største alvor, og det ble iverksatt en kombinasjon av opplæring, korrektive tiltak og manuelle løsninger i overgangsperioder, for det skal ikke skje avvik som rammer pasientene.

**Geir Jørgen Bekkevold (KrF):** Jeg vil bare følge dette sporet litt til. Det er blitt hevdet fra Legeföreningen at man ikke har systemer som fanger opp avvik som en direkte konsekvens av omstillingsprosessen. Hvorfor opprettet man ikke et system som nettopp primært skulle kartlegge eventuelle avvik knyttet til omstillingsprosessen?

**Siri Hatlen:** Det var ledelsens oppfatning at denne type avvik, på linje med andre avvik, skulle fanges av det ordinære avvikssystemet. Men så har jeg lyst til å legge til at det var en løpende dialog mellom ledelsen og tillitsvalgte, der det ble tatt opp bekymringer rundt ulike forhold som man mente kunne ha med både tempo og kompleksitet i prosessen å gjøre. Det jeg gjorde da, som øverste leder, var at jeg brukte både min stab og ansvarlige ledere til å gå etter og undersøke, stille spørsmål, se om det var behov for

særskilte tiltak – det er slik man må jobbe, tenker jeg. Det ble også gjort evalueringer av enkeltflyttinger for å se om det her var effekter man ikke hadde forstått godt nok da flyttingene ble gjort. Det er jo slik man må jobbe når man gjør endringer, nettopp fordi det alltid er større risiko for avvik når man gjør endringer. Dette tok vi veldig alvorlig. Det kan godt være at en følgeevaluering ville ivaretatt noe av dette, men det er vanskelig å skille direkte omstillingskonsekvenser fra det som skyldes en – skal vi si – travel driftshverdag, og begge deler må håndteres.

**Geir Jørgen Bekkevold (KrF):** Det er greit. Tiden min går.

Jeg har også et spørsmål knyttet til IKT-systemet, og det er vel for så vidt Marthinsen som kan svare på det. Hvilken kvalitetssikring av bestillerdokumentet ble gjort da anbudet til nytt IKT-system ble lagt ut?

**Steinar Marthinsen:** Den gruppen som var nedsatt for å gjennomføre anskaffelsen, gjennomfører dette etter et ganske nitid system, med vektning av ulike forhold, og i hele den prosessen ligger det innebygd en sterk kvalitetssikring av at man skal velge riktig produkt.

**Geir Jørgen Bekkevold (FrP):** Allikevel valgte man altså ...

**Møtelederen:** Tiden er ute.

**Geir Jørgen Bekkevold (KrF):** Tiden er ute. Vi får komme tilbake.

**Møtelederen:** Nå er det Ola Elvestuen fra Venstre som har inntil 5 minutter – vær så god!

**Ola Elvestuen (V):** Også jeg kan fortsette med IKT-systemet og Klinisk arbeidsflate. Det jeg lurer på, er – og det er til Marthinsen og Hatlen: Er dere enig i at dette med å ha et felles IKT-system er en forutsetning for å sikre pasientsikkerheten ved en så stor omorganisering som man har vært igjennom?

**Steinar Marthinsen:** Det har ikke vært noen tvil om at et godt IKT-system er viktig for virksomheten, men når man ikke klarte å bli optimal i forhold til løsning, måtte man hele tiden ha ulike backup-rutiner og kvalitetssikring rundt det, slik at det ikke skulle gå ut over pasientsikkerheten.

**Siri Hatlen:** For å kunne gjennomføre større flyttinger av pasientgrupper og ansatte må man etter min oppfatning ha systemer som snakker sammen på tvers. Det er allikevel mulig, slik vi gjorde, å etablere manuelle systemer, midlertidige tilganger, nettopp for å sikre at pasientsikkerheten kan ivaretas. Effekten er i noen grad at det blir mer tungvint for klinikerne. Det var noe av det som legene spesielt meldte tilbake om, at det å jobbe i flere systemer med midlertidige tilganger er tidkrevende og mer komplisert. Så det var en konsekvens av at dette ikke fungerte optimalt på

tvers. Men det er slik man må jobbe når ting ikke går som planlagt.

**Ola Elvestuen (V):** Da dere fant ut at det viste seg at det ikke fungerte, var det på noen tid aktuelt å legge om tidsprosessen eller prosessen i omstillingen, slik at man kunne gi seg selv bedre tid? Eller er det slik at de prosessene og omstillingene egentlig ble drevet av overflyttingen til Ahus og Vestre Viken, at det er der på en måte motoren i omstillingsbehovet egentlig ligger?

**Siri Hatlen:** Jeg skal prøve å svare kort på det. Det er min oppfatning at overføringen til Ahus spesielt og Vestre Viken gjorde at man fikk en driftsmessig situasjon på Aker sykehus som ikke var bærekraftig over tid, fordi veldig mange enheter ble små. Det var ikke grunnlag for god kvalitet i pasientbehandlingen, for det oppsto en veldig ubalanse. Det aktualiserte og forsterket behovet for å kunne flytte noen grupper av pasienter, og det ble kombinert med midlertidige løsninger og andre tiltak for at man skulle ha kontroll også på denne situasjonen. Der mener jeg at hele organisasjonen strakk seg veldig langt for å få til dette når man først var i situasjonen.

**Ola Elvestuen (V):** Så et spørsmål, for å følge opp Per-Kristian Foss. Vi har tidligere hørt at man mener man har for dårlig økonomi, man burde hatt mer penger inn. Ikke minst trenger man midler til investeringer, og det er mangler i utgangspunktet. Da lurer jeg på: I hvor stor grad vil man klare de nødvendige investeringer når man ikke har muligheten til å hente inn midler fra eiendomsverdiene på Aker?

Det kan kanskje Erikstein svare på?

**Bjørn Erikstein:** Det er helt klart at det å svare opp Arbeidstilsynets pålegg, det å integrere sykehuset videre og det å utvikle bygningene videre, slik jeg snakket om i sted, er en gedigen utfordring rent økonomisk. Det er ikke til å stikke under stol. Og det er viktig å gjøre tingene riktig, slik at vi i hvert fall bruker pengene – jeg hadde nær sagt – riktig og klokt én gang.

Når det gjelder Aker, skal vi ha en samhandlingsarena på Aker sammen med Oslo kommune. Vi har ganske mange planer for det. Men vi har faktisk også et håp om å kunne realisere deler av Aker-tomten til beste for denne prosessen. Den nedre delen har vi et håp om å kunne realisere.

**Ola Elvestuen (V):** Men er ikke det egentlig et ganske tynt grunnlag for prosessen, gitt at en her må gjennom reguleringsprosesser? Det er tunge prosesser som vil ta lang tid. Det er heller ikke nødvendigvis slik at myndigheter og lokale ellers er enig i de ønskene som man selv har.

**Bjørn Erikstein:** Vi kan ikke basere videre framdrift i dette prosjektet på det – det er jeg helt enig i. Vi er også tilført midler det siste året, 1,5 mrd. kr, for å få gjennomført integrasjonsprosessen, delvis som lån og delvis som likvide midler. Så vi har fått penger de siste par årene til å kunne

jobbe videre med det. Men jeg sier at vi må jo utvikle disse områdene vi har i Oslo, på en god måte, til det beste for sykehuset og til det beste for befolkningen.

**Møtelederen:** Takk for det.

Da har alle partiene fått stilt sine spørsmål, og vi har satt av noen få minutter til oppklarende spørsmål. Jeg har tegnet meg selv først.

Jeg vil stille spørsmål til Steinar Marthinsen knyttet til IKT-systemene, for det handler jo ikke om disse 99 mill. kr i tap, det handler om manglende samordningseffekter i driften, og IKT-systemet var så viktig at det var en forutsetning for at sammenslåingen skulle fungere på en god måte. Ved valg av leverandør sa Marthinsen i stad at Logica ble valgt til tross for at man var kjent med at det var stor gjennomføringsrisiko.

Da har jeg to spørsmål om det: Var gjennomføringsrisikoen ved det alternative valget like stor? Og var det penger eller det laveste anbud som vant til slutt? To korte svar, takk.

**Steinar Marthinsen:** Totalvurderingen var at det både funksjonelt og risikomessig var den beste løsningen å velge Logica.

**Møtelederen:** Og penger?

**Steinar Marthinsen:** Og det beste tilbudet vant.

**Møtelederen:** Martin Kolberg, vær så god.

**Martin Kolberg (A):** Spørsmålet er i og for seg besvart. Men jeg spør fordi Erikstein spurte om jeg hadde lyst til å spørre Bjørstad, som også er til stede her, og som er direktør for pasientsikkerheten.

I den forrige sekvensen sa representanten for Legeforeningen at de hadde gitt beskjed om den uryddige håndteringen av ventelistene flere ganger over flere år. Kjenner du til det, og i tilfelle: Hvorfor har det skjedd?

**Eva Bjørstad:** Nei, jeg kjenner ikke til at det er noen systematisk svikt i dette.

**Martin Kolberg (A):** Det som jo er dilemmaet for oss som sitter her, er at en av dere umulig kan snakke sant.

**Eva Bjørstad:** Jeg kan bare snakke ut fra mitt ståsted og det jeg har kjennskap til om systemene og innhenting både fra avvikssystemet og fra mange andre systemer, og hvordan vi gjennomgår dette med ledelsen hver eneste uke, hver måned og i en utvidet rapportering hvert tertial. Det vi har sett enkelte hendelser på, er at pasienter klager fordi de lurer på f.eks. sin ventetid. Da ettergås det i linjen ut til de ansvarlige ledere.

Da kan det tenkes – jeg satt jo og tenkte på dette jeg også nå etter at vi ble kjent med dette i går kveld – at man finner f.eks. at en pasienthenvisning har vært noe forsinket i behandlingen, via postgang osv. Da er jeg helt inne på årsaksanalyser, som vi jo gjør på alle avvik. Da må leder vur-

dere hvilke konsekvenser dette har hatt i forhold til prioriteringsforskriften og vurderingen, om det er slik at det har skjedd en glipp, eller om det ikke har det. Så blir det besluttet når pasienten skal inn, ut fra det. Det kan jo faktisk tenkes at det har vært noen forsinkelser som gjør at pasienten skal inn i den køen og i den prioriteringsrekkefølgen som en opprinnelig var satt i.

Det er eventuelt det eneste jeg kan tenke meg som jeg kan ha kjennskap til.

**Møtelederen:** Jeg må be om at man svarer så kort og konsist som mulig.

Per-Kristian Foss er den neste, vær så god.

**Per-Kristian Foss (H):** Jeg har et kort spørsmål til Marthinsen: Helse Sør-Øst har altså ikke klart å få et IKT-system som kan snakke sammen. Andre helseforetak har klart det. Har dere lært av dem?

**Steinar Marthinsen:** Vi søker å lære hele tiden. De løsningene som er valgt av bl.a. Helse Vest og Helse Nord, er også de som i all særdeleshet er valgt i Helse Sør-Øst.

Vi arbeider nå videre sammen med Oslo universitetssykehus, og vi er inne i et forprosjekt for å utrede en felles regional løsning, basert på de samme løsningene som finnes i Helse Vest og Helse Nord.

**Per-Kristian Foss (H):** Hvorfor fungerer det der – og ikke her?

**Steinar Marthinsen:** Det fungerer greit der hvor vi har valgt den samme løsningen som Helse Vest og Helse Nord.

**Møtelederen:** Da er det Per Olaf Lundteigen.

**Per Olaf Lundteigen (Sp):** Kvinnsland sa at enhver omstillingsreform måtte være forberedt, finansiert og godt ledet. Det synes jeg var poengtert og bra.

Et kritisk punkt er investeringer i driftsapparatet – for å bruke det begrepet – for å kunne realisere den betydelige omstillinga. I ettertid har det vist seg at investeringene har vært for svake.

Mitt spørsmål går til Marthinsen: Sendte du, som styreleder, til overordnet myndighet prosjekter med behov for finansiering for at de skulle kunne realiseres – en finansiering som Kvinnsland sa måtte være en forutsetning for å få det til – prosjekter som ble stoppet på høyere nivå?

**Steinar Marthinsen:** Vi sendte i min tid ingen søknader som ble stoppet. Men vi hadde oppe bl.a. ønsket om midler til merinvestering, som senere har blitt håndtert av Helse Sør-Øst, og har gått inn i det tillegg som er gitt til Oslo universitetssykehus.

**Per Olaf Lundteigen (Sp):** Hva var grunnen til at dere ikke sendte slike søknader? Var det fordi dere ikke så behovet for det, eller var det fordi dere hadde fått beskjed – muntlig eller på annen måte – fra overordnede om at det ville dere ikke få finansiert?

**Steinar Marthinsen:** Det var fordi vi bl.a. arbeidet med å få en overordnet og helhetlig arealplan, som var viktig for å sikre at vi gjorde tingene i riktig rekkefølge, og at vi gjorde det på rett måte.

**Møtelederen:** Da er det Nybakk, vær så god.

**Marit Nybakk (A):** Takk, leder. Jeg skal følge opp – spørsmålet er til Hatlen – det du svarte, at du hadde en plan om å avhende, selge, bygningene til Aker sykehus, altså området, for å finansiere investeringer. Var det slik at du på noe tidspunkt laget en plan for investeringer i det nye sykehuset, Oslo universitetssykehus, og sendte den over til Helse Sør-Øst for å få midler eller lån fra regjering/storting? Det samme spørsmålet går i og for seg også til Erikstein.

**Siri Hatlen:** Høsten 2010 oversendte jeg via styrebehandling et foreløpig innspill til økonomisk langtidsplan i Helse Sør-Øst, en foreløpig skisse av behovene til Oslo universitetssykehus i et tiårsperspektiv. Våren 2011 ble det jobbet frem et komplett forslag til økonomisk langtidsplan, både for behovet på kort sikt for å ivareta utflyttingen fra Aker, de første nødvendige flyttingene, og for å oppfylle styrevedtak 108 fra Helse Sør-Øst. Den ble oversendt Helse Sør-Øst, men den ble senere ikke realitetsbehandlet i mitt styre, fordi styret fant å ville utsette denne behandlingen.

**Møtelederen:** Da er det Bekkevold, deretter Knudsen.

**Marit Nybakk (A):** Spørsmålet gikk også til Erikstein.

**Møtelederen:** Unnskyld! Erikstein er først, beklager.

**Bjørn Erikstein:** Vi har jobbet med en arealutviklingsplan som jeg presenterte for styret som en orienteringssak i forrige styremøte. Den er selvfølgelig kommunisert til Helse Sør-Øst, men det er viktig å si at den bare har vært igjennom den tidlige utredningsfasen. Nå skal den forhåpentligvis inn i en idéfase, en konseptfase og en forprosjektfase. Hvis alle gode krefter står oss bi, skal de forskjellige delene av denne gjennomføres og bygges slik som vi kommer frem til etter hvert. Det er regelverket for hvordan dette skal gjøres.

**Møtelederen:** Nybakk, vil du ha ordet til en kort oppfølging?

**Marit Nybakk (A):** Nei, det er greit.

**Møtelederen:** Da er det Bekkevold, vær så god.

**Geir Jørgen Bekkevold (KrF):** Etter forrige sekvens og denne sekvensen får jeg inntrykk av at virkelighetsoppfatningen kan være noe forskjellig hos ledelse og ansatte. Man kjenner ikke til – sies det – triksing med ventelister. Ny ledelse kjenner ikke til at det brukes 40 årsverk på å frakte bilder og journaler mellom sykehusene. Hva har

Erikstein tenkt å foreta seg for å prøve å få en noenlunde lik virkelighetsoppfattelse hos ledelse og ansatte?

**Bjørn Erikstein:** Jeg har regelmessige møter med tillitsvalgte, og det ser jeg på som svært viktig. Jeg ser nok at tillitsvalgte kanskje ikke har vært inne i tilstrekkelig mange av prosessene. Det ønsker jeg å bedre. I bl.a. kvalitetsutvalgene er ikke tillitsvalgte. Det tror jeg er viktig at også tillitsvalgte deltar i, og at tillitsvalgte får mulighet til å være med i de prosessene som skal gå. I f.eks. den strategiprosessen som vi nå skal ha, er det viktig at tillitsvalgte, altså ansattes representanter, deltar aktivt.

Jeg vil hele tiden søke å bedre samarbeidet mellom ledelse og tillitsvalgte og hele tiden jobbe for at vi får et så likt virkelighetsbilde som mulig. Men det er klart at vi har ikke nødvendigvis de samme interesser hele tiden. Det må vi også være ganske bevisste på.

**Møtelederen:** Da er det Ulf Erik Knudsen, vær så god.

**Ulf Erik Knudsen (FrP):** Siri Hatlen var inne på i bl.a. de første spørsmålene fra Foss og nå, i forbindelse med spørsmålene fra Nybakk, de investeringsplaner hun hadde, og at de ble sparket bena under. Man fikk ikke gjort det man skulle, som følge av at man ikke fikk avhendet en del områder. Men jeg oppfattet det slik at du var veldig uklar når det gjaldt spørsmålet om hvem som ga signalene om ikke å selge. Jeg kunne godt tenke meg å høre om dette var noe som kom fra Helse Sør-Øst eller fra politisk ledelse. Det er interessant ut fra det som har skjedd i saken.

**Siri Hatlen:** Det foregår jo alltid både formell og uformell dialog. Som administrerende direktør forholdt jeg meg til de vedtak som ble fattet av styret, og til de formelle oppdrag jeg fikk fra Helse Sør-Øst.

Så er det alltid slik at i krevende spørsmål, krevende prosesser, vil det være en uformell dialog som sier noe om hva det vil være mulig å få godkjent hvis man velger å fremme et forslag.

I denne situasjonen ble det etablert en forståelse i samråd med styreleder om at det ikke var et aktuelt tidspunkt å fremme et forslag om å selge eiendommen – det var deler av eiendommen det var snakk om å selge – og at det var noe man eventuelt ville kunne komme tilbake til på et senere tidspunkt.

**Møtelederen:** Oppfølging fra Knudsen.

**Ulf Erik Knudsen (FrP):** Har du, eller har du ikke hatt uformell dialog med politisk nivå i departementet om den saken?

**Siri Hatlen:** Jeg har ikke hatt noen dialog med departementet overhodet i den saken.

**Møtelederen:** Har tidligere styreleder Marthinsen hatt det?

**Steinar Marthinsen:** Nei.

**Møtelederen:** Nybakk, vær så god.

**Marit Nybakk (A):** Takk, leder. Det var for så vidt noe av det samme spørsmål til Marthinsen.

Er det slik at noen på noe tidspunkt har vært i kontakt med deg for å hindre at bygningene på Aker sykehus ble avhendet?

**Steinar Marthinsen:** Nei, men det var en god diskusjon i styret knyttet til det mulighetsrommet som åpnet seg for Aker som en samhandlingsarena. Det var jo ikke ukjent for noen at vi arbeidet mot en samhandlingsreform. Det finnes vel nesten ikke noen mer unik mulighet enn den Oslo universitetssykehus har, enn å ha Aker som en samhandlingsarena innenfor sitt eget område og nå i en meget god dialog med Oslo kommune. Det er et aktivum.

**Møtelederen:** Da har jeg tegnet meg selv.

Jeg vil tilbake til denne Klinisk arbeidsflate. Hvorfor tok det ti måneder før dere innså at dette ble en så dårlig løsning at den ikke kunne innføres?

**Steinar Marthinsen:** I styret var dette et tema i hvert eneste styremøte.

**Møtelederen:** Og likevel tok det ti måneder før dere skjønnte hvor alvorlig det var?

**Steinar Marthinsen:** Vi skjønnte alvoret hele tiden. Derfor hadde vi dette oppe på agendaen. Vi fikk forsikringer av våre eksterne rådgivere. Dette var riktig produkt. Vi hadde, som Siri Hatlen tidligere har omtalt, utfordringer i gjennomføringen, og vi stilte spørsmålet. Ja, i ettertid kan man, i etterpåklokskapens lys, si: Burde vi ha stoppet før? Men vi stoppet, og det er jeg helt overbevist om var riktig.

**Møtelederen:** Da er det ikke flere som har bedt om ordet til oppklarende spørsmål.

Jo, Elvestuen, vær så god.

**Ola Elvestuen (V):** Bare til det siste, for det er jo helt opplagt at dette ble et feilkjøp. Det fungerte jo ikke. Men når man har systemer som fungerer både i Helse Vest og i Helse Nord, lurer jeg på: Hvorfor ble ikke de systemene vurdert?

**Steinar Marthinsen:** De systemene ble vurdert innledningsvis, men fordi man var av den oppfatning at det var viktig å få til løsninger på tvers på et tidlig tidspunkt, ville alternativene med å velge f.eks. det som går i Helse Vest og Helse Nord, bety så lang implementeringstid at man ønsket å gjøre dette valget om en klinisk portal. Man var overbevist på det tidspunktet om at dette var riktig vei å gå, og så har det i ettertid vist seg at det ikke var det.

**Møtelederen:** Da har vi kommet til den siste runden, og utspørringen er over. Det er satt av ca. 10 minutter til at

dere kan få en kort oppsummering. Det skulle bety omtrent 2 minutter på hver av dere, og siden vi startet der i stad, kan vi kanskje starte hos Hatlen. Vær så god, Hatlen.

**Siri Hatlen:** Jeg mente, og mener fortsatt, at det var riktig å samordne sykehusene i Oslo, i særdeleshet Rikshospitalet og Ullevål. Man kan stille seg spørsmål om den ekstra kompleksiteten og tidspresset som det medførte å ta Aker med i fusjonen, var godt nok belyst i forkant, fordi det ga konsekvenser på to områder spesielt: på IKT-siden, hvor man altså fikk ett sett med systemer til, og fordi overføringsprosessen styrte tidsfristene de første to årene.

Jeg mener det å overføre et pasientgrunnlag for å fylle opp nye Ahus er en riktig beslutning. Det er mer et spørsmål om hvor mange prosesser man kunne legge oppå hverandre i Oslo universitetssykehus de første to–tre årene.

I den ideelle verden skulle planlegging og utredning av IKT-løsninger vært iverksatt på et mye tidligere tidspunkt, altså før fusjonsbeslutningen. Det er i den ideelle verden. Det ville antakelig ha gjort dette mye enklere.

Jeg har lyst til å understreke til slutt: Jeg hadde i min tid møter med tillitsvalgte og vernetjenesten to ganger hver eneste uke, og mange av de bekymringer som man har vært inne på, var tematikk nettopp i de møtene. Det var viktig informasjon for ledelsen å ha med, og vi delte jo bekymringer, og vi delte gode diskusjoner. Og så tror jeg det alltid vil være slik at det er ikke alle bekymringer ledelsen klarer å gjøre noe med på kort sikt. Det er likevel viktig at det kommer opp, og etter min oppfatning ble mye av dette reflektert nettopp gjennom ledelsens gjennomgang og de rapporter som gikk videre. Men det vil alltid være en ekstra belastning på en organisasjon i store omstillinger, og nettopp derfor mener jeg at det fokuset vi hadde på pasientsikkerhet, kvalitet og risiko fra dag én, var både helt nødvendig og viktig.

**Møtelederen:** Marthinsen.

**Steinar Marthinsen:** Jeg vil gjerne gjenta at dette var et riktig og viktig oppdrag, og jeg mener at Oslo universitetssykehus i den perioden jeg satt som styreleder, gjorde mange viktige og riktige valg. Det ble gjort noen feil, og det er noe som i etterpåklokskapens navn kunne ha vært gjort annerledes, men jeg er overbevist om at Oslo universitetssykehus er riktig vei å gå. I min tid som styreleder hadde vi også etter min oppfatning et godt samspill med de ansattevalgte i styret, og det er også verdt å merke seg at i den perioden var det nesten ikke protokolltilførsler eller stemmeforklaringer, som det har blitt nevnt tidligere, slik at vi diskuterte oss i prosess fram til det vi mente var gode beslutninger og gode vedtak, gitt de rammebetingelsene og forutsetninger som lå til grunn.

Det er et område som jeg i ettertid beklager at vi ikke kom tettere på, og det er for så vidt spørsmålet knyttet til hvordan man håndterte bemanningen. Det at vi ikke klarer å motivere flere til å gå til Ahus i den fasen overføringen skulle skje, har selvsagt bidratt til at vi har fått en større bemanningsutfordring i OUS i ettertid, men da må man også ta i betraktning at det var mange parallelle aktivite-

ter. Folk ønsket å være i Oslo universitetssykehus, men der gjorde ikke styret en god nok jobb i forhold til, kan du si, å fokusere på dette og sørge for at dette ble gjennomført slik at vi hadde en bedre balanse mellom det som gikk ut av Oslo universitetssykehus, og det som skulle inn i Akershus universitetssykehus.

**Bjørn Erikstein:** Oslo universitetssykehus er en viktig institusjon for Oslos befolkning, for hele regionen og for hele landet. Det er viktig at vi sammen får dette store prosjektet på plass. Jeg vil understreke at dette for meg nå er et betydelig organisasjonsutviklingsprosjekt, hvor det er viktig å gjøre de riktige tingene og hele tiden ha det beste for pasienten i tankene.

**Stener Kvinnsland:** Det er mitt privilegium som ny å kunne se nesten bare fremover og lære av det som har vært. Ledelse, kommunikasjon, dialog med ansatte, men også et veldig fokus på hele økonomistyringen – mange har diskutert omstillingsøkonomi og er opplært til å leve etter regnskapslovens prinsipper, og det må bli en bedre styring med økonomien. Vi må få bedre kontroll på kostnadene og dermed få en større investeringsevne. Dette er noe av det mest kritiske. Det er en nedslitt bygningsmasse og en nedslitt utstyrsmasse. Det er vår oppgave å se til at dette har bærekraft, og det vil da være et hovedfokus for meg. Så vil jeg samtidig si at jeg tror at det er gjørlig, men det kommer til å ta tid.

**Møtelederen:** Da vil jeg på vegne av kontroll- og konstitusjonskomiteen takke for at dere kom til oss, og for de bidragene dere har gitt, og for de svarene som vi har fått på våre spørsmål.

Vi tar pause i høringen frem til kl. 12.20.

Høringen ble avbrutt kl. 11.56.

----

Høringen ble gjenopptatt kl. 12.24.

*Høring med administrerende direktør, styreleder, tidligere styreleder og tidligere administrerende direktør ved Helse Sør-Øst RHF*

**Møtelederen:** Da er vi klare til å gå videre i denne åpne kontrollhøringen. Til denne bolken har vi invitert administrerende direktør samt styreleder og tidligere styreledere ved Helse Sør-Øst RHF.

Jeg vil få lov til å ønske velkommen til Per Anders Oksum, som er styreleder, Frode Alhaug, som er tidligere styreleder, Hanne Harlem, som også er tidligere styreleder, og administrerende direktør Bente Mikkelsen.

Velkommen også til de to bisitterne, som er konserndirektør Atle Brynestad og direktør for styre og eieroppfølging Tore Robertsen.

Vi har lagt opp til at hver av de inviterte får 5 minutter til en innledning, men jeg har forstått at dere har fordelt taletiden innenfor disse 20 minuttene dere imellom. Vi vil forholde oss til at dere ordner opp i det selv, men at vi totalt er ferdig på 20 minutter.

Jeg har forstått at det er Per Anders Oksum som skal starte. Vær så god.

**Per Anders Oksum:** Takk skal du ha.

Takk for invitasjon til å kunne orientere om en del viktige saker for Helse Sør-Øst.

Nå er det slik at jeg er ganske fersk som styreleder – jeg har vært det en måneds tid – så noe nytt blod er det jo her!

Jeg skal som sagt bare bruke noen få minutter. Etter meg kommer Hanne Harlem, som var styreleder fra 2007 og fram til i fjor vår, til å bruke litt mer tid, og deretter kommer Bente Mikkelsen til å gi en innledning. Vi skal samlet sett holde oss innenfor disse 20 minuttene, så det er sagt.

I tillegg er det Frode Alhaug, som sitter ved siden av meg her. Han var styreleder i perioden mellom Hanne Harlem og meg selv. Han skal ikke si noe i første omgang, men er selvfølgelig tilgjengelig for spørsmål i etterkant.

Nå har vi i alle fall på den korte tiden jeg har vært i styret, hatt gleden av å møte samtlige helseforetak i regionen. Det er jo ikke bare Oslo, det er ti stykker totalt sett, og jeg synes det er veldig gledelig også å kunne si at dette er i ganske god «ship-shape». I sju av de ti går det rimelig bra, både med økonomi og med det som er relatert til pasientsikkerhet og pasientkvalitet. Det er ikke i land, og det er fortsatt forbedringspotensial, men stort sett går det bra.

Hovedproblematikken er sentrert omkring denne aksen i Oslo, fra Vestre Viken, via Oslo og ut til Ahus – som er det som er spesielt bekymringsfullt også for oss.

Så handler det i dag spesielt om Oslo. Det er jo ikke noen ukjent sak at store omstillinger skaper en del uro i organisasjonen. Jeg tillater meg å si at jeg har ganske god erfaring med store omstillingsprosesser i industrien, så jeg kan i alle fall uttale meg litt på den bakgrunn.

Nå er det også slik at det er andre sykehus i regionen, f.eks. har vi vært flere ganger i Vestfold, som har gjennomført store omstillinger, som da i etterkant har vist seg å være ganske vellykket – og kommet i land med. Ut fra det jeg ser av de underliggende tingene også i Oslo, at det er store forbedringer som foregår til tross for enkelte uheldige episoder, er jeg helt overbevist om at vi skal kunne få dette til. Vi har satt sammen et styre som er dedikert og villig til å ta fatt på oppgaven, og vi er ganske sikre på at dette skal vi klare å få til innenfor de rammer som er gitt oss i oppdraget fra statsråden.

Da slutter jeg der, og så gir jeg ordet videre til Hanne Harlem.

**Hanne Harlem:** I flere stortingsmeldinger, fra 1970-tallet og helt fram til regjeringens beslutning i 2007, ble det drøftet og pekt på nødvendigheten av å få til en bedre samordning av sykehusene i Oslo-området. Innenfor noen få kilometer i Oslo lå det seks forskjellige sykehus: Rikshospitalet og Radiumhospitalet, som var statlig eid og drevet, Aker og Ullevål, som var drevet av Oslo kommune, og Lovisenberg og Diakonhjemmet, som var drevet av private. Det var 28 forskjellige spesialiserte regionfunksjoner som lå både dobbelt og trippelt. Oslo hadde en langt større andel av det totale legeantallet i landet enn det befolkningen tilsa. Problemet ble spissformulert av daværende hel-

seminister Ansgar Gabrielsen, som sa at det går en Berlinmur gjennom Oslo.

I tillegg var man altså midt i byggingen av nye Ahus, 2 km utenfor Oslos grense. Det nye sykehuset hadde kapasitet til å betjene en langt større befolkning enn det Stortinget hadde regnet med da det fattet sitt vedtak en del år tidligere.

Jeg tenker at det er viktig å ha dette med seg, fordi det i en sann kontrollhøring naturlig nok er fokus på hva som skulle vært gjort annerledes, hva som kunne vært bedre, men det er noe med å sammenligne med hva som var utgangspunktet.

Det som er helt sikkert, er at det ikke hadde vært felles klinisk arbeidsflate mellom disse seks sykehusene, eller tre sykehusene, hvis det ikke hadde vært et vedtak om å omstille.

Så da regjeringen i januar 2007 besluttet å slå sammen Helse Sør og Helse Øst til Helse Sør-Øst, var med andre ord oppdraget veldig klart. Helse Sør-Øst skulle få til en samordning i hovedstadsområdet. Vi skulle samordne fag, vi skulle ta ut stordriftsfordeler, vi skulle koordinere personell, arealer, IKT og investeringer. Og det skulle, naturlig nok, skje innenfor de økonomiske rammer som var stilt til disposisjon.

To av komiteens spørsmål i det som er sendt ut på forhånd, er – i kortversjon – om departementets styring har påvirket beslutningsresultatet, og om departementet har ansvar for resultatet. Svaret på det er jo selvfølgelig ja. Å gjennomføre endringer i Oslo-området var et klart oppdrag fra regjeringen, forankret i et bredt flertall i Stortinget. At departementets styring og oppfølging underveis har hatt betydning, er også åpenbart – det skulle bare mangle.

Men som styre, og styreleder, i Helse Sør-Øst aksepterte vi oppdraget og tok dermed ansvar for å gjennomføre det på de premissene som var gitt.

Hvordan angrep vi så det oppdraget vi hadde fått, og hva var vi opptatt av? Jo, for det første var vi opptatt av å være lojale mot oppdraget. For det andre var vi opptatt av at endringene skulle gi pasientene et bedre tilbud. Det var brukernes – pasientenes – behov som skulle ivaretas. Det skulle ikke være å spare penger – i anførselstegn – for det forelå utredninger i forkant av sammenslåingen som viste at det å slå sammen tre store sykehus med mange doble funksjoner kunne gi økonomisk gevinst. Men det var altså ikke styrets motivasjon, og det ønsket vi ikke å legge vekt på. Det var et bedre pasienttilbud og bedre kvalitet som skulle være motivasjonen for de vedtakene vi fattet.

Vi var bevisst på at endringene ville påvirke tilbudet til pasientene i hele regionen – og for den saks skyld nasjonen – og derfor måtte hele regionen trekkes inn. Medvirkning var helt sentralt, fra brukere, ansatte og også kommuner og fylkeskommuner. Det var noe av det styret brakte veldig tungt inn i prosessen – forholdet til kommuner og fylkeskommuner.

Til sist: Vi forsøkte å være bevisst på hva var det riktig og nødvendig at Helse Sør-Øst besluttet, og hva var det som best ble overlatt til hvert av foretakene – spesielt selvfølgelig Oslo universitetssykehus. Den type avveininger er jo avveininger Stortinget kjenner godt – balansen mellom

det å trekke opp rammer og lage felles regler og samtidig frihet lokalt til å utforme det som fungerer best der.

Så forut for prinsippvedtaket i november 2008 – det ble altså et og et halvt år med utredningsprosess fra Helse Sør-Øst, bl.a. – var det dialogmøter med over 1 000 fagfolk, medarbeidere og brukere. I høringsrunden kom det inn mellom 200 og 250 uttalelser. Det endelige vedtaket ble det arbeidet med utformingen av gjennom hele styremøtet, og da styremøtet ble avsluttet, var vedtaket enstemmig – inkludert alle de fem ansatterepresentantene. Vedtaket hadde også tilslutning fra brukerrepresentantene i styret. Vi var rett og slett veldig fornøyd med – det er jeg også i dag – det vedtaket vi den gangen fattet.

Men så er det ingen tvil om at Oslo universitetssykehus da fikk et krevende oppdrag, for Oslo universitetssykehus skulle utvikle sykehusene i samsvar med de prinsippene som var trukket opp. De skulle bedre rollen som lokalsykehus for Oslo, de skulle samle de 28 regionsfunksjonene, og de skulle tilpasse driften – både personell og arealer – til langt færre pasienter ved at et befolkningsgrunnlag på 160 000 skulle flyttes til Ahus. Men utover ansvarsoverføringen – altså dette med at befolkningen skulle flytte fra Oslo til Ahus, som selvfølgelig var viktig – var det ikke sagt tidsfrister. Endringene skulle skje i det tempo som var mulig innenfor foretakets økonomiske ramme.

Så kan man selvfølgelig spørre: Fikk Oslo universitetssykehus den hjelpen de burde få? Det finnes det antakelig ikke noe objektivt svar på. På den ene siden er det klart at endring koster. På den andre siden er det også sikkert at ved den samordningen som skulle skje, ville det være mulig å frigjøre midler noen steder for å bruke dem andre steder. Fra styret i Helse Sør-Østs side var vi opptatt av å vri så mye som mulig av de ressursene vi kunne for å lette omstillingen, men befolkningen på Sørlandet, eller i Østfold, skulle jo samtidig ikke få et dårligere tilbud enn det som rettelig tilkom dem.

Samlet sett mener jeg at vi klarte denne vridningen ganske godt. I perioden fra 2010 til 2013 vil det samlet ha vært gitt 3 mrd. kr i lån og tilskudd til bruk for omstillingsprosessen ved Oslo universitetssykehus. Dette fikk vi til samtidig med at Stortinget innførte en ny nasjonal inntektsfordelingsmodell som medførte at Helse Sør-Øst relativt sett fikk 1,2 mrd. kr mindre enn de øvrige helseregionene. Da vi fikk til de tre milliardene over i lån og tilskudd til Oslo, var det fordi alle de andre helseforetakene, som Østfold, Innlandet, Sørlandet – som driver godt – bidro til at vi samlet kunne understøtte omstillingen i Oslo.

Så kort til IKT, som komiteen spesielt har reist spørsmål om. Styret i Helse Sør-Øst har ikke spesifikt vært involvert i Klinisk arbeidsflate, men innenfor IKT-området er dette de fire tingene jeg vil trekke fram at styret i Helse Sør-Øst var opptatt av: Det var for det første standardisering og IKT-systemer som kunne snakke med hverandre – inkludert det å få lov til det av Datatilsynet. Vi prioriterte hvert år mer penger til IKT – vi flyttet altså penger mot IKT. Likevel fant vi det nødvendig, sammen med de øvrige regionale helseforetakene, hvert år i forbindelse med innspill til statsbudsjettet å be om at IKT ble prioritert nasjonalt. Innenfor de avsetningene vi selv gjorde,

ba vi om at man prioriterte IKT-utvikling som understøttet utviklingen i Oslo.

Vær så god, Bente.

**Bente Mikkelsen:** Takk skal du ha.

Det som er avklart her, er jo at vi gjennomfører en politisk både ønsket, drevet og villet prosess, som jeg tror alle egentlig har visst kom til å bli krevende. Det er jo på mange måter juvelen i det norske helsevesen som vi nå skal bringe videre. Dette er det største universitetsområdet, med de fleste landsfunksjonene, det mest høykompetente miljøet – og selvfølgelig en hovedstad med helt særskilte utfordringer.

Jeg har merket meg gjennom dagen i dag at det ikke er noen tvil om at alle egentlig synes dette er riktig, så det er prosessen det er en diskusjon om. Da har jeg lyst til å understreke det som Hanne Harlem har sagt – at vårt omstillingsprogram, vedtatt av styret i 2008 og bekreftet i foretaksmøte i november, var et program som skulle gå helt til 2020, og som Bjørn Erikstein har nevnt tidligere i dag, er det egentlig en utvikling som må pågå i all tid – i en avstemning mellom tilgjengelige ressurser og en medisinsk-faglig utvikling.

Vår jobb har jo hele tiden vært å bruke de rammene som vi har fått til Helse Sør-Øst, på den aller beste måten. Vi har en hel region bestående av ti fylker og 2,7 millioner mennesker – ti foretak. Vi føler at vi gjennom arbeidet med å legge et omstillingsprogram klarte å få en balanse. Det er jeg veldig stolt av, fordi de andre foretakene har brukt anledningen til å øke sitt handlingsrom ved å skape positive økonomiske resultater som gjør dem i stand til å investere i bygningsmasse, kompetanse og IKT, samtidig som det har gitt regionen rygg til, gjennom en økonomisk langtidspan, også å tåle at det har vært perioder, eller det kommer til å være perioder framover, hvor f.eks. Oslo universitetssykehus har vært nødt til å kunne ha en negativ resultatutvikling, og bli målt på det.

Det som Hanne Harlem sier, det å ha riktige roller og avklarte roller og spilleregler i en så stor omstilling, har vi prøvd å legge vekt på så godt vi har kunnet. I denne sammenhengen er jo Helse Sør-Øst eier av de ti helseforetakene. Vi har gitt krevende oppdrag til Oslo universitetssykehus, men definitivt også til alle de andre.

Noe av det som har vært grunnpilaren i vår aktivitet, er å fokusere på kvalitet og pasientsikkerhet. Vi har som et helt overordnet mål for hele omstillingsprogrammet inn mot 2020 at vi skal klare å nå den nasjonale kvalitetsstrategien, som komiteen kjenner fra den politiske behandlingen. Derfor synes jeg det er viktig å nevne at noe av det første Oslo universitetssykehus gjorde, var å få et felles IKT-system når det gjaldt avviksbehandling. De hadde et kjempfokus på meldekultur, på medvirkning og de ansatte, og som det første foretaket i vår region, en egen fag- og pasientsikkerhetsdirektør som rapporterte direkte til direktøren. De lå i forkant av å utvikle risikovurderinger og sårbarhetsanalyser, som selvfølgelig ennå ikke er fullt ut utviklet, men hvor de i et godt og tett samspill med bl.a. fylkeslegen i Oslo har prøvd stadig å få dette til å bli enda mer dekkende for den tota-

le virkelighetsopplevelsen som vi har hørt om tidligere i dag.

Det som er av nyere dato, er at vi også gjennom den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen har fått et ledelsesverktøy kalt Global Trigger Tool. Det er et litt fremmedgjørende begrep, men det det går ut på, er rett og slett at vi har en mulighet til å kikke inn i alle våre sykehus for å se om vi kan finne uønskede hendelser. Dere vet at rundt 4 700 mennesker dør hvert eneste år i Norge som en konsekvens av feil og mangler i norske sykehus. Så man skal selvfølgelig være ekstra årvåken i en omstillingsprosess, men det å si at det ikke er uønskede hendelser verken ved Oslo universitetssykehus eller andre steder, vil være helt feil.

Da er det også i hvert fall et positivt signal og tegn at når det gjelder denne testen, Global Trigger Tool, ligger altså Oslo universitetssykehus godt an. De ligger på 10 pst., kontra gjennomsnittet i Helse Sør-Øst, som er på 16 pst. Vi har jo også, så godt vi har kunnet, prøvd å fange medarbeidernes synspunkter rundt pasientsikkerhet og har en medarbeiderundersøkelse som vi sender ut til 70 000 ansatte. På den svarte de ansatte ved Oslo universitetssykehus at de ville følt seg trygge som pasienter på sykehuset. Det var det 78 pst. av dem som ble stilt spørsmål, som mente. De mente også at man hadde evnen til å korrigere for å motvirke feilbehandling. Det var det 71 pst. som mente.

Dette er i hvert fall noen positive tegn. Samtidig tror jeg vi skal være veldig ydmyke overfor det vi har hørt tidligere i dag, og som vi er vel kjent med, at opplevelsen av sikkerhet er både individuell og sammensatt av mange ting, og det er slett ikke alt vi måler. Vi er kommet ganske kort i Norge, selv om vi har forbedret oss stadig gjennom at vi har fått flere nasjonale kvalitetsregistre. Hele seks av dem ligger jo på Oslo universitetssykehus, så de er også der i front. Men det er klart at vi har ikke veldig gode, heldekkende undersøkelser som fullt ut kan betrygge oss på hvordan det står til med pasientsikkerheten og tallenes tale. At det er så mye som 10 pst. på Oslo universitetssykehus og 16 pst. i snitt i Helse Sør-Øst av unødvendige hendelser, viser jo dette. Dette har styret vårt vært ekstremt opptatt av, og det har også vært retningsgivende for administrasjonen i Helse Sør-Øst å følge opp.

Jeg tror at noe av det som fylkeslegen har utfordret Oslo universitetssykehus på, og som vi prøver å lære av i regionen, er hvordan vi i enda større grad kan fange den enkelte kliniske hverdag både som bruker og som de som faktisk jobber i sektoren, og få dette inn i vår totale risikovurdering. Det er noe vi må ta som en utfordring og jobbe videre med.

Jeg har ikke tenkt å si veldig mye mer om verken pasientsikkerhet eller IKT nå. Jeg regner med at det kommer en god del spørsmål. Men jeg har lyst til å si – og minne om – at hver dag får altså 3 300 pasienter behandling ved Oslo universitetssykehus. Det er 15 000 medarbeidere på jobb hver eneste dag. Dette er et stort sykehus som kan sammenlignes med andre store sykehus, men – likevel – i norsk målestokk er det et kjempestort sykehus.

Jeg er helt sikker på at alle de ansatte er veldig opptatt av å gjøre en god jobb. Man kan egentlig si at det

jeg er mest trygg på når det gjelder pasientsikkerhet, er at motivasjonen til den enkelte helsemedarbeider er kun én, og det er å gjøre det beste for pasientene. Derfor har jeg heller aldri vært i tvil om at når vi legger forholdene til rette for å få gode meldesystemer, vil meldingene øke. Og en melding som foreligger, er en mulighet til å gjøre det bedre.

Helse-Norge har som sagt ikke et fullgodt system for å måle kvalitetssikkerhet, og vi har hele tiden ønsket å ligge i front, være en pådriver og gjøre dette bedre. Jeg mener at utviklingen og etableringen av Oslo universitetssykehus er viktig. Jeg tenker jo at Norge, med den fantastiske posisjonen vi har, med å være nr. 2 i verden til å bruke penger på helse, bør etablere et konkurransedyktig høyspesialisert forskningsbasert sykehus, sånn som vi har her. Om ikke lenge åpnes dørene mot Europa, og da tror jeg vi kommer til å snakke om funksjons- og oppgavefordeling, ikke mellom fire sykehus i Oslo, men sannsynligvis inn mot Karolinska og inn mot hovedstaden København. Vi er nødt til å være i full vigør og klare dette på en god måte.

Det som er veldig betryggende, er at vi nå har fått et dedikert og kompetent både styre og ledelse. Jeg føler at de holdningene de har nå for å klare å lage et planverk som betyr noe for den enkelte, slik at man vet hvor man skal jobbe, hvem man skal jobbe med, hvor mange pasienter vi skal ha, hva fremtiden vil bringe på kort og lang sikt, er noe som kan bidra til at vi klarer å løse denne vanskelige, men veldig viktige oppgaven. Takk for oppmerksomheten.

**Møtelederen:** Takk skal dere ha. Vi er ferdig med innledningene og skal starte på utspørringene. Det er jeg som saksordfører som skal starte på det, og jeg overgir møteledelsen til Martin Kolberg.

Martin Kolberg overtok her som møteleder.

**Møtelederen:** Da gir vi ordet til saksordføreren, som er Anundsen selv.

**Anders Anundsen (FrP):** Takk for det.

Først til Hanne Harlem og beslutningen om sammenlåing av sykehusene. Lå det allerede da som en viktig premiss at man skulle ha en IKT-plattform som gjorde at sykehusene kunne samhandle også elektronisk?

**Hanne Harlem:** Det var ikke noe konkret premiss fra vår side om hvordan de skulle ordne IKT-systemene for seg.

**Anders Anundsen (FrP):** Men var det diskutert at det var viktig at man hadde et felles system som gjorde at man kunne kommunisere uten for store vanskeligheter?

**Hanne Harlem:** Det ligger i sakens natur at når du slår sammen tre sykehus, må man etter hvert få et felles system. Men det var jo tre sykehus, og veien fram til å få et felles system måtte man jo tilpasse, med tiden.



**Anders Anundsen (FrP):** Men det var det regionale helseforetaket som inngikk denne rammeavtalen med leverandøren som OUS skulle bruke for å få til denne IKT-plattformen og en klinisk arbeidsflate. Så sa du at det hadde ikke styret vært involvert i i det hele tatt. Men jeg mener bestemt å erindre at Marthinsen sa at han hadde inngått avtalen, men at styret hadde behandlet den etter at den var inngått. Er ikke det riktig? Eller husker jeg feil?

**Hanne Harlem:** Jeg tror ikke du husker feil, men han snakket om styret ved Oslo universitetssykehus. Styret i Helse Sør-Øst har aldri behandlet rammeavtalene med Logica.

**Anders Anundsen (FrP):** Så den avtalen er administrativt inngått, så det er administrasjonen som må ta ansvaret for det?

**Hanne Harlem:** Innenfor IKT var vårt styres hovedoppgave å prøve å tildele penger. Vi har en IKT-strategi og den type ting, men når det gjelder det konkrete arbeidet med hvilke avtaler, hvilke rammeavtaler, hvilke systemer, var det administrasjonen og i stor grad Sykehuspartner sammen med helseforetakene som ...

**Anders Anundsen (FrP):** Så da er det naturlig at jeg tar det opp med Bente Mikkelsen. Hvorfor i alle dager inngikk dere en avtale med så høy risiko?

**Bente Mikkelsen:** Det som var viktig for oss, var jo at vi fikk en regional rammeavtale. Det viktige var at ...

**Anders Anundsen (FrP):** Jo, men det var veldig, veldig viktig for Oslo universitetssykehus å få en klinisk arbeidsflate opp ved sammenslåingen når dette skulle fungere som én enhet. Hvorfor inngikk dere en avtale med så høy risiko?

**Bente Mikkelsen:** Vi har full trygghet for at den prosessen som ble kjørt, var av høy kvalitet, og at det var involvering fra faggrupper og fra Oslo universitetssykehus. Så jeg har ingen ...

**Anders Anundsen (FrP):** Men hvem er ansvarlig for at dette gikk så galt?

**Bente Mikkelsen:** Jeg har ingen grunn til å mistenke at det var noe galt med prosessen. Det er jo sånn at anskaffelser innenfor IKT-området er kompliserte, og jeg tenker at noe av det aller viktigste var at man innså at dette ikke ville fungere, og avbestilte. Det kunne sikkert vært en diskusjon om den avbestillingen var ...

**Anders Anundsen (FrP):** Men jeg er ikke helt der ennå. Jeg vil gjerne vite: Da dere valgte leverandør, fikk dere klar beskjed om at her er det en implementeringsfase som sannsynligvis er umulig å gjennomføre. Vi hørte Kuvås tidligere i dag si at han allerede på det tidspunkt var helt sikker på at dette kom til å gå frykte-

lig ille. Da er på en måte spørsmålet: Selv om dere sier at dere har hatt en bred arbeidsgruppe som er sammensatt av masse mennesker, hva er årsaken til at valget likevel endte på et sted hvor gjennomføringsrisikoen – i hvert fall hvis en leser dokumentene som er knyttet til KOFA-klagen – fremstår som vesentlig høyere enn alternativet?

**Bente Mikkelsen:** Som sagt har jeg hatt full trygghet for at de vurderingene som er gjort, og som Marthinsen redegjorde for, som er en totalvurdering av gjennomføring, pris, kvalitet osv., var gode nok.

**Anders Anundsen (FrP):** Men dette er ditt ansvar?

**Bente Mikkelsen:** Det er et ansvar for oss å inngå rammeavtaler når vi mener at det er hensiktsmessig for hele regionen. Selve gjennomføringen etter avropet er et ansvar for Oslo universitetssykehus.

**Anders Anundsen (FrP):** Hvor nær dialog har dere hatt med Oslo universitetssykehus i denne fasen? Har Oslo universitetssykehus på noe tidspunkt tatt opp med dere muligheten for å velge alternativer utenom denne rammeavtalen?

**Bente Mikkelsen:** Det har ikke vært en konkret henvendelse om det. Vi var veldig godt omforent om at man burde prøve å finne noe som kunne lese på tvers, i tillegg til det man hadde av felles administrativt system.

**Anders Anundsen (FrP):** Men hva har dere gjort konkret når dere ser at dette ikke fungerer? Dere har det overordnede ansvaret, og så ser dere at her klarer vi ikke å levere det som er forutsatt skal leveres. Hva er det dere har gjort aktivt for å bidra til at Oslo universitetssykehus kan komme i en posisjon hvor dette kan bli løst innenfor de fristene som dere egentlig hadde satt?

**Bente Mikkelsen:** Vi hadde ikke satt noen frister rundt dette. Det vi hadde fått brakt på det rene, er at fra 1. juni forelå det et felles pasientadministrativt system. I det lå det aller viktigste ...

**Anders Anundsen (FrP):** Jo, men det sto helt klart til og med i anbudsdocumentet at det var en frist knyttet til gjennomføringen ved OUS, at det skulle være ferdig implementert 1. juni 2010. Er ikke det riktig?

**Bente Mikkelsen:** Du tenker som en forutsetning for anbudsutgivelsen? Er det det du snakker om?

**Anders Anundsen (FrP):** Ja, jeg snakker om at dere har satt en frist for når dette systemet skal fungere.

**Bente Mikkelsen:** Det viktige for oss er at vi inngikk en felles regional rammeavtale, i stedet for at det bare ble

gjort til en avtale for Oslo universitetssykehus, sånn at vi kunne bruke den i hele regionen.

**Anders Anundsen (FrP):** Ja, men det var ikke det jeg spurte om. Jeg spurte om hva dere hadde gjort da dere så at dette ikke fungerte. Har dere gitt noen bidrag til Oslo universitetssykehus som kunne bidra til at de faktisk kunne få dette til å fungere? Dere satte jo som forutsetning da sammenslåingen skjedde, at en skulle få et system som klarte å få disse ulike systemene til å snakke sammen. Og så er problemet mitt at jeg klarer ikke å finne ut hvem som har ansvaret for denne skandalen. Det vil jeg vite.

**Bente Mikkelsen:** Det vi gjør regionalt, er at vi prøver å allokere så mye ressurser både menneskelig sett og pengeomessig sett som overhodet mulig, og det har vi gjort i denne prosessen her ...

**Anders Anundsen (FrP):** Det var egentlig et veldig enkelt spørsmål. Hvem har ansvaret for denne skandalen? Er det dere, eller er det universitetssykehuset?

**Bente Mikkelsen:** Ansvaret for gjennomføringen etter avropet ligger i Oslo universitetssykehus.

**Anders Anundsen (FrP):** Så det er Oslo universitetssykehus som her har gjort feilene som har ført til at dette ikke har blitt en realitet, ikke dere som har bestilt produktet?

**Bente Mikkelsen:** Jeg mener at Oslo universitetssykehus gjorde en riktig vurdering da de avbestilte.

**Anders Anundsen (FrP):** Har dere i denne forbindelse hatt noen dialog med departementet om dette?

**Bente Mikkelsen:** Vi har jo et oppfølgingsregime med departementet, hvor vi kommer innom mange av de driftsrelaterte punktene i hele omstillingsprosessen, hvor vi også kan ha redegjort for arbeidet vårt med IKT-systemet. Men departementet har aldri hatt noen reell behandling – hvis det er det du spør etter – av det pasientadministrative systemet.

**Anders Anundsen (FrP):** Når du sier «kan ha redegjort for», betyr det at du ikke vet om dere har redegjort for det?

**Bente Mikkelsen:** Vi redegjør jo for hvordan det går med hele omstillingen, så vi har også helt klart redegjort for våre aktiviteter på IKT-området, men ikke så spesifikt som det du er ute etter her. Altså: Vi går ikke inn og redegjør for en rammeavtale eller premissene for den, ikke engang omfanget av ressursene vi stiller til rådighet eller tempoet i ...

**Anders Anundsen (FrP):** Men såpass konkret at departementet har forstått at det er et problem med det som er en av de viktigste premissene for å få disse forskjellige sykehusene til å snakke sammen på IKT?

**Bente Mikkelsen:** Departementet er fullstendig klar over at dette var sykehus med 2 200 applikasjoner, hvor det ikke har vært styring ...

**Anders Anundsen (FrP):** Er svaret ja?

**Bente Mikkelsen:** ... på dette. De har vært veldig klar over at dette er et område vi var nødt til å jobbe med, og det har de gjort seg kjent med, men de presise ...

**Anders Anundsen (FrP):** Har departementet på noe tidspunkt gitt noen signaler om at dere skal velge noen andre veier enn dere har valgt så langt?

**Bente Mikkelsen:** Absolutt ikke.

**Anders Anundsen (FrP):** Tiden går usedvanlig fort! Det vi nå har fått avklart, er altså at det er styret ved Oslo universitetssykehus – som på det tidspunktet ble ledet av din viseadministrerende direktør, eller konserndirektør, som også inngikk denne avtalen – som har ansvaret for at dette ikke gikk bra. Er det riktig forstått?

**Bente Mikkelsen:** Det som er helt riktig, er at vi har ledet en prosess for en rammeavtaleinngåelse, slik vi gjør på veldig mange områder, og så har man gjort et avrop. Det avropet er behandlet i Oslo universitetssykehus.

**Anders Anundsen (FrP):** Jo, men du forstår bakgrunnen for spørsmålet mitt.

**Bente Mikkelsen:** Jeg svarte på spørsmålet.

**Anders Anundsen (FrP):** ... for her er det mange roller på samme sted. Men er det riktig oppfattet, det jeg sa?

**Bente Mikkelsen:** Det som er korrekt, er at vi som RHF har inngått en regional rammeavtale. Avropet er gjort av Oslo universitetssykehus, som både iverksatte og stoppet prosjektet.

**Anders Anundsen (FrP):** Men da er det riktig som jeg sier, at det er din viseadministrerende direktør, eller konserndirektør – avhengig av når dette skjedde – som inngikk avtalen på vegne av det regionale helseforetaket, som også er styreleder, og som sitter med ansvaret for at dette ikke gikk bra. Er det riktig forstått?

**Bente Mikkelsen:** Det regionale helseforetaket har ansvaret, og han – som min stedfortreder – undertegnet avtalen, den regionale rammeavtalen.

**Anders Anundsen (FrP):** Jeg må også en rask tur innom det som TV 2 avslørte i går, angående Oslo universitetssykehus. Det er selvfølgelig et problem for Oslo universitetssykehus, men det vi fikk inntrykk av gjennom reportasjen i går, var at dette var en slags akseptert praksis ved Oslo universitetssykehus. Har dere i

det regionale helseforetaket noen kjennskap til om dette er en praksis som følges ved Oslo universitetssykehus eller ved andre sykehus? Har dere fått noen rapporter om denne typen ventelistetriksing som her ble avslørt?

**Bente Mikkelsen:** Jeg så ikke det TV 2-programmet, men jeg har skjønnet at det man mener har foreligget her, er at man ikke har brukt prioriteringsforskriften på en riktig måte, og at pasienter som ikke er prioritert, har sluppet foran andre pasienter. Det er helt vesentlig for helsesektoren at vi bruker prioriteringsforskriften, så holdningsmessig, ledelsesmessig – på alle nivåer – er det uakseptabelt å avvike fra det. Det er egentlig det jeg kan si. Så vet jo ikke jeg hvordan dette faktisk er. I et sånt tilfelle vil vi be om å få en avklaring av de faktiske forhold fra Oslo universitetssykehus.

**Møtelederen:** Da er tiden til Anundsen ute, og møteledelsen går da tilbake til ham.

Anders Anundsen overtok her igjen som møteleder.

**Møtelederen:** Tusen takk. Og da er det en stor glede for meg å kunne gi ordet til neste utspørter, som er fra Arbeiderpartiet. Martin Kolberg, vær så god, du har 5 minutter til disposisjon.

**Martin Kolberg (A):** Det er godt at du uttrykker litt glede når det gjelder Arbeiderpartiet.

Vi er kommet til det punktet i høringen, vil jeg si – bortsett fra når vi skal snakke om pasientsikkerhet med fylkeslegen og Helsetilsynet senere i dag – at vi er nesten ved en sannhetens time når dere sitter her. For dere representerer den myndighet som er gitt av storting og regjering til å styre disse prosessene, i henhold til lov og i henhold til fullmakt.

Jeg regner med at dere har hørt noe av høringen før dere kom inn her. Da vil jeg begynne å spørre Oksum, som ny styreleder for Helse Sør-Øst: Har du styring på dette prosjektet nå?

**Per Anders Oksum:** Min klare oppfatning er at det svaret er ja. Så vil det alltid, dessverre, være uheldige hendelser som oppstår – være seg det som ble vist på tv i går, eller andre ting. Det må vi da gå etter og undersøke og finne en årsakssammenheng, med tanke på å lære av det.

**Martin Kolberg (A):** Her i Stortinget respekterer vi fullt ut at det alltid er utfordringer, men vi vil høre det svaret du nå ga. Det er bra at du sier det, da har vi en trygghet i forhold til det.

Det neste spørsmålet, som jeg også stiller til deg, men som også Mikkelsen kan kommentere, er: Er de økonomiske rammene tilfredsstillende, eller er det slik at de skaper så store vanskeligheter, som vi har fått presentert her tidligere i dag?

**Per Anders Oksum:** Så langt jeg har brakt i erfaring, har vi fått stilt en ramme til disposisjon fra Stortinget, og jeg mener det bør være tilstrekkelig.

**Martin Kolberg (A):** Mikkelsen – også en kommentar til dette, er du snill.

**Bente Mikkelsen:** Vi forholder oss til den rammen vi har fått, og det er det vi planlegger ut fra.

**Martin Kolberg (A):** Så påstandene vi har hørt fra ganske mange hold tidligere i dag – om at de økonomiske rammene er for små, at de gjør fusjonen veldig vanskelig og kommer til å utsette den, og at den truer pasientsikkerheten – er ikke sanne?

**Bente Mikkelsen:** Uansett hvor stor økonomi du har, så vil det foreligge prioriteringskonflikter, og det føles ofte som om man kunne trenge enda mer penger. Men det at vi har klart å stille til rådighet såpass mange milliarder kroner til Oslo universitetssykehus til denne omstillingen, synes jeg i seg selv er et tegn på at vi så langt har klart å håndtere dette innenfor rammen. Men at det er ufordringer, det skal vi ikke stikke under stol, og det er en del av lederskapet.

**Martin Kolberg (A):** Men hva er din kommentar til at representanter for alle de ansatte ved Oslo universitetssykehus har en annen virkelighetsoppfatning?

**Bente Mikkelsen:** Jeg leser det sånn at de er ærlige, redelige folk som ikke helt ser hvordan vi skal klare dette. Jeg tror det er en utrygghet og en usikkerhet i organisasjonen, og det er nok veldig mye en oversetterutfordring for oss som ledere, på flere nivåer, å kunne forklare hvorfor det faktisk kommer til å bli mulig både å utvikle dette sykehuset og til og med å erstatte gammel bygningsmasse og få nye etableringer på plass. Men jeg tror vi alle må huske på at vi er nødt til å ta tiden til hjelp. Vi kan ikke i forkant av noe her – sånn er ikke systemet – få en garanti, men med hardt og grundig arbeid vil vi komme i mål.

**Martin Kolberg (A):** Jeg vil også spørre om IKT. Det er svart mye på det, og vi får egentlig ikke et helt klart svar på hvem det er som sitter med ansvaret for den skandalen. For det er en skandale. Og da er det å spørre: Hva gjør Helse Sør-Øst nå for at vi skal få et skikkelig IKT-system på Oslo universitetssykehus så snart som overhodet mulig, og hva er forutsetningen for det?

**Bente Mikkelsen:** Vi har en veldig stor ressursinnsats inn mot Oslo universitetssykehus – det har vi hatt hele tiden. Nesten alle våre frie ressurser på IKT-området er brukt på Oslo universitetssykehus, og vi planlegger i et veldig godt samarbeid, som også Bjørn Erikstein sa før i dag, måter å få til klinisk informasjonsutveksling på. Det er klart at det er et opplevd og reelt behov. Samtidig synes jeg vi hørte det som jeg har betrygget meg om før, at når vi ikke har den helt optimale løsningen, har vi pasientsikkerhetsløsninger på plass.

Det som det også er redegjort for her, at vi nå har et arbeid som vi har tro på at kan løse deler av dette problemet innen første halvår, er jeg tilfreds med.

Men jeg har lyst til å si at det er viktig for komiteen å vite at dette er fire sykehus som nesten helt konsekvent valgte fire forskjellige løsninger. Man snakket om Helse Vest og Helse Nord i stad – det er ingen andre regioner som har en historisk fragmentær virksomhet slik som oss. Det kommer ikke til å være løst på alle måter innen første halvår, dette kommer vi til å bruke lang tid på, og vi må allokere mye ressurser over flere år for å få det til.

**Møtelederen:** Takk for det. Da er tiden ute, og det er Høyres Per-Kristian Foss som har 5 minutter – vær så god.

**Per-Kristian Foss (H):** Jeg har lyst til å starte med å rette mine spørsmål til Hanne Harlem, for hun sitter som avgått styreleder og kan reflektere litt friere over hva som gikk galt, og hva som var bra.

Mitt inntrykk gjennom høringen er at både fagfolk og den avgåtte direktør i OUS har pekt på to ting: IKT-systemet burde vært oppe å gå da fusjonsprosessen ble startet, og mer midler burde vært brukt på investeringer før prosessen ble startet. Da hadde det gått lettere.

Er du enig i det?

**Hanne Harlem:** Ideelt sett er jeg helt enig i at vi skulle hatt en helt annen IKT-struktur i spesialisthelsetjenesten og i Oslo enn det vi har hatt, men det er historiske grunner til at det er slik. Jeg tenkte da, og jeg tenker nå, at for å klare å begynne å jobbe sammen om å utvikle IKT-systemene felles var det en viktig forutsetning at det ble ett styre og én ledelse. Det var da det var på plass at det var mulig å begynne å jobbe sammen rundt hvordan dette skulle se ut.

**Per-Kristian Foss (H):** Det jeg spør om, er om det ikke kunne vært mulig å vente litt med fusjonsvedtaket, for at forutsetningene skulle være på plass.

**Hanne Harlem:** Nei, jeg tenker snarere tvert imot. Det fusjonsvedtaket innebar jo bare at man fikk ett styre og én administrerende direktør for de tre sykehusene. Det første året opererte man med tre helt selvstendige driftsenheter på Ullevål, Aker og Rikshospitalet.

**Per-Kristian Foss (H):** La meg stille spørsmålet på en litt annen måte: Ville prosessen de første årene gått lettere med et fungerende IKT-system?

**Hanne Harlem:** Ja, åpenbart.

**Per-Kristian Foss (H):** Hvorfor ventet man da ikke til det var på plass?

**Hanne Harlem:** For å lage et IKT-system var jo noe av poenget å slå sammen de tre sykehusene.

Når det gjelder selve planleggingen av prosessen i Oslo universitetssykehus fra Oslo universitetssykehus' ledelse, er det et spørsmål hvor fort de bestemte at de skulle gjøre

hva. Det hadde vi ikke vi noe krav til tempo på. Vårt oppdrag til dem var: Nå er dere sammen, nå må dere planlegge utviklingen av dette sykehuset.

Så ser jeg at det at man skulle miste 160 000 til Ahus, for å si det på den måten, om to år, var en viktig premis som satte noen føringer for fremdriften, som var en faktor i det, og som gjorde det vanskeligere for dem – det ser jeg. Det andre – hvis jeg skal være etterpåkløkt – er at jeg tenker nok at vi skulle vært flinkere til å følge dem enda tettere, vært enda tydeligere på elementer i oppdraget enn det vi klarte å være. Kanskje hadde vi for stor respekt for at nå hadde vi tatt prinsippvedtakene, nå skulle Oslo universitetssykehus finne sin vei. Det ble stående litt alene litt for lenge – at vi ikke fulgte tett nok opp.

**Per-Kristian Foss (H):** På spørsmålet du stilte i ditt eget innlegg, nemlig om de fikk den hjelpen de trengte, svarer du egentlig nå: nei, ikke helt.

**Hanne Harlem:** De kunne i hvert fall fått mer. Da tenker jeg kanskje ikke først og fremst på penger, for det var ikke penger som var problemet den første perioden, men en tydeliggjøring av f.eks. at det at man flyttet de 160 000, faktisk ville bety nedbemanning og reduksjon av arealer. Vi sa det, men kommunikasjonen rundt det var kanskje ikke tydelig nok.

**Per-Kristian Foss (H):** Det du sier, er altså at kombinasjonen av en fusjonsprosess samtidig gjennomført som en fusjonsprosess er ganske vanskelig. Selv i næringslivet er det ganske uvanlig. I størrelse er det høyst uvanlig i Norge.

Hvilken kvalitetssikring og risikovurdering gjennomførte dere i forkant av denne prosessen – når den var så vanskelig?

**Hanne Harlem:** Det var mye avveininger rundt om man skulle slå sammen alle tre, om man bare skulle slå sammen Ullevål og Aker – lage én region, ett lokalsykehus. Så var det også en diskusjon om Aker skulle gått til Ahus.

**Per-Kristian Foss (H):** Brakte dere inn noen eksperter på den typen prosesser utenfra til styret? Det finnes så mange eksperter på fusjon og fusjon, som har gjort det før.

**Hanne Harlem:** Vi opplever vel at det vi var opptatt av, var å trekke med nettopp fagfolk, brukere, ansatte – folk rundt. Dette var et politisk-demokratisk tema også, mer enn at vi følte det veldig nærliggende å spørre McKinsey – eller tilsvarende – om Aker skulle til Ahus, eller om Aker skulle til Rikshospitalet og Ullevål.

**Møtelederen:** Der er tiden ute, og det er Kristelig Folkeparti og Geir Jørgen Bekkevold som har inntil 5 minutter til disposisjon – vær så god.

**Geir Jørgen Bekkevold (KrF):** Takk.

Til Per Anders Oksum, ny styreleder: Du har jo altså inntrykk av at når det gjelder de økonomiske rammene, er

de gode nok. Da regner jeg med at du også mener at de økonomiske rammene som Oslo universitetssykehus har i omstillingsprosessen, også bør være gode nok.

Jeg sitter med en risikovurdering som ble lagt fram for styret for Oslo universitetssykehus 9. februar i år, hvor det bl.a. pekes på økonomi. Sannsynligheten er da stor for at økonomien kan få veldig alvorlige konsekvenser, noe som indikerer at bildet tegnes litt annerledes enn det du kanskje har fått inntrykk av.

Vil du utdype litt mer hva du mener med at den økonomiske rammen er god nok? Jeg regner som sagt med at du også mente at det gjelder Oslo universitetssykehus. Hvorfor er virkelighetsoppfatningen så forskjellig?

**Per Anders Oksum:** Virkelighetsoppfatningen bør ikke nødvendigvis være så forskjellig. Jeg mener at så langt jeg ser av disse papirene, bør det være tilstrekkelig til å gjennomføre det. Det betyr ikke at det er høy risiko, men en risikovurdering bruker man jo til å sette inn kompensierende tiltak og være oppmerksom på de områdene som er der. At Oslo universitetssykehus har en stor utfordring også økonomisk sett, er helt åpenbart. Men vi kan ta det enkle bildet: Når man flytter 160 000 potensielle pasienter over til Ahus, må det få konsekvenser for bemanningsnivået, eksempelvis, i Oslo. Det er det som er hovedproblemet, man bruker for mange månedsværk i forhold til de oppgavene man er tildelt. Det utgjør anslagsvis 300–400 mill. kr i året. Hvis man kan få orden på det, får man også midler til å investere i nødvendig utstyr eller hva det måtte være.

**Geir Jørgen Bekkevold (KrF):** Kompenserende tiltak i denne sammenhengen, hva vil det være?

**Per Arne Oksum:** Kompenserende tiltak vil bl.a. være at hvis man har utfordringer med økonomien, må man se å få orden på den daglige driften i sykehuset. Det er viktig for å skape rom til å få midler til andre tiltak.

**Geir Jørgen Bekkevold (KrF):** Jeg har også lyst til å komme litt inn på dette med pasientsikkerhet, for det har jo vært et tema og en rød tråd gjennom alle de bolkene vi har hatt. Dere sitter som eiere av ti helseforetak og har et betydelig ansvar for at også omstillingsprosessen når det gjelder Oslo universitetssykehus, ikke skal gå ut over pasientsikkerheten.

I den første bolken med de ansatte ble det uttrykt stor bekymring for at det går ut over nettopp pasientsikkerheten. Kan Helse Sør-Øst forsikre komiteen om at omstillingsprosessen ikke har ført til avvik, og at det ikke har ført til at det går ut over pasientsikkerheten når det er snakk om omstillingsprosessen?

**Bente Mikkelsen:** Er spørsmålet til meg?

**Geir Jørgen Bekkevold (KrF):** Det er til dem som måtte føle seg kallet.

**Bente Mikkelsen:** Som jeg sa i stad, er det klart at det ville være helt feil å utstede sånne garantier, for vi vet at et eller annet sted mellom 10 og 16 pst. av pasientene utsettes for feil og mangler, og så mange som 4 700 dør per år. Det å skille da mellom hva som skjer i omstilling, og hva som skjer i daglig drift, kan være vanskelig. Vårt initiativ har vært at man er nødt til å bygge så finmaskede systemer som overhodet mulig for å overvåke sikkerheten. Som jeg sier, der er vi som nasjon absolutt ikke fullendte. Men det vi har sett fra Oslo universitetssykehus, er i hvert fall noe av det bedre. Det vi gjør som eiere, er å være tydelige i vårt oppdrag. Vi har gjentatt i alle foretaksmøter med våre helseforetak at dette er et hovedfokus fordi kvalitet skal være resultatet av disse omstillingsprosessene.

**Geir Jørgen Bekkevold (KrF):** Jeg vil bare følge litt opp der. Vi snakker nå om norgeshistoriens største sammenslåing. Ba dere på noe som helst tidspunkt Oslo universitetssykehus om å lage et system som fanget opp avvik knyttet til omstillingsprosessen? Dette er spørsmål jeg har stilt tidligere. Det har tydeligvis ikke Oslo universitetssykehus gjort. Men har dere bedt om det?

**Bente Mikkelsen:** Det vi ba om i våre foretaksprotokoller, og spesielt utdypet i et brev i mai 2009, er at det skal lages veldig presise gjennomføringsplaner som går på endring i personell, senger, areal, og hvor også pasientsikkerhet og kvalitet skal være i fokus. Så dette er det vi kan gjøre som eiere, og så har vi veldig tett oppfølging, og vi har også veldig tett kontakt med fylkesleger, og vi følger opp det som er mulig. Jeg tror det man har valgt her, er først og fremst å lage et system som gjelder for hele driften. Man har kanskje ikke valgt å skille ut omstilling som sådan, men at man har hatt veldig tette risikovurderinger her, har jeg følt meg helt trygg på. Spesielt i denne prosessen hvor vi fikk flyttet ansvaret for 160 000 personer, var det et usedvanlig tett opplegg, og det var også veldig vellykket. Vi kunne ikke se at vi fikk uheldige hendelser ut av akkurat den manøveren.

**Møtelederen:** Takk for det. Da er tiden godt og vel ute, og Venstres Ola Elvestuen har 5 minutter til disposisjon. Vær så god.

**Ola Elvestuen (V):** Jeg vil tilbake til dette med Klinisk arbeidsflate. Jeg ble overrasket, for det virker som alle var veldig fornøyd med prosessen, og det forundrer meg jo når resultatet er så fryktelig dårlig. Da må det være ett eller annet i prosessen her som gikk galt, og jeg vil gjerne ha en kommentar på: Hvordan kan man være fornøyd når intensjonen er god og resultatet så dårlig? Bente Mikkelsen, takk.

**Bente Mikkelsen:** Selvfølgelig går det ikke an å være fornøyd når man har brukt penger og man ikke har fått igjen det man ønsket seg. Det er det ingen tvil om, og det er klart at vi beklager det, og vi beklager det kanskje særskilt for den arbeidssituasjonen som de ansatte da ikke har fått løst. Jeg tror bare vi ikke kan si det på annet vis enn

at man endte opp med dette resultatet, og sånn som jeg kan vurdere det, gjorde man en riktig beslutning ved Oslo universitetssykehus da man stoppet det. Det går sikkert an å diskutere premissene. Det går sikkert også an å diskutere hurtigheten i hvordan man organiserte virksomheten i Oslo. Dette er noe Oslo selv sto overfor, og det ble sagt fra de ansatte før i dag også at det at man valgte klinikkgjennomgående strukturer, aksentuerte noe av problemet med at vi ikke fikk systemer til å snakke sammen. Så jeg tenker det er læringspunkter å ta med seg, og vi har gjort evalueringer, og vi har selvfølgelig tatt med oss dette inn i det videre arbeidet. Man kan selvfølgelig også diskutere det å sette det opp som et så ultimat premiss fra et styre og en ledelse: Er det riktig, eller burde man ha tenkt at det kunne ta litt mer tid? Det er som sagt vanskelig å være annet enn et snev av etterpåklok, men vi beklager det på det aller sterkeste selvfølgelig.

**Ola Elvestuen (V):** Det er selvfølgelig nødvendig at når noe går galt, må man være villig til å få alt på bordet, og så må man ta læring av de prosessene, av hva som gikk feil. Tidligere har vi også hørt innspill som sier at allerede ved kontraktsinngåelsen var man overbevist om at dette ikke ville fungere. Så det må være noe ved vurderingene som kunne vært fanget opp tidligere. Man skal gjøre nyanskaffelser også på IKT-siden. Har man tatt en gjennomgang av prosessene, er det noe som gjøres annerledes neste gang, eller er man fortsatt fornøyd med den måten man jobber etter?

**Bente Mikkelsen:** Jeg kan ikke svare spesifikt – jeg holdt på å si – langs den linjen rundt akkurat denne anskaffelsen, men det jeg føler meg helt trygg på, er at vi har satt opp strukturer i foretaksgruppen som tar med seg både læring og kunnskap fra hele organisasjonen. Vi har også et veldig tett samarbeid med de andre regionene gjennom Nasjonal IKT, som ledes av Helse Vest, hvor vi selvfølgelig drøfter disse tingene som vi av ulike grunner ikke helt får til å virke. Så læringseffekten føler jeg meg trygg på at vi tar med oss videre.

**Ola Elvestuen (V):** Ellers så framstår det jo her som om dere egentlig er ganske fornøyd med hovedbildet og utviklingen i Helse Sør-Øst, og også den omstillingen som er i Oslo universitetssykehus. Er det en riktig oppfatning, eller er det noe som burde vært gjort annerledes?

**Per Anders Oksum:** Jeg kan gjerne svare på det. I etterkant vil alt kunne gjøres annerledes. Vi vil sikkert komme om to uker og si at enkelte ting da også bør gjøres annerledes. Dette er jo en kontinuerlig utviklingsprosess. Fusjonen er jo gjennomført.

Så er det som Erikstein ganske riktig påpeker: Dette er et langsiktig arbeid, en langsiktig utviklingsprosess, og da må man justere litt underveis. Alt går ikke den slagne landevei. Vi vil sikkert komme til ting som vi kan både beklage og ønske annerledes også underveis, men i de store linjene – og det er det jeg synes kommer litt i skyggen av alle disse uheldige episodene – er det mange

positive resultater å observere. Det er det vi må prøve å holde fast på, og følge opp framover, i håp om at vi da får enda flere av disse positive eksemplene. Så vil det underveis komme hendelser. Da er vår viktigste oppgave å sørge for å få analysert dem og ta lærdom av de hendelsene som skjer, med tanke på at de ikke skal repetere seg, og gjennom det ha et kontinuerlig kvalitetsforbedringsfokus på det arbeid som foregår ved Oslo universitetssykehus og andre sykehusforetak i Norge.

**Ola Elvestuen (V):** Jeg er enig i at det er veldig mye positivt som skjer, og man skal ha fokus på alt det som er veldig bra. Men det er også litt sånn at det skulle egentlig bare mangle, med den innsatsen vi har innenfor helsevesenet i Norge, at det meste selvfølgelig alltid må gå bra. Det vi må vurdere, er jo nettopp de bitene hvor det ikke fungerer godt nok. IKT-satsingen og om det har hatt innvirkning på pasientsikkerheten, er ett eksempel. Så er det også ...

**Møtelederen:** Taletiden er ute. Hvis du har et kort spørsmål som har et kort svar ...

**Ola Elvestuen (V):** Du skal få lov til å avbryte meg.

**Møtelederen:** Vi har i hvert fall kommet gjennom alle partiers spørreunder. Det kan jo være at det åpner seg nye muligheter under den runden vi nå skal over til, nemlig runden for oppklaringsspørsmål. Da er det viktig at spørsmålene er korte, og at svarene også er korte, sånn at vi får stilt de spørsmålene som skal til. Jeg har tegnet meg selv som saksordfører først, så er det Marit Nybakk etterpå.

Mitt første spørsmål er relatert til noe Hanne Harlem sa, som jeg stusset over. Hun sa noe i retning av at i etterpåklokskapens lys kan man kanskje se at man skulle fulgt opp universitetssykehuset tettere enn det som ble gjort. Men viseadministrerende direktør i det regionale helseforetaket var jo styreleder. Kan man følge det opp noe særlig tettere enn det, da?

**Hanne Harlem:** Vi fulgte det opp tett, og foretaksprotokollene var knalltydelige på hva oppdraget var. Når jeg nå tenker på hva mer vi kunne gjort, går det mer på dialog og tilstedeværelse. Kanskje skulle jeg, kanskje skulle Bente Mikkelsen, i enda større grad deltatt, snakket og vært med i ledelsen ved Oslo universitetssykehus og ute på avdelingene, fortalt hva det var som skulle skje, vært tydeligere, ikke minst på de negative sidene, for å si det sånn, ved de beslutningene som var tatt. Det er ikke sikkert det ville vært bra, heller. Det kunne jo skapt mye uro på et annet tidspunkt, som kanskje ville vært uheldig, men p.t. tenker jeg at en kanskje skulle hatt mer tilstedeværelse på den måten og ikke så stor respekt for at nå var det Oslo universitetssykehus som liksom skulle ordne opp i dette. Det hadde kanskje vært bedre. Men jeg er ikke sikker, skjønt det var det som lå i svaret mitt.

**Møtelederen:** Det holdt ikke med viseadministrerende direktør som styreleder, altså.

Da er det Marit Nybakk – vær så god.

**Marit Nybakk (A):** Takk. Fra de tillitsvalgte side ble det bl.a. sagt at man har laget en organisasjon som om man var samlokalisert. Det ble også anført, vel, fra alle organisasjonene at det er behov for større investeringer, nærmest som en forutsetning. Hvordan grep ledelsen ved Oslo universitetssykehus tak i dette? Ble dere på noe tidspunkt presentert for en gjennomarbeidet plan for investeringer ved Oslo universitetssykehus? Hvordan håndterte dere i så fall det? Sendte dere det videre opp til departementet, eller sendte dere det tilbake?

**Bente Mikkelsen:** Vi stilte jo det vi kaller resultatavhengige investeringsmidler, til rådighet ved Oslo universitetssykehus både i 2010, 2011 osv. Det første året ble det bare brukt en liten andel av det vi stilte til rådighet, så det var først våren 2011 vi begynte å få konkrete prosjekter. Vi hadde en styrebehandling av det som er innvilget som et prosjekt, som er en ny akuttdel av akuttavdelingen på Ullevål. Vi synes jo at man jobbet med gode ideer og gode planer, men å gå fra plan til noe som kan resultere i en søknad, er en ganske lang prosess, og man er kommet mye lenger med dette i dag. Så jeg tror og håper at vi vil få mye mer avklaring på de konkrete prosjektene i det året som kommer, enn det vi har hatt hittil.

**Marit Nybakk (A):** Bare kort til oppfølging: Var det også slik at det fra Helse Sør-Østs side var en intensjon om å selge deler av eller hele Aker for å finansiere nye investeringer ved Oslo universitetssykehus?

**Bente Mikkelsen:** Her har vi hatt veldig respekt for det som har ligget i foretaksprotokoller. Når det gjaldt Aker sykehus, fikk vi veldig tydelig beskjed om hvordan vi skulle fylle det med innhold, noe vi også er veldig glade for, nemlig Samhandlingsarena Aker. Det er klart at etter hvert vil det helt sikkert bli aktuelt å realisere noe av bygningsmassen. Bare på Oslo universitetssykehus har vi 1 mill. m<sup>2</sup>.

De forløpige arealplanene viser at vi antakeligvis skal redusere med 30 pst., og det er også vår mulighet til å få ut en del av det gamle og få nye bygningsdeler inn.

**Møtelederen:** Ola Elvestuen – vær så god.

**Ola Elvestuen (V):** Dette er en veldig omfattende omstillingsprosess, som tar veldig store ressurser, og de økonomiske rammene må holdes. Da lurer jeg på: Har Helse Sør-Øst foretatt en vurdering av om denne omstillingen og disse ressursene gjør at det er enkelte pasientgrupper som blir nedprioritert nærmest fordi omstillingen i seg selv tar så store ressurser? Jeg tenker spesielt på rus og psykiatri.

**Bente Mikkelsen:** Som du peker på, har Helse Sør-Øst et sørge-for-ansvar. Det betyr at vårt styre må, ved behandling av årlig melding, få seg forelagt noe som gjør at vi kan føle oss trygge på at vi i sum gir det tilbudet vi skal til befolkningen vår. Vi har mange ulike teknikker for å kunne etterøke til enkelte pasientgrupper. Det kan være i en vekslingsfase mellom sykehus, eller det kan være at det er vel-

dig kostnadskrevene pasienter som krever store omprioriteringer. Dette er vi i løpende dialog med sykehusene om, og vi overvåker det på ulikt vis.

**Møtelederen:** Hanne Harlem har et lite tillegg her.

**Hanne Harlem:** Jeg hadde bare lyst til å si at en viktig målsetting og et viktig motiv også for omstillingene var jo å bidra til å frigjøre mer midler og ressurser over mot de prioriterte områdene, som rus og psykiatri.

**Ola Elvestuen (V):** Mener dere at dere har lyktes med det?

**Hanne Harlem:** I hvert fall fra de siste tallene jeg husker, er det ikke noen tvil om at mengden ressurser til både rus og psykiatri har hatt en vesentlig økning, og en mye større økning enn innenfor de andre områdene i alle de årene jeg har vært involvert i hvert fall.

**Møtelederen:** Takk for det. Da er det Martin Kolberg – vær så god.

**Martin Kolberg (A):** Fylkeslege Petter Schou, som sitter her, han har ved flere anledninger – i alle fall i mediene – gitt inntrykk av at pasientsikkerheten er i fare hvis man ikke tar en pause i omstillingen. I brevene står det litt andre ting, men det skal vi komme tilbake til når han skal høres litt senere. Men det er klart at for oss på politikersiden er det en alvorlig uttalelse fra en statlig representant, som har ansvaret for pasientsikkerheten. Hva er Bente Mikkelsens kommentar til dette? Er det nødvendig for oss å mene at vi må bremse tempoet i omstillingen for at ikke pasientsikkerheten skal settes i fare, slik som fylkeslegen gir inntrykk av?

**Bente Mikkelsen:** Jeg tror det er viktig først å si noe her, for det har vært så mye snakk om frister. Den eneste fristen som er satt fra Helse Sør-Østs side, ble satt da vi overflyttet ansvaret for en befolkning på 160 000. For øvrig er handlingsrommet til å organisere og planlegge virksomheten på Oslo universitetssykehus.

Like fullt er det klart at når vi ser slike uttalelser, er det alltid en anledning for styret på sykehuset og også gjennom den administrative dialogen å forsikre seg om at det ikke er deler av omstillingen som nettopp blir kjørt på en slik måte at det får konsekvenser for pasientene. Men «basically» vil jeg si jeg har trygghet for at dette har styre og ledelse et fokus på.

**Martin Kolberg (A):** Så med stor trygghet kan du nå si til Stortinget at fylkeslegen tar feil?

**Bente Mikkelsen:** Nei, det vil jeg absolutt ikke gjøre. Men det jeg kan forsikre Stortinget om, er at vi stiller krav, og vi følger opp overfor Oslo universitetssykehus, slik at vi føler oss trygge på at omstillingene går i det tempoet som er tålelig for både ansatte og spesielt pasientsikkerheten. Pasientsikkerheten er det aller viktigste vi styrer etter.

**Møtelederen:** Takk for det.

Da har jeg tegnet meg selv. Det var mer fordi jeg ikke kan dy meg. Oksum var veldig tydelig på at de økonomiske rammene som helseforetaket har, er tilstrekkelige til å gjøre den jobben helseforetaket skal gjøre. Likevel er deres helseforetak det eneste som går med underskudd til tross for balansekrav. Har du noen kommentar til det?

**Per Anders Oksum:** Ja, siden alle andre klarer å få det til – ikke alle, men syv av ti klarer å få det til – må det være en god indikasjon på at dette bør gå også i Oslo. Oslo har fått tilført mye ekstra midler, som det har vært redegjort for her mer detaljert, underveis. Så langt kan ikke jeg skjønne annet enn at de bør ha tilstrekkelig midler til å klare å komme seg gjennom dette på en forsvarlig måte.

**Møtelederen:** Så det handler rett og slett om kompetansen til dem som utfører jobben?

**Per Anders Oksum:** Nei, ikke kompetansen til dem som utfører jobben, men dette er et tungt, vanskelig, langt arbeid som fordrer en meget god ledelse i samarbeid med de tillitsvalgte og øvrig ansatte på sykehuset. Det er mitt bestemte inntrykk, i hvert fall med de ledere jeg møter nå, med både Stener Kvinnsland som styreleder og Bjørn Erikstein som administrerende direktør, at det er et meget kompetent og godt team, som vil få dette skikkelig på skinner.

**Møtelederen:** Martin Kolberg – vær så god.

**Martin Kolberg (A):** Jeg er indirekte berørt – jeg er klar over det, men allikevel: Dere observerte muligens at da vi snakket med ledelsen for universitetssykehuset i stad, viste det en åpenbar uenighet mellom representanter for de ansatte og ledelsen på sykehuset når det gjaldt denne siste ventelisteutfordringen, som vi har hatt – jeg får bruke det uttrykket. Vi sitter her med en rekke klipp, som har kommet i løpet av de siste timene, hvor bl.a. pasientombudet i Akershus understreker det som blir sagt der. Hva vil Helse Sør-Øst og Bente Mikkelsen, som direktør, nå konkret gjøre for å håndtere dette? Jeg vil gjerne også ha en mening om hvordan sånne ting kan skje.

**Bente Mikkelsen:** Som jeg sa i stad, er det klart at holdningsmessig er denne saken klinkende klar: Det er den medisinske tilstanden og prioriteringen rundt den enkelte pasient som skal være gjeldende. Det første jeg vil gjøre, som jeg gjør i alle sånne saker, er at jeg ber om en redegjørelse fra Oslo universitetssykehus for å se hvordan de takler saken.

Vi har også, hvis det ikke blir klarhet med dette, en konsernrevisjon, som også kan gå ytterligere inn i saken. Dette er en særdeles alvorlig påstand – jeg kan vel ikke egentlig si påstand, men det er på en måte en påstand så lenge vi ikke har mer detaljer i saken.

Hvordan det kan skje, har jeg ikke lyst til å spekulere i. Vi har, som du kanskje også har sett, foretatt en gjennomgang av alle de pasientadministrative systemene i Helse

Sør-Øst – vi har kartlagt dem – og vi ser at på informasjonssiden har vi veldig mange feil og mangler. Vi har vært nødt til å sette i gang et stort regionalt prosjekt. Det jeg får håpe, er at dette helst ikke er sånn, men hvis det er sånn, håper jeg det er en lokal situasjon, og at den lett lar seg rette opp.

Jeg synes selvfølgelig det er vanskelig å uttale seg. Vi vet egentlig ikke noe mer enn det vi har fått referert her i dag, så vi må komme til bunns i saken. Ansvaret ligger i første omgang hos Bjørn Erikstein og Stener Kvinnsland.

**Møtelederen:** Takk for det. Da er vi kommet til enden av denne delen, og vi er ved avslutningen. Dere har inntil 10 minutter til å foreta en slags oppsummering – det betyr ca. 2 minutter på hver – hvis dere skulle ønske det. Da begynte Oksum sist, så det kan være at han vil begynne nå også.

**Per Anders Oksum:** Jeg kan være ganske kort, og så kan vi la tiden øke langs benken her.

Jeg vil bare gjenta at jeg er veldig glad for at det som ble understreket i oppdraget fra statsråden, er at det er pasientsikkerhet og kvalitet i behandlingen som er de viktigste parametrene å styre etter, og så skal det selvfølgelig balanseeres mot en sunn økonomisk utvikling. Igjen vil jeg gjenta: Dette er hardt arbeid. Jeg føler at de signalene vi får tilbake fra ledelse, til tross for at det er ulike oppfatninger innad i organisasjonen, gjør at dette kommer til å gå bra.

**Hanne Harlem:** En sånn prosess som pågår ved Oslo universitetssykehus, vil alltid kreve at man kommer med tiltak og gjør justeringer av kursen underveis, og det at man er nødt til å gjøre det, behøver ikke å bety at vedtakene som har vært gjort, har vært feil.

Jeg har stor tro på at det allerede har blitt forbedringer, og at det kommer til å fortsette å utvikle seg i riktig retning. Så er jeg opptatt av at man nå i diskusjonen knyttet både til uro og til penger skiller mellom det som er ønskede investeringer, som alle ønsker, og det som faktisk er forutsetninger for sammenslåingen og for den videre omstillingen, for i mange av de tallene som har blitt presentert, tror jeg det er elementer av begge deler, for å si det sånn.

Det andre jeg tenker er viktig, er at man må skille mellom det som er en helt naturlig uro knyttet til en sånn endringsprosess som man er inne i, og den delen av uroen som det virkelig er grunn til å ta alvorlig. All uro skal man ta alvorlig, men det er litt ulike grader, og en del av denne uroen måtte man forvente. Og så må den sittende ledelsen nå gjøre tiltak og justere kursen.

Etter i dag å ha hørt både de ansatte og ledelsen ved Oslo universitetssykehus er jeg fortsatt veldig trygg på at vi gjorde rett vedtak i 2008. Jeg synes at vi alt i alt har kommet langt og godt selv om det har vært feilet underveis, og er veldig trygg på at det kommer til å bli enda bedre ved Oslo universitetssykehus fremover. Det kommer til å være til glede for hele landet.

Så en liten bemerkning til slutt knyttet til den diskusjonen som har gått rundt Klinisk arbeidsflate og etterspørselen etter hvem som har ansvaret. Det er jo dessver-



re slik her i verden at det er en del ganger at summen av en rekke enkeltavgjørelser gir et uheldig resultat, selv om enkeltavgjørelsene hver for seg ikke var feil, og at de enkeltavgjørelsene kan ha vært fattet på ulike nivåer. Det går kanskje ikke an å peke på én ansvarlig. Her er det sammenvirkende årsaker. Det er jeg for øvrig også sikker på at saksordføreren egentlig er fullt ut klar over.

**Bente Mikkelsen:** Jeg har også lyst til å si at vi skal ha en voldsom ydmykhet når vi gjør endringer, og det er vel kanskje en grunn til at ingen før oss torde å gjøre dette. Det har jo vært et ønske siden 1970, så noen må vel ha ant at dette ikke var det letteste å gå i gang med. Men det jeg føler meg trygg på, er jo at det var, og har vært, hele tiden – jeg holdt på å si – et terrpolitisk grunnlag for det vi gjør. Det er faktisk en ganske stor trygghet når vi i tillegg vet at det er støtte for dette faglig. Jeg hører jo heller ikke de ansatte si noe annet, men man etterlyser bedre prosesser.

Det som jeg også har lyst til å ta frem, er at det, nesten fascinerende, også er sånn at dette støtter de andre regionene, enda de jo ser at det vi er i ferd med å lage her, er et fantastisk konkurransedyktig, nesten litt truende, universitetssykehus – hvis man ser det fra resten av Norge – og likevel heier man på det. Det tenker jeg er godt å ha med seg.

Det som ligger meg tungt på hjertet, og som jeg faktisk synes er det som virkelig er krevende, er nettopp det at man har denne opplevelsen av ikke å være ordentlig med i prosessen, ikke være helt sikker på om nærmeste leder har de fullmaktene som skal til, ikke å vite hvordan hverdagen blir om én uke, om to uker og på en måte bli omfattet av en sånn frustrasjon som er her. Jeg tror det er så vanskelig at man faktisk ikke kommer videre her før det reetableres utrolig gode og trygge relasjoner helt fra bunnen, der hvor egentlig pasientene er, og helt opp til toppen. Det er vi veldig klar over, så dette er et felles prosjekt som både Helse Sør-Øst, de andre regionene, kommunen og selvfølgelig ledelsen ved Oslo universitetssykehus skal jobbe sammen om.

**Møtelederen:** Da vil jeg på vegne av kontroll- og konstitusjonskomiteen takke for at dere kom til oss i dag og bidro med de opplysningene dere har gitt, og svarte på våre spørsmål. Så vil vi fortsette vårt arbeid og ta med de opplysningene dere har kommet med i det arbeidet, inkludert det siste innlegget fra Hanne Harlem om små beslutningers store konsekvenser.

Vi tar pause i høringen frem til klokken er 13.40.

Høringen avbrutt kl. 13.36

-----

Høringen ble gjenopptatt kl. 13.44

*Høring med Lars E. Hanssen, direktør Statens helsetilsyn, og Petter Schou, fylkeslege Oslo og Akershus*

**Møtelederen:** Da fortsetter vi denne høringen i kontroll- og konstitusjonskomiteen.

Jeg vil ønske velkommen til fylkeslege i Oslo og Akershus, Petter Schou. Jeg vil også ønske velkommen til Lars E. Hanssen, direktør i Statens helsetilsyn, som har med seg ass. direktør Geir Sverre Braut og avdelingsdirektør Gorm Are Grammeltvedt som bisittere. Velkommen også til dere.

Vi har lagt det opp slik at dere får inntil 5 minutter hver til å innlede. Da gir jeg ordet til den av dere som vil begynne, og det ser ut til at det er Petter Schou – vær så god.

**Lars E. Hanssen:** Vi tar en kort innledning hver. Jeg begynner.

Jeg vil si at Fylkesmannen, tidligere helsetilsynet i fylket, fører tilsyn med helsetjenesten i sitt fylke. Statens helsetilsyn er faglig overordnet Fylkesmannen. Fylkesmannen har ansvar for å følge opp virksomheten til påpekte avvik er lukket, eller det vurderes nødvendig å sende saken til Statens helsetilsyn for eventuelt å gi pålegg. Tilsyn er myndighetenes utadrettede virksomhet for å påse at myndighetskravene, lov og forskrift, etterleves. Vårt mandat er å gripe inn dersom helsetjenesten drives i strid med myndighetskravene og på en måte som kan ha skadelige følger for pasientene, eller på annen måte er uforsvarlig. Grunnlag for dette får vi ved å innhente informasjon fra virksomheten og andre og bygger på annen informasjon som vi har.

Det er viktig å understreke at det er eier og driver som har det hele og fulle ansvaret for at helsetjenestene som ytes til enhver tid, er forsvarlige, og at virksomheten selv har en løpende oversikt over områder med fare for svikt. Tilsynsmyndigheten har ved oppstarten av prosessen og underveis overfor eier understreket betydningen av at det foretas risikoanalyser, og at disse legges til grunn i prosessen.

De løpende vurderingene er gjort av Fylkesmannen, som primær tilsynsmyndighet. Dette omfatter behandling av tilsynssaker på grunnlag av henvendelser fra pasienter, ansatte ved OUS, meldinger etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3, denne meldeordningen som dere kanskje er kjent med. Verken Fylkesmannen eller Statens helsetilsyn har hatt informasjon som tilsier at tilsynet burde gripe inn med sine formelle virkemidler for å påvirke eller stanse prosessen.

Det er også enkeltsaker som kommer fra Fylkesmannen til Statens helsetilsyn, og vi har ikke hatt holdepunkter for at det har vært klar årsakssammenheng mellom lovbrudd påpekt i enkeltsaker og den pågående omstillingsprosessen.

Dere har vært innom IKT-systemer, som vi ikke nødvendigvis har detaljert kjennskap til, i Oslo universitetssykehus, men generelt i Helse-Norge er det betydelige utfordringer som er så gjennomgående at vi har henvendt oss til Helse- og omsorgsdepartementet med dem, (brev av 31. mai 2011, jf. helsetilsynet.no), nettopp fordi de gjelder alle regionale helseforetak, også Helse Sør-Øst har spilt inn veldig tydelige og omfattende utfordringer også ved Oslo universitetssykehus. Siden vi har gått til departementet med denne bekymring, satte de ned et eget prosjekt i fjor sommer, ledet av departements-

råden, hvor de virkelig griper fatt i disse utfordringene.

Men det er viktig å ha som bakgrunn for denne høringen at tilsynsmyndigheten mener at helsetjenestene i Norge generelt drives med for høyt risikonivå. Det betyr ikke nødvendigvis at det er uforsvarlig, men vi mener, og vi har dokumentert f.eks. innen kreftomsorgen, at det er et for høy risikonivå. Det betyr at vi konsekvent har etterspurt risikoanalyser, og særlig ved introduksjon av ny teknologi og ved større organisatoriske endringer foreligger det ofte ikke et tilstrekkelig erfaringsmateriale som alene kan gi en tilfredsstillende beskrivelse av risiko. Da må virksomheten også forholde seg til usikkerheten knyttet til mangelen på kunnskap om virkningen av den nye situasjonen. Det tilsier etter vårt syn en stor varsomhet i planleggingsfasen og etableringen av overvåkingssystemer i innkjøringsfasen.

Dette har vi sett nærmere på, f.eks. ved innflyttingen i Ahus, hvor vi gikk veldig grundig inn og så på de risikoanalyser som var gjort, og om de var tilfredsstillende ut fra det vi mener legges til grunn. Og det mente vi ikke de var. Det går fram av en rapport der det også er fokus på hvordan man lærer mellom de store organisasjonsendringene innen helsetjenesten i Norge.

Som fylkeslegen sikkert vil komme inn på, stilte både Statens helsetilsyn og Fylkesmannen ved starten av denne prosessen et betydelig antall spørsmål, bl.a. om risikovurderingen, og det har senere vært fulgt opp av Fylkesmannen på en god måte. Vi sa bl.a. at vi mente at det manglet en synliggjøring av hvilke risiko- og sårbarhetsvurderinger og tilhørende dimensjonering av tjenestene som var lagt til grunn i planarbeidet, og hvordan det blir fulgt opp videre.

Takk for oppmerksomheten.

**Møtelederen:** Takk for det.

Da er det fylkeslege i Oslo og Akershus, Petter Schou – vær så god. Du har inntil 5 minutter.

**Petter Schou:** Takk for det.

Helsetilsynet i Oslo og Akershus har merket seg at det i høringsdokumentene ikke foreligger noen analyse av konkrete pasientforløp ved hyppig forekommende tilstander. Vi mener at en gjennomgang av pasientforløpet, spesielt for fagfelt som hjerteinfarkt, hjerneslag og kreft, vil være helt nødvendig for å kunne vurdere om den tenkte omorganiseringen vil være egnet til å gi en forsvarlig helsetjeneste.

Dette er ikke skrevet nå, dette var vårt høringsnotat i 2008, i forkant av omstillingsprosessen. Dette er det vi har etterspurt gjentatte ganger siden, og som vi fortsatt ikke har fått et fullgodt svar på. Konsekvensanalyser og risikovurderinger oppfatter vi som spesielt viktig i en situasjon hvor ansatte skal forholde seg til en helt ny organisasjonsmodell, samtidig som den nødvendige infrastruktur som lokaler og felles datasystemer ikke er på plass.

Fylkesmannens – tidligere Helsetilsynet i fylket – mål er som nevnt å bidra til økt pasientsikkerhet, både ved å følge opp enkeltklager og enkelthendelser, ved å overvåke sykehuset ved hjelp av de feil de selv melder til oss, meldinger om dødsfall, opplysninger vi får fra politiet og fra

pasienter og pårørende. I tillegg påpeker vi nesten ukentlig lovbrudd i forhold til pasienters rettigheter som ikke blir oppfylt, det være seg prioritering, fristfastsettelse for behandling, fritt valg av sykehus, rett til medvirkning osv.

Det har dukket opp akkurat nå det siste døgnet en del problemstillinger rundt dette. Jeg har med litt overraskelse lest dagens pressemelding fra Oslo universitetssykehus, som nok ikke gir meg noen stor trygghet for at man egentlig har skjønt problemstillingen.

Det vil uten forbehold være sykehuset selv og eierne som står ansvarlig for driften, som også Lars Hanssen nevnte. Men det er de som er ansvarlig for å gjøre de riktige ressursallokeringer, slik at de ansatte har en mulighet til å jobbe forsvarlig. Det står i lovverket. Lovverket er laget til for det beste for pasientene, og man er nødt til under trange forhold å gjøre enda tøffere prioriteringer.

I tillegg til en rekke enkeltsaker har Fylkesmannen for øyeblikket ti pågående tilsynssaker på systemnivå mot Oslo universitetssykehus, alle med bakgrunn i omstillingen. Ni er mot spesifikke fagmiljøer. Sak nr. 10 er en mer overordnet systemsak, hvor sykehuset er bedt om å redegjøre for en rekke forhold rundt risikovurdering og konsekvensanalyser ved enhver omorganisering. De ni andre pågående sakene for øyeblikket er bl.a. mot Barnehjerte-seksjonen, mot økt antall sykehusinfeksjoner, smitterisiko ved dialyseavdelingen, ventetid ved utredning av brystkreft, for knapp intensivkapasitet, for liten kapasitet og dårlig organisering av psykiatritilbudet til barn og unge og svikt og svakheter i det pasientadministrative systemet, som heter PAS.

Vi har tidligere konkludert med at det har vært økt risiko i forbindelse med forlenget behandlingstid for pasienter med hjerneslag. Det gjelder spesielt én pasient. Vi har konkludert med uforsvarlig organisering av tilbudet til en svært liten, men viktig gruppe barn, som har økt hjerne-trykk, og som går med såkalt «shunt». Vi har også nylig måttet konkludere med at Avdeling for radiologi og nukleærmedisin drives med for høy risiko for svikt i pasient-sikkerheten, og at dette med sannsynlighet kan ha medført uforsvarlig drift i større eller mindre perioder. Det har gjort at vi nå må følge opp med krav om månedlige rapporter fra sykehuset til oss om ventetider på undersøkelse for bl.a. kreft, og med liste over alle prøvesvar på røntgen som ikke er signert og godkjent til enhver tid.

**Møtelederen:** Takk for det. Da er det jeg som saksordfører som skal starte utspørringen. Jeg gir møteledelsen til Martin Kolberg.

Martin Kolberg overtok her som møteleder.

**Møtelederen:** Da gir jeg Anders Anundsen ordet.

**Anders Anundsen (FrP):** Takk for det.

Det er mulig at det er jeg som misforstår, men jeg opplever at dere to har en ganske ulik virkelighetsforståelse. På den ene side sier Statens helsetilsyn at det ikke er konkludert med at noen av disse pågående sakene har noen sammenheng med omorganiseringen. Så hører vi fylkes-

legen fortelle at det nå er ti pågående saker, og at det tidligere er konkludert med flere kritiske, kritikkverdige forhold. Kan vi først få en oppklaring av dette fra fylkeslegen? Mener du at disse konklusjonene har sammenheng med omstillingsprosessen, at omstillingsprosessen går ut over pasientsikkerheten?

**Petter Schou:** Man kan ikke svare generelt at det går ut over pasientsikkerheten. På enkelte områder har det vært hevdet, og vi undersøker det. De sakene jeg nevnte nå, er fortsatt under utredning. De sakene vi har avsluttet til nå, har ikke endt med at det er uforsvarlig drift.

**Anders Anundsen (FrP):** Det har vært kritikkverdige forhold, ...

**Petter Schou:** Ja.

**Anders Anundsen (FrP):** men ikke noe som er over grensen.

**Petter Schou:** Vi har gang på gang påpekt at man opererer på et høyt risikonivå.

**Anders Anundsen (FrP):** Men har det risikonivået noe med omstillingsprosessen å gjøre?

**Petter Schou:** Ja, det er klart.

**Anders Anundsen (FrP):** Betyr ikke det at omstillingsprosessen går ut over pasientsikkerheten?

**Petter Schou:** Det får vi aldri vite 100 pst. Det at man omstiller en så stor virksomhet, betyr at man må være ekstra nøye med prioriteringer, at det må ta den tid det tar å gjøre endringer.

Det har tidligere blitt nevnt om man skulle stoppe prosesser. Det er jo opp til sykehuset selv. Vi har sagt at det enkelte ganger kan være klokt å gå noen ekstra runder, slik at de ansatte føler at de blir hørt. Dette har vært en «top-down»-prosess. Mange av sakene som dukker opp, skyldes selvfølgelig bekymringer, faglig sett, for hva som kan komme til å skje hvis noe blir gjort. Så har man gått i revers på enkelte områder.

**Anders Anundsen (FrP):** Deler Statens helsetilsyns direktør den oppfatningen som fylkeslegen kommer med?

**Lars E. Hanssen:** Jeg tror utgangspunktet som gjør at dere var litt i tvil om hvorvidt vi hadde samme budskap, er hvordan vi oppfatter spørsmålet ditt.

Tilsynsmyndigheten har som oppgave å ta stilling til om lov og forskrift er brutt eller ei. Det betyr at vi vurderer – sikkert løpende, for Petter Schous del – henvendelser fra pasienter, pårørende og ansatte for å se om dette er uforsvarlig eller ei.

Jeg tror – hvis jeg får lov til å tolke saksordføreren – at spørsmålet er: Kan man si at kvaliteten og kapasiteten er noe mindre under omstilling enn ellers – enn det kanskje

var før, enn det kanskje hadde vært ellers? Det er et naturlig spørsmål. Jeg tror man må si at enhver stor omstilling vil midlertidig føre til mindre kapasitet og til at noen pasienter – om jeg må få lov til å si det slik – kommer noe under press. Da er det viktig at foretaket prioriterer slik at øyeblikkelig hjelp, prioriterte pasienter – de som trenger det mest – ikke er de som vil lide. Men jeg tror nok man må si at i den andre enden av den sløyfen – dvs. mindre høy-prioriterte pasienter – vil det være noen som man ikke har kapasitet til å behandle like fort som man ellers ville hatt. Det betyr ikke at behandlingen er uforsvarlig.

Jeg forholder meg til om det er begått lovbrudd ved Oslo universitetssykehus, altså uforsvarlighet som entydig og klart kan kobles til omstillingsprosessen, og som i sin natur ikke ville skjedd hvis det ikke var en omstillingsprosess. Vi vet at i hele helsetjenesten skjer det dessverre feil, og det er mangler, hele tiden. Ditt spørsmål, slik jeg oppfatter det, er: Skjer det flere slike feil, skjer det lovbrudd nå på grunn av omstillingsprosessen? Det stilles ganske sterke krav til at vi skal kunne si ja. Vi har hatt saker som har vært vurdert, særlig av Fylkesmannen, for å se på nettopp det. Jeg oppfatter at det er det han svarer på. Noen saker er under behandling, noen er avsluttet.

**Anders Anundsen (FrP):** Opplever fylkeslegen at det er større pågang av klagesaker fra dette området nå enn før?

**Petter Schou:** Nei, det er ikke reelle klagesaker som gjelder behandling. Jeg opplever en relativt stor pågang av bekymringsmeldinger fra ansatte og fra tillitsvalgte, men antall reelle saker som vedrører feilbehandling, har det ikke vært økning i. Det er heller ingen økning i antall meldinger fra sykehuset selv. Antall saker til oss har ligget stabilt på vel 200 i året. Jeg opplever at sykehuset faktisk har en veldig stor ærlighet når det gjelder tilbakemeldinger. Flere av de sakene som jeg nevner her, har sykehuset selv rapportert til oss og har delt bekymringen med oss.

**Anders Anundsen (FrP):** Det betyr at risikonivået fremstår som høyere, men resultatet, til tross for at man driver med høyere risiko, er ikke økt feilbehandling eller at en gjør flere feil enn tidligere.

**Petter Schou:** Det er riktig oppfattet. Jeg tror at mye av årsaken for det første er at man har de samme fagfolkene på plass, som hele tiden prøver å gjøre en god jobb under de forutsetningene som er der, og for det andre at det egentlig rent materielt sett er gjort relativt små endringer. Det har vært en prosess som har foregått på administrativt nivå, organisering i klinikker og nye klinikkmodeller og snakk om flytting. Men rent materielt er det bare en liten del av virksomheten som de facto har flyttet sammen.

**Anders Anundsen (FrP):** Vi hørte tidligere i dag historier om pasienter som «forsviner» underveis i prosessen mellom de ulike delene av sykehuset. Har dere fått rapporter om det?

**Petter Schou:** Vi har for øyeblikket bare én sak om det, en kreftpasient hvor henvisningen ble borte. Det skjedde nok tidligere også. Det er jo det som gjør dette så vanskelig. Dette er et kjempestort sykehus som drives et stykke på vei som tidligere. Det var jo ikke fullkomment samarbeid mellom disse sykehusene før heller.

Man skal også huske på at det er store deler av fagmiljøet som faktisk ønsker en faglig samordning av virksomheten. Det er jo ikke slik at det er motstand overalt.

**Anders Anundsen (FrP):** Med tanke på at pasienter «forsviner» og den type problemstillinger: Ville det vært – tror du – et redusert problem om man hadde hatt denne felles plattformen, med bedre oversikt og samordning av de ulike sykehusenes opplysninger – altså denne kliniske arbeidsflaten?

**Petter Schou:** Ja, det er jeg ikke i tvil om. I mitt hode måtte man ha det på plass før man startet en prosess. Men vi har fortsatt saker hvor pasienter føler seg som kasteballer i systemet, fordi sykehusene langt på vei opererer som egne enheter og fortsatt henviser til hverandre som om de er flere sykehus og ikke ett.

**Anders Anundsen (FrP):** I hvilken grad bidrar fraværet av denne kliniske arbeidsflaten til å øke risikoen?

**Petter Schou:** Jeg tror enhver videre henvisning internt i systemet betyr en økt risiko. Men vi har ingen konkrete saker som viser at det har gått direkte galt.

**Anders Anundsen (FrP):** Helt til slutt må jeg også innom denne TV 2-avsløringen om ventelistejuks ved universitetssykehuset i Oslo. Har dere fått noen rapporter eller bekymringsmeldinger knyttet til en slik praksis?

**Petter Schou:** Nei, men vi har mange saker om at man ikke følger lovverket når det gjelder pasientrettigheter. Man har fortsatt i norsk helsevesen ikke riktig lært seg at rettigheter er en rett som folk har, altså at det skal fattes et vedtak som man så kan forholde seg til og klage på. Der er de vel verken verre eller bedre enn sikkert mange andre sykehus. Men vi har ikke noen holdepunkter for at dette er satt i system.

**Anders Anundsen (FrP):** Føler du deg trygg på at det som nå skjer ved Oslo universitetssykehus, vil redusere pasientsikkerheten fremover? Eller er det fortsatt et veldig sterkt press på pasientsikkerheten?

**Petter Schou:** Vi tror det vil være sterkt press på pasientsikkerheten i lengre tid. Dette er en prosess som kommer til å gå over mange år.

**Anders Anundsen (FrP):** Stortinget forutsatte i denne prosessen at pasientsikkerheten ikke skulle bli forverret, altså en skulle fokusere på at pasientsikkerheten skulle være like god. Mener du at den forutsetningen er oppfylt?

**Petter Schou:** Jeg mener at pasientsikkerhet er noe man skal prøve å vurdere i forkant. Man skal ikke prøve å styre etter ting som går galt.

**Anders Anundsen (FrP):** Takk, da har ikke jeg flere spørsmål.

**Møtelederen:** Da skal du lede møtet.

Anders Anundsen overtok her igjen som møteleder.

**Møtelederen:** Det er fint, og da leder jeg det i retning av Martin Kolberg, som er neste utspørter fra Arbeiderpartiet. Han har inntil 5 minutter til disposisjon, vær så god.

**Martin Kolberg (A):** Mitt første spørsmål går til Lars E. Hanssen.

Kan du forsikre Stortinget om at vi kan videreføre fusjonsprosessen ved Oslo universitetssykehus uten at det går avgjørende ut over pasientsikkerheten?

**Lars E. Hanssen:** Den garantien kan verken jeg eller noen andre gi på den måten du spør meg. Men vi har gjennom Fylkesmannen i Oslo og Akershus overfor Oslo universitetssykehus fokusert veldig på hvilke risikoanalyser de gjør, slik jeg nevnte innledningsvis, og hvordan de tar hensyn til og lærer av det. Dette har også vært fokusert på av Fylkesmannen, nettopp på disse utsatte små fagmiljøene, som fylkeslegen nevnte. Vi fikk det siste svaret fra Fylkesmannen den 15. januar – tror jeg det var – og de er ikke ferdig med å vurdere det. Men den dialogen mellom tilsynsmyndighet og eier og driver tror jeg er veldig viktig for å holde den risikoen lavest mulig. Det er ikke riktig, som det har stått i mediene, at tilsynsmyndigheten – verken den ene eller den andre delen av den – har anbefalt at man stopper opp prosessen. Men det er klart at vi har funnet grunnlag gjennom Fylkesmannen for å hevde at det er noen områder man skal fokusere på og tenke gjennom om dette er akkurat den riktige veien videre i detalj. Det tror jeg Fylkesmannen har redegjort for.

**Martin Kolberg (A):** Presidenten i Legeforeningen har tidligere i dag stilt seg bak at noen av hennes medlemmer, altså leger på sykehuset, har sagt at pasientsikkerheten settes i fare, og at faktisk også mennesker dør på grunn av omstillingsprosessen. Jeg ber deg ikke om å kommentere dette helt konkret, men hva er din generelle kommentar til at presidenten i Legeforeningen sier noe så dramatisk som det i en parlamentarisk høring?

**Lars E. Hanssen:** Det er at den bekymring som enten presidenten eller andre måtte ha, må de dele fortløpende med Fylkesmannen i Oslo og Akershus, slik at man kan se på det. Det gjelder også det som kom frem i TV 2-programmet i går kveld. Jeg er trygg på at fylkeslegen vil gå i dialog og be om en redegjørelse fra Oslo universitetssykehus om dette. Vi vil be alle deler av helsetjenesten om å foku-

sere på å redusere risikoen ved driften. Det tror jeg er et kontinuerlig arbeid.

**Martin Kolberg (A):** Til Schou: Jeg har personlig også lest brevene som du har sendt vedrørende kravene til økt pasientsikkerhet og disse spørsmålene. Men jeg ser at dette i mediene fremstår litt annerledes. Altså: Det fremstår mer konsekvent der enn i brevene. Det er jo ikke noe nytt. Men jeg vil bare høre fra din røst nå helt konkret svaret på spørsmålet: Er det forsvarlig å fortsette prosessen med sammenslåing på universitetssykehuset?

**Petter Schou:** Ja.

**Martin Kolberg (A):** Da vil jeg også spørre om det som vi må spørre om i dag, hvor pasientombud og andre går løs på dette nye ventelisteproblemet – får vi kalle det foreløpig – ved sykehuset. Til Lars E. Hanssen: Hvorfor oppstår sånne ting jevnt og trutt? Dette er jo brudd på loven. Hvorfor skjer det? Kan du forklare oss det?

**Lars E. Hanssen:** Takk for tilliten!

**Martin Kolberg (A):** Jo, vær så god!

**Lars E. Hanssen:** Det er slik at pasienter har fått noen rettigheter, og det er slik at for å utøve disse rettighetene skal man ha fulgt med i timen. Hvis man får en garanti om et eller annet innen en eller annen frist, må man for det første få vite at man har fått den garantien. Det var det som sviktet ved Vestre Viken, som du sikkert husker. Når man ser at denne garantien blir brutt, eller er i ferd med å bli brutt, må man oppsøke noe som heter HELFO, og så må man si at man ikke har fått oppfylt sine rettigheter. Så må man be om at de rettighetene blir oppfylt. Det kan skje ved et annet sykehus i Norge, ved et privat sykehus eller i utlandet, men da vil det være slik at det sykehus som skal betale for det, altså helseforetaket som skal betale for det, vil gjøre sitt for å ta hånd om dette, slik at man ikke pådrar seg en kostnad. Dette var noe av min bekymring da Vestre Viken ryddet opp etter sin, hva skal jeg si, uregelmessighet – eller vel så det.

**Møtelederen:** Vi må nærme oss avslutningen, for tiden er ute.

**Lars E. Hanssen:** Ja. Da sa de: Vi vil ta disse pasientene selv, på vår egen poliklinikk. Da var nettopp spørsmålet mitt til dem: Går ikke det ut over de andre som står i kø? Nei, vi oppretter en ekstra kapasitet, så vi garanterer at det ikke går ut over dem. Da kan det gjøres. Men går det ut over de andre som står i køen, skjønner jeg godt den pasienten som var fremme på tv i går. Men dette er sånn loven er laget.

**Møtelederen:** Der må vi stoppe. Da er det Høyre, og Per-Kristian Foss har inntil 5 minutter – vær så god.

**Per-Kristian Foss (H):** Jeg vil gjerne starte med den nye avdekningen av triksing med pasientkøen, som kom i går. Petter Schou sa i sin redegjørelse at han var i tvil om ledelsen ved OUS egentlig har skjønt problemstillingen. Det er jeg også, for i dag forklarte direktøren at han var ukjent med den type rapporter. Samtidig forklarte avdelingslederen ved hans eget sykehus til pressen i dag at de har redegjort for dette på møter med direktøren til stede og fått sanksjon på at denne praksis kan fortsette. Derfor lurer jeg på: Er det samme lov vi snakker om? – Petter Schou.

**Petter Schou:** Ja, det er samme lov vi snakker om. Det er en ukultur at man flytter innsatsstyrt finansiering og budsjettdiskusjonen inn til sykesenga. Det er ikke ment som annet enn et planleggingsverktøy, ikke en del av et behandlingstilbud til den enkelte. Dette er den svake part som nærmer seg en maksimalfrist for behandling. Da må det være sykehusets ansvar å sørge for at man får hjelp videre i systemet. Dette påpekte faktisk helseministeren allerede 20. september 2010 i brev til de regionale helseforetakene. Hun redegjorde også for det i Stortinget 15. juni i fjor, at sykehuset hadde en aktivitetsplikt når det nærmet seg fristen. Det har altså ikke blitt fulgt opp, til tross for at sykehusets øverste eier har påpekt det overfor Stortinget.

**Per-Kristian Foss (H):** Kan du da gi noen forklaring på hvorfor direktøren ikke har fått det med seg?

**Petter Schou:** Det vet jeg ikke. Direktøren var jo ikke direktør den gangen, han var ekspedisjonssjef i departementet.

**Per-Kristian Foss (H):** Ja. Da burde han kanskje være enda nærmere til å ha fått det med seg over på sykehuset.

**Petter Schou:** Det vet jeg ikke.

**Per-Kristian Foss (H):** Hva vil fylkeslegen gjøre i morgen, eller på mandag, med saken?

**Petter Schou:** Vi vil vel allerede så raskt som mulig ta kontakt med sykehuset og be om en formell redegjørelse for om dette er noe som har vært satt i system. Det er jo forskjell på om det er tilfeldige saksbehandlere som ikke har lest loven, eller om det er tilfeldige leger som gjør det leger ofte gjør – de bruker loven litt veiledende – eller om det er en instruks mer eller mindre uttalt fra oven. Det siste er jo det alvorlige.

**Per-Kristian Foss (H):** Tilbake i tid, og til Lars E. Hanssen: Jeg stilte spørsmål til Hanne Harlem om hvordan hun kvalitetssikret og risikovurderte planen om en fusjon og en fisjon samtidig, som jo er en meget komplisert prosess – den største i Norge, og den vanskeligste åpenbart. Hun svarte at man vurderte det i styret, selv, og ikke brakte inn andre, konsulenter el. Mitt spørsmål er da om Statens helsetilsyn på det tidspunkt hadde noen kritikk mot styrets vedtak som gjaldt risikovurderingen.

**Lars E. Hanssen:** Det fremgår av vår høringsuttalelse, den opprinnelige, av 6. oktober 2008, hvor vi kritiserte risikovurderingen til hele omorganiseringen i Helse Sør-Øst. Vi har siden, hva skal jeg si, i respekt for det grunnsyn at dette er krevende å ha kompetanse på, søkt kompetansemiljøer i Norge som er gode på risikoanalyser, brukt dem i gjennomgangen av innflyttingen i Ahus, og vi har også stilt ressurser til disposisjon for fylkeslegen for at han skal kunne bruke det i oppfølgingen av Oslo universitetssykehus i disse dager. Det er krevende å forstå risikoanalyser helt og fullt, og vi har ikke vært tilfreds med den forståelse og den praktisering som har vært lagt til grunn av helseforetakene i Norge på dette området.

**Per-Kristian Foss (H):** Hva tror du det skyldes at dere ikke ble lyttet til?

**Lars E. Hanssen:** Det er noe jeg tenker på dag og natt og søker alles råd om, hvordan vi kan øke vår innflytelse. Jeg har valgt å bruke ressurser på – altså på Ahus brukte vi Jan Erik Vinnem. Det var den samme som den amerikanske administrasjonen brukte for å risikovurdere ulykken med «Deepwater Horizon». Så jeg tror det har vært god kompetanse.

Jeg tror vi må fortsette å synse lite, dokumentere godt og være trygge på at det vi sier, står seg.

**Møtelederen:** Takk for det.

Da er det Geir Jørgen Bekkevold, fra Kristelig Folkeparti, som har inntil 5 minutter – vær så god.

**Geir Jørgen Bekkevold (KrF):** Lars E. Hanssen, Helsetilsynet, sier at det drives med for høy risiko generelt i hele Helse-Norge. Men vurderer han risikoen for å være høyere ved Oslo universitetssykehus nå under omstillingsprosessen enn det generelt høye risikonivået ellers i landet?

**Lars E. Hanssen:** Det er et veldig godt spørsmål. Men den samlede risikoen er avhengig av mange andre forhold også.

Jeg er kjent med at Oslo universitetssykehus, i likhet med mange andre sykehus, består av usedvanlig dyktige og dedikerte mennesker som vil det beste for pasienten, som sliter i en omstilling, og som opplever, eller i alle fall har opplevd, at det er en manglende tillit mellom ledelsen og i hvert fall de tillitsvalgte, slik jeg kan se det i avisene. Jeg tror en mangelfull kommunikasjon, av en eller annen årsak, mellom de ansatte og lederne er vel så farlig som det å gjøre en stor omstilling, selv om det ene er en del av det andre.

Jeg tror ikke vi kan dele ut karakterer eller sette den ene omstillingen opp mot den andre. Men jeg har vært like bekymret for omstillingen i Vestre Viken som for den ved Oslo universitetssykehus, hvis det kan være en måte å svare deg på.

**Geir Jørgen Bekkevold (KrF):** Pasientsikkerhet har jo vært et tema gjennom hele høringen – en rød tråd – enten

vi snakker om IKT-systemet som gikk fullstendig i vasken, eller flytting av pasienter.

Litt til det siste: I den første bolken var Legeforeningen litt inne på dette med bl.a. slagpasienter, som nå flyttes fra sykehus til sykehus, noe som kan medføre ganske stor risiko for at resultatet kan bli ganske alvorlig. Hvordan vurderer fylkeslegen akkurat denne delen, som jo er en del av omstillingsprosessen?

**Petter Schou:** Vi vurderte det slik at man for deler av pasientgruppen fikk et i hvert fall annerledes, og kanskje dårligere, tilbud enn det man var vant til å få. Det betyr ikke at man er på et uforsvarlig nivå, det betyr at man er på linje med store deler av landet for øvrig. Men vi fikk altså bekymringer fra sykehuset selv om at man hadde en forsinkelse på gjennomsnittlig 50 minutter for en gruppe pasienter før de fikk det tilbudet de skulle ha, og det kan selvfølgelig være avgjørende, men vi ...

**Geir Jørgen Bekkevold (KrF):** Men 50 minutter hvis man snakker om slagpasienter, det er jo forskjellen mellom, jeg holdt på å si, liv og død?

**Petter Schou:** Det vil jo variere hvor fort de har kommet inn selvfølgelig, hvor mye «delay» det har vært på forhånd.

Poenget er at vi lagde en systemsak på slagbehandlingen, men konkluderte altså sent i høst med at den organiseringen man hadde fått til da ved at man gjorde tiltak i etterkant, var innenfor det forsvarlige. Det var stor bekymring rundt slagpasientene, men det gjelder spesielt en liten gruppe som trenger videre behandling på Rikshospitalet.

**Geir Jørgen Bekkevold (KrF):** Helt til slutt, hvis jeg har tid, leder, vil jeg tilbake til det som flere har vært opp-tatt av her, med den nye avsløringen i TV 2, og triksingen med ventelister: Er det en viss fare for at det er økonomien som ligger bak?

**Petter Schou:** Det var vel et understatement, var det ikke ment som det?

**Møtelederen:** Takk for det.

Da er det Venstres Ola Elvestuen, som har inntil 5 minutter. Vær så god.

**Ola Elvestuen (V):** Litt i forlengelsen av det med ulike pasientgrupper og konsekvenser ved omstilling for de nevnte slagpasienter. Til Petter Schou: Med de voldsomme økonomiske kravene som jo er i en omstilling, har du en bekymring for at det er hele pasientgrupper som blir nedprioritert fordi omstillingen i seg selv krever så store ressurser? Igjen vil jeg nevne at for Venstre gjelder dette rus og psykiatri.

**Petter Schou:** I våre saker har vi ikke hatt holdepunkter for at rus og psykiatri har blitt nedprioritert, med unntak av en pågående sak som ikke er avsluttet, om kapasiteten innenfor barne- og ungdomspsykiatrien. Det er en pågående

sak som vi ikke har fått endelig avgjort fra sykehuset. Men utover det har jeg ikke noen holdepunkter for det.

**Ola Elvestuen (V):** I forlengelsen av det: Én ting er jo – og det har vi fått bekreftet tidligere også – at det er puttet flere ressurser inn i disse feltene, men kan man også si at tilbudet har blitt bedre i forhold til de ressursene som er lagt inn?

**Petter Schou:** Det har jeg ingen formening om eller mulighet til å vurdere. Det har ikke skjedd store endringer, men det har heller ikke kommet flere klager til oss. Så det har jeg dessverre ikke noen mulighet til å vurdere.

**Ola Elvestuen (V):** Du sa tidligere i forhold til dette med Klinisk arbeidsflate, tror jeg, hvis jeg forsto det riktig, at det egentlig var en forutsetning at det måtte være på plass før man satte i gang en omstillingsprosess. Forsto jeg det riktig?

**Petter Schou:** Det ville jo helt klart vært riktig, ut fra min erfaring med å drifte sykehus. Men sånn var det jo ikke.

**Ola Elvestuen (V):** Nei. Men burde da hele prosessen fått et annet tidsforløp, når det med Klinisk arbeidsflate, den investeringen, viste seg å slå feil? Burde det vært et tidspunkt hvor man da la opp til en annen omstillingsprosess, med en annen tidslinje?

**Petter Schou:** Det økte jo problemet for dem som jobbet i systemet, men man la ganske raskt inn midlertidige løsninger, slik at man kunne innhente opplysninger fra de forskjellige sykehusene. Men ja, det er klart at det ville vært et sterkt incitament til å bremse tempoet.

Men nå er det jo slik at den opprinnelige tempoplanen ikke er holdt. Man har faktisk bremsset på enkelte områder. Det er ikke slik at man nå slavisk følger den første planen, og det tror jeg er meget fornuftig. Det er områder hvor man ved å stykke opp fagmiljøene har skjont at man må gå en ekstra runde. Og da tror jeg det er spesielt klokt å lytte til fagmiljøet.

**Ola Elvestuen (V):** Så er det dette med ventelister. Én ting er ventelisten og størrelsen på den, en annen er selvfølgelig ventetiden man kan påregne som pasient. Du har påpekt at for noen grupper er det blitt lengre ventetid. Er det også en generell betraktning? Er det enkelte grupper som har fått det vanskelig, eller kan man også si at ventetiden som sådan er blitt lengre?

**Petter Schou:** Den har ikke blitt lengre – gjennomsnittlig. Men det er et altfor allokert begrep til å ha noen formening om. Jo trangere driftsbudsjettene blir, fordi det drar midler til ressurser, jo tøffere må prioriteringen være. Vi ser dessverre fortsatt at det er grupper av alvorlig syke mennesker som ikke kommer inn så raskt som man faglig sett burde ønske.

**Møtelederen:** Takk for det.

Da har alle partiene fått stilt de spørsmålene de har innenfor egne rammer, og da blir det en runde med oppklarings spørsmål. Det er viktig at spørsmålene er korte og klare, og at svarene også er korte og klare.

Da har Nybakk tegnet seg – vær så god.

**Marit Nybakk (A):** Takk skal du ha, leder.

Store omstillinger er krevende, men de kan kanskje være ekstra krevende hvis de faller sammen med andre utviklingstrekk som også kan påvirke pasientsikkerhet og skape problemer. Jeg vil derfor spørre om i hvilken utstrekning fylkeslegen og tilsynet har sett på den typen problemstillinger – det kan dreie seg om alt fra fragmentering av arbeidsgiveransvar ved innleide selskaper med tidligere ansatte og andre, det kan dreie seg om store kapasitetsproblemer når det gjelder arbeidskraft, bl.a. mangel på sykepleiere og dermed nødvendigheten av å leie inn arbeidskraft som kanskje ikke snakker norsk. En kollega av oss havnet på sykehus i julen og oppdaget at det ikke var en eneste norsk sykepleier til stede. Alle var fra naboland – kanskje ikke helt nære naboland engang. Man har også ansatte i dette systemet som kanskje jobber andre steder ved siden av.

Mitt spørsmål er: Påvirker disse faktorene også en omstillingsprosess, fordi man bl.a. ikke får den nødvendige kontinuitet når det gjelder personale?

**Petter Schou:** Ja, det er helt klart at det gjør det. Det skaper en usikkerhet blant arbeidstakerne og medarbeiderne når man ikke riktig vet om man skal flytte til et annet sykehus, Ahus f.eks. – man hadde jo også en splittelse samtidig. Når vi går inn i en sak og får en bekymringsmelding, er dette nettopp av de tingene vi spør om. Vi spør ikke bare om det faglige, men vi ber ofte om HMS-meldinger, om innleie av vikarer og dobbeltvakter – alt som har med arbeidsmiljøet og arbeidsbelastning å gjøre. Det er et viktig bakteppe for oss for å se om en institusjon fungerer optimalt, og om pasientsikkerheten er ivaretatt. Vi ser i denne prosessen – og tilsvarende på Ahus – at det har vært et tydelig overforbruk av innleide vikarer. Hvor de kommer fra, er jo ofte et litt vanskelig spørsmål. De fleste kommer heldigvis fra Sverige. Men det er klart det er et problem når det er mange som ikke er kjent, for i tillegg skulle jo mange bytte arbeidsplass her. De skulle arbeide med nye kollegaer, på nye steder og med nye ledere, som ofte også var splittet mellom flere steder. Alt dette er med på å øke risikoen. Dessuten er jo pasienter troløse vesener. De flytter ikke alltid med dit politikerne bestemmer, slik at de fortsatt trekkes mot Oslo. Det betyr kanskje at man har undervurdert den bukkelen man må ha i en ganske lang periode for å bufre disse illojale pasientene som ikke drar til Drammen eller Lørenskog.

**Møtelederen:** Takk for det.

Da har jeg tegnet meg selv til et spørsmål.

Særlig Lars E. Hanssen var inne på at det skal en del til før en driver uforsvarlig – altså at en driver lovstridig.

Jeg har lyst til å stille et spørsmål til Petter Schou: Er

det riktig tolket at man kan gjøre ganske mye galt uten at en treffer den terskelen hvor uforsvarlighet og ulovlighet inntreffer?

**Petter Schou:** Ja, det er klart det er det. Det blir, som det ble sagt her i stad, at summen av de små ting ofte kan ende med en stor skandale. Dette er veldig vanskelig. Det er fordi man ikke alltid kan forutse alt det som går galt. Men det er klart at avstanden mellom hva som er lovmessig uforsvarlig, og hva som er ønsket og forventet behandling, er ganske stor, og den er ikke eksakt. Det er en skjønsmessig størrelse.

**Møtelederen:** Er det et syn du deler, direktør Hanssen?

**Lars E. Hanssen:** Ja, det er jo det tilsynsmyndigheten er satt til – å operasjonalisere lovkravene og definere grensen for forsvarlighet. Det er kanskje litt viktig å ha i hodet at om du ser en rund sol på himmelen, og det er god praksis, så er det en avstand fra den nedre delen av god praksis til det blir uforsvarlig. Det blir et slags veiledningsrom, om jeg kan si det sånn. Noe av det mest krevende for tilsynsmyndigheten er å forklare at det er ikke uforsvarlig, det er ikke et lovbrudd, men det er likevel utenfor det vi alle mener er god praksis, og som vi ønsker å fokusere på.

**Møtelederen:** Takk for det. Kolberg, vær så god.

**Martin Kolberg (A):** Lars E. Hanssen presisterte for oss at bakteppet for høringen var at vi etter hans og tilsynets mening lever med litt for høy sikkerhetsrisiko – litt for høy eller for høy risiko.

Hva er grunnen til at vi har for høy sikkerhetsrisiko?

**Lars E. Hanssen:** Det er ikke nødvendigvis manglende ressurser, hvis jeg kan tilnærme meg det slik.

Det er at man ut fra en risikoanalyse som skal gjøres, og ut fra det som ville være ledelsens gjennomgang på et sykehus, lærer av de tingene som gikk galt, eller som nesten gikk galt. Ved å lære av det som står i våre tilsynsrapporter, kan man redusere risikoen i driften av et sykehus – jeg hadde nær sagt – uten at det koster en krone. Kanskje vil du spare penger ved å drive med en lavere risiko.

Det er derfor veldig viktig for oss – som også var et av dine tidligere spørsmål – at man klarer å få tjenesten til å se på rapportene fra både fylkeslege og helsetilsyn, og for så vidt fra Arbeidstilsynet og alle de andre gode krefter som er inne, se på dem som en hjelp og en støtte og sørge for at styremedlemmer, at tillitsvalgte griper fatt i disse forbedringspunktene, og at man har en kultur for læring, at det ikke er så vanskelig å lære av egne eller – kanskje enda bedre – andres feil, så du ikke trenger å gjøre alle selv. Det er nok noe av budskapet mitt, som jeg også har delt med styreledere og direktører rundt i landet, at det finnes en måte å drive mer forsvarlig på, med lavere risiko, som bare har vinnere, og som ikke koster penger.

**Møtelederen:** Takk for det.

Da rekker vi et spørsmål til fra Knudsen.

**Ulf Erik Knudsen (FrP):** Schou var inne på at pasienter ikke alltid gjør som man har forutsatt, for å si det sånn, og at det kan bidra til å øke presset på OUS. Hvilke trekk er det man her ser øker det presset? Er det Asker- og Bærum-folk som gjerne vil til Oslo, eller er det de som skulle vært med til Ahus, som fortsatt gjerne vil være i Oslo? Kunne du sagt noe mer om det?

**Petter Schou:** Jeg tror det i og for seg er begge deler. Man skal ikke glemme at det faktisk er bestemt at det er fritt sykehusvalg. Det er også fritt valg til å fortsette behandlingen på det sykehuset man har gått på i mange år, selv om man har en bostedsadresse som ikke ligger innenfor Store Ringvei.

Det som er litt vanskelig og bekymringsfullt, synes jeg, er at man faktisk internt innenfor Helse Sør-Øst også har lagt opp til et finansieringssystem som motvirker intensjonene i loven, i og med at man bare får full refusjon for pasienter med bostedsadresse som hører til sitt budsjettområde, hvis vi skal kalle det det. Det kan ikke være hensikten. Da vil jeg bare gjenta: Da drar man budsjett og penger helt inn på sykerommet, og der skal det ikke være. Pasienter skal velge fritt innenfor den eneste helseregionen som finnes i dag, og som er Helse Sør-Øst for vårt område. De nye regionene de etablerer, er kunstig lagd, som et planleggingsverktøy. Men vi ser dessverre at sykehusene forholder seg til det, og vi ser at det er krefter økonomisk sett som gjør at det drives i den retningen.

**Møtelederen:** Takk for det.

Da er det satt av 2 minutter til hver av dere til en avslutning, hvis dere ønsker det.

Hvis Schou vil begynne, f.eks. – vær så god.

**Petter Schou:** Jeg har ikke så veldig mye mer å si om det annet enn at vi er satt til å følge opp de sakene som dukker opp. Det er ikke vår oppgave å bestemme at den pågående prosess skal stoppe. Vi kan ut fra de signalene og den kunnskapen vi har, gi råd om det, men vi vil følge opp enkeltsaker slik vi har gjort til nå, og vi ser at dette er problematiske prosesser som har startet, og som må fortsette. Vi håper at ny ledelse også er lydhør for de fagmiljøene som faktisk bringer ekte bekymring til torgs.

**Møtelederen:** Takk for det.

Hanssen – vær så god.

**Lars E. Hanssen:** Takk for anledningen til å svare på spørsmål og forsøke å bidra til et bedre helsevesen.

Jeg tenker at ønsket mitt skulle være at alle deler av tjenesten brukte den erfaring som vi reflekterer, og som jo for en del pasienter har vært veldig dyrekjøpt. Det er veldig viktig at det som kommer fram av klagesaker og tilsynssaker, blir brukt aktivt til læring både av dem som eier og dem som driver tjenestene. I den grad Stortinget kan bidra til det, vil jeg bli veldig glad. Det er jo derfor vi sender rapportene til hver enkelt av dere også.

Takk.



**Møtelederen:** Da vil jeg på vegne av kontroll- og konstitusjonskomiteen takke dere for at dere kom til oss, for de innspillene dere har gitt, og svarene på våre spørsmål, og som vi skal ta med i vår videre prosess med dette spørsmålet.

Vi tar så pause i høringen fram til kl. 14.45.

Høringen ble avbrutt kl. 14.35.

-----

Høringen ble gjenopptatt kl. 14.45.

#### *Høring med statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen*

**Møtelederen:** Da er kontroll- og konstitusjonskomiteen klar til å gå videre i denne høringen. Da har jeg lyst til å ønske statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen velkommen til oss. Du har med deg ekspedisjonssjef Frode Myrvold som bisitter. Velkommen også til deg.

Vi har lagt det opp slik at statsråden har inntil 10 minutter til å innlede. Ordet er ditt, statsråd Strøm-Erichsen. Vær så god.

**Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen:** Takk for det. Det har vært interessant å følge høringen i hele dag. Jeg vil takke for anledningen til å komme og gi mitt bidrag. Hvis jeg kunne tillate meg å se dette litt fra utsiden, må jeg si at Norge på mange områder er i verdenstoppen når det gjelder pasientbehandling. Det skyldes ikke minst den innsatsen som ansatte på Oslo universitetssykehus gjør, hver dag. Derfor er det også grunn til å være stolt av det arbeidet som gjøres. Men det at det er bra, må aldri bli noen hvilepute for oss. Vi må hele tiden rydde opp i det som ikke er som det skal være.

Det er ikke tvil om at Oslo universitetssykehus er inne i en omfattende og viktig omstillingsprosess. Som høringen også har vist, er det en krevende omstilling. Veivalgene er til dels omstridte. Det er stor oppmerksomhet og stort engasjement politisk. Jeg har svart på mange spørsmål i Stortinget om dette, og det har også vært veldig stor oppmerksomhet i media, naturlig nok, for dette er et stort og viktig sykehus både for Oslo, for hele regionen og for landet for øvrig.

Det er viktig å få frem at det er et viktig sykehus for hele landet. Det er mange nasjonale og regionale tjenester, områdefunksjoner for 480 000 mennesker og lokalsykehus for 250 000. En ting som også er viktig å få frem, er at Oslo universitetssykehus står for omtrent halvparten av den medisinske forskningen i landet og er slik også en viktig utdanningsarena.

Samtidig mener jeg at høringen har vist at omstillingene er nødvendige. Jeg synes også det er grunn til å minne om at det politisk har vært veldig stor enighet om denne omstillingen, i utgangspunktet. Så er det sånn at den medisinske og teknologiske utviklingen flytter grenser for hva vi kan behandle. Vi blir stadig flere. Flere blir eldre, og sykdomsbildet endrer seg. Stortinget gjør krevende prioriteringer av offentlige midler, og det er begrenset tilgang

på helsepersonell. Vi må derfor hele tiden se på hvordan vi bruker ressursene våre på best mulig måte til beste for pasientene.

Omstillinger er og blir gjennomført ved sykehus i hele Norge. Særlig i Oslo vil mer samarbeid kunne gi store effekter. Det har vi sett at det hittil har gjort. På et ganske lite geografisk område, som mange har vært inne på, er det korte avstander. Det har vært flere like fagmiljøer som har vært lokalisert på flere steder. Det var derfor både en mulighet, og, jeg har også lyst til å si, en forpliktelse til å gjøre endringer sånn at man sikrer at både personell, medisinsk utstyr, arealer, teknologi og støttestrukturer kan brukes på en best mulig måte, ikke minst med tanke på de utfordringene vi ser vi står overfor fremover.

Vi må gjøre valg. Skal vår politiske ambisjon være en helsetjeneste som bruker personell og penger på en bærekraftig måte, som følger den medisinske utviklingen, og som sikrer pasienten gode helsetjenester i dag og i årene fremover? Eller skal vi være mer opptatt av å holde på strukturer og organisering? Jeg mener at Stortinget på en måte har sagt sitt om det tidlige.

Kvalitetshevingen vi har sett over de siste årene, og endringene vi har gjort for å bidra til dette, vitner jo også om at det har vært riktig.

Det har vært krevende omstillinger. Endringene har skapt uro, men vi ser også at på noen områder er det bedre resultater for pasientene, og det må være vårt utgangspunkt.

Jeg er opptatt av at vi skal ha en sterk offentlig eid, finansiert og styrt spesialisthelsetjeneste. Det er etter min mening på den måten vi best sikrer befolkningen en likeverdig tilgang til tjenester med høy kvalitet og nok kapasitet. Dette forutsetter en rettferdig fordeling av ressursene mellom regionene og mellom helseforetakene.

Stortinget har vedtatt at bevilgningene til spesialisthelsetjenesten fordeles etter kriterier og beregninger som nettopp bidrar til et likeverdig helsetilbud, og som tar hensyn til befolkningens behov for spesialisthelsetjenester.

God ledelse er en forutsetning for et godt arbeidsmiljø, og et godt arbeidsmiljø bidrar også til gode tjenester til pasientene. Det er spesielt viktig når en krevende omstilling og full drift skal gå parallelt, slik det skjer ved Oslo universitetssykehus i dag. En god og kontinuerlig dialog mellom ledelsen og fagmiljøene er derfor avgjørende. Ledelsen må være i tett kontakt med fagmiljøene for å forstå deres utfordringer og hverdag. Fagmiljøene må på sin side ha forståelse for helheten og rammebetingelsene som gjelder. Uenighet kan og vil oppstå, og da er det viktig at begge parter bidrar til å skape en konstruktiv og løsningsorientert dialog.

Det er helseforetakenes ansvar å sikre at helsetjenestene som ytes, til enhver tid er sikre og forsvarlige, i tråd med lover, forskrifter og krav fra eier. Det skjer dessverre for mange uønskede skader i spesialisthelsetjenesten hvert år, og OUS har også sin andel av disse. OUS gjennomfører over en million pasientbehandlinger i året og står for noen av de mest kompliserte behandlingene i landet. Som ved alle andre sykehus vil det fortsatt skje feil ved OUS,

og det kan være vanskelig å si om dette har sammenheng med omorganiseringen eller ikke. Det er mange som har kommentert det i dag.

Det er derfor betryggende, mener jeg, at tilsynsmyndighetene har en aktiv tilsynsrolle også under omstillingene. Jeg mener vi kan få til viktige forbedringer på pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten. Gode rutiner for internkontroll og for å lære av egne feil er helt avgjørende her.

Her har også styrene et tungt ansvar for oppfølging. Pasientsikkerhetskampanjen, som nå går landet over, omfatter også OUS, og av resultatene vi har sett så langt, kommer OUS bedre ut enn gjennomsnittet for landet. Jeg håper at det gir motivasjon for videre arbeid.

Jeg vil trekke frem noen sentrale elementer i helseforetaksmodellen. De regionale helseforetakene er egne rettssubjekt. Helseforetakene er eid av de regionale helseforetakene og er også selvstendige rettssubjekt med egne styrer. De har et selvstendig ansvar for drift og investeringer og for å organisere virksomheten på en god måte for å oppfylle den helsepolitiske bestillingen innenfor de rammene som Stortinget har satt.

Min styring av helseforetakene skjer ved at jeg gjennom oppdragsdokumentet formidler Stortingets årlige bevilgninger og budsjettvedtak, og at jeg setter økonomiske og organisatoriske krav som følger disse. Gjennom foretaksmøtene setter jeg økonomiske og organisatoriske krav til de regionale helseforetakene. Oppfølgingen av de regionale helseforetakene skjer gjennom regelmessig rapportering om styringskravene som er satt – i hovedsak på månedlig basis. I tillegg har departementet jevnlig oppfølgingsmøter.

Styringsprinsippene ble innført fra 2002 og er i tråd med hvordan det skjer i andre heleide, statlige selskap. Det som i hovedsak er endret siden 2002, er rapporteringsgrunnlaget, som er blitt vesentlig forbedret, og at styringen i helseforetakene – særlig på økonomiområdet, men også etter hvert på kvalitet og resultater – er blitt langt bedre.

Sommeren 2011 valgte jeg å innføre hyppigere oppfølgingsmøter med Helse Sør-Øst om utviklingen i hovedstadsområdet, fordi ikke alle deler av prosessen gikk som planlagt. Det var ikke god nok fremdrift i å utarbeide nye bemanningsplaner, og prosjektet Klinisk arbeidsflate, som det har vært mye fokus på her i dag, var ikke fullført. Jeg har altså ikke hatt hyppigere foretaksmøter – slik det er formulert fra komiteen i invitasjonen til høringen – men oppfølgingsmøter. I oppfølgingsmøtene blir det ikke gitt nye styringssignaler fra meg til de regionale helseforetakene, og oppfølgingen rokker heller ikke ved de grunnleggende ansvarslinjene i modellen.

Kjernen i omstillingsarbeidet i hovedstadsområdet er å få til en bedre samordning og ressursbruk i hovedstadsområdet og å organisere et fremtidsrettet tilbud og bedre pasientbehandling innenfor bærekraftige rammer. Det er det viktigste for meg. Og jeg har til nå ikke hørt noen som sier at vi må reversere prosessen og gå tilbake til det gamle.

Mye arbeid er gjennomført. Det som skulle overføres til Ahus, er i hovedsak gjort. Sykehusene som inngår i OUS, ble fusjonert i 2009 og organisert med gjennomgående klinikker fra 1. januar 2010. Mange avdelinger er allerede samlokalisert, og det vises til kapasitetsøkning, kortere ventetid, lavere kostnader for flere fagområder. Men det er fortsatt krevende. Det er utfordringer, og det skal fortsatt gjøres organisasjonsendringer og tilpasning.

Jeg ser også at deler av omstillingen kunne vært gjort bedre. Det burde vært bemanningsplaner, og det skaper vanskeligheter for de ansatte når IKT-prosjektet Klinisk arbeidsflate ikke ble en suksess.

Styret må hele tiden vurdere tempoet og rekkefølgen i det videre omstillingsarbeidet, og jeg vil fortsatt holde Stortinget orientert på egnet måte. OUS er et flott sykehus, men vi skylder pasientene å gjøre alt vi kan for at det skal bli enda bedre.

**Møtelederen:** Takk for det. Da er det saksordføreren som skal foreta den første utspørringen, og jeg overlater møteledelsen til Kolberg.

Martin Kolberg overtok her som møteleder.

**Møtelederen:** Vær så god, Anundsen.

**Anders Anundsen (FrP):** Takk for det.

Som statsråden har sett, både av invitasjonen og av den tidligere delen av høringen her, er vi opptatt av bl.a. Klinisk arbeidsflate. Hvem er ansvarlig for at det prosjektet gikk i vasken, eller IKT-kollapsen?

**Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen:** Det som er viktig ...

**Anders Anundsen (FrP):** Nei. Hvem er ansvarlig?

**Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen:** For å si det sånn: Jeg er ansvarlig for alt som skjer i helsevesenet.

**Anders Anundsen (FrP):** Det var det jeg håpet du kom til å svare, for da tok det ikke så lang tid å komme dit.

**Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen:** Nei, det tar ikke lang tid å komme dit. Samtidig er det veldig viktig her – og det var også derfor jeg ville redegjøre for foretaksmodellen – at ansvaret og myndigheten og gjennomføringen også skjer på det enkelte nivå.

**Anders Anundsen (FrP):** Men vi er enige om at det er du som er ansvarlig for det, og du fikk løpende informasjon om at Klinisk arbeidsflate ikke ble gjennomført etter planen, og du gjennomførte ganske sent tiltak, hvor du fikk hyppigere ikke foretaksmøter, men oppfølgingsmøter. Men på hvilket tidspunkt forsto du at denne IKT-satsingen ikke kunne bli gjennomført?

**Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen:** Det forsto jeg på forsommeren i fjor, da dette ble skrinlagt.

**Anders Anundsen (FrP):** Altså først da styret vedtok at dette skulle legges bort?

**Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen:** Ja, det var jo da styret vedtok at det skulle legges bort, at det ble besluttet at det skulle legges bort.

**Anders Anundsen (FrP):** Med andre ord: April 2011 var første tidspunkt du forsto at dette ikke kunne gjennomføres?

**Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen:** Det som startet i desember 2009 som et prosjekt ...

**Anders Anundsen (FrP):** Men er det riktig at du forsto det først i april 2011, eller fikk du signaler om dette tidligere?

**Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen:** Ja, det var jo ikke før det ble besluttet å legge det bort, at jeg ble orientert om det.

**Anders Anundsen (FrP):** Når ble du orientert om at det var problemer med gjennomføringen?

**Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen:** Jeg husker ikke akkurat tidspunktet for når det skjedde, men jeg stolte jo på at her var det en administrasjon og et styre og en organisasjon som jobbet med å få dette til – og det var det jo også.

**Anders Anundsen (FrP):** For utgangspunktet var jo at dette skulle være på plass i juni 2010, og det var rett og slett en viktig premisse for sammenslåingen å få disse sykehusene til å snakke sammen digitalt. Og det er en ganske viktig del av en så stor sammenslåingsprosess. Så når fikk du da beskjed om at dette ikke kom til å bli gjennomført i henhold til planen?

**Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen:** Som sagt: Det fikk jeg beskjed om da det ble besluttet i styret at det skulle skrinlegges.

**Anders Anundsen (FrP):** Er du tilfreds med den informasjonsflyten? For av Mikkelsen fikk jeg inntrykk av – da hun satt her og fortalte – at hun underveis i prosessen hadde orientert om at det var problemer. Var departementet informert i disse oppfølgingsmøtene, eller er det feil det da?

**Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen:** Det er klart at det er problemer når det er utsettelse, og det var jo egentlig ganske klart at det var utsettelse med ferdigstillingen av prosjektet. Men når det endelig blir besluttet at man skrinlegger prosjektet, da er det jo nokså endelig, og det var altså våren 2011.

**Anders Anundsen (FrP):** Men det betyr at du har fått løpende informasjon om at det var problemer med gjennomføringen?

**Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen:** Altså: Først får vi beskjed om at det er utsettelse med prosjektet, og er kjent med at det er utsettelse i ferdigstillingen. Dette er – som også veldig mange har sagt – et viktig prosjekt. Det var veldig viktig å få til en integrasjon av alle de ulike systemene som var på de fire sykehusene.

**Anders Anundsen (FrP):** Men i februar ble det egentlig rimelig klart at dette ikke kom til å bli gjennomført, og i april ble det vedtatt at en sa opp denne avtalen. Men du har ikke på et tidligere tidspunkt fått noen som helst slags mistanke, eller beskjed om, at dette ikke kunne implementeres i tråd med forutsetningene, annet enn at det ble litt forsinket?

**Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen:** Ikke før styret endelig hadde skrinlagt det prosjektet.

**Anders Anundsen (FrP):** Fordi: På et skriftlig spørsmål fra representanten Dāvøy svarer du 17. desember 2010 at leveransedatoen – på det tidspunktet – var satt til 15. januar 2011, altså ca. én måned etter at du svarte på det spørsmålet fra Dāvøy. Så står det at «løsningen skal gi bedre pasientsikkerhet og høyere kvalitet», og at en gradvis skal innføre Klinisk arbeidsflate «frem mot en fullverdig løsning i 2013.» Og så kommer det jeg synes er utrolig interessant, basert på det du nå forteller meg: «Det er så langt ikke registrert forhold som kan forsinke dette.» Er ikke det litt rart at du kan si det i desember – og så blir hele greia skrinlagt i april?

**Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen:** Jo, men det var jo helt klart at det var en forsinkelse i ferdigstillingen – ikke sant – det som man hadde forventet fra en ferdigstilling. Jeg baserte meg på den informasjonen jeg fikk fra Helse Sør-Øst.

**Anders Anundsen (FrP):** Så Helse Sør-Øst har ikke informert om at det var noen problemer på det tidspunktet, som kunne føre til at dette ikke ble fullimplementert i 2013?

**Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen:** Problemer er det når det er utsettelse, ikke sant? Utsettelse er én ting – men på det tidspunktet jeg svarte Stortinget, var det ikke klart at dette ikke ville kunne gjennomføres, ellers hadde ikke jeg svart Stortinget slik som jeg gjorde.

**Anders Anundsen (FrP):** Men det er ikke registrert noen forhold som kan forsinke dette, svarer du.

**Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen:** Nei, på det tidspunktet var ikke jeg informert om det.

**Anders Anundsen (FrP):** Så da er det ikke riktig at du har fått løpende informasjon om hvordan dette prosjektet egentlig forholder seg?

**Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen:** Jo, men ikke detaljene i prosjektet – i første omgang at det skulle vært tidligere ferdig, at det var utsettelse, og at det var forsinkelser i prosjektet, ikke detaljene i prosjektet. Det ville vært veldig unaturlig hvis jeg skulle bli informert om detaljene i prosjektet.

**Anders Anundsen (FrP):** Det er jeg enig i. Men når du svarer på spørsmål i Stortinget, regner jeg med at du har fått de opplysningene fra helseforetakene om at dette er uproblematisk.

**Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen:** Når jeg svarer på spørsmål i Stortinget, forholder jeg meg alltid til de regionale helseforetakene og den informasjonen jeg får av dem. Det er den informasjonen jeg også bringer videre.

**Anders Anundsen (FrP):** La oss ta en hypotetisk tilnærming, bare for å ta litt om styringsstrukturen: Hvis du hadde fått den informasjonen om at det nå ser ut til at dette går virkelig dårlig, kunne du foretatt deg noe direkte i den styringsmodellen som vi i dag har, for å rette opp i det?

**Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen:** Når det gjelder et IKT-prosjekt, sier det seg selv at for en statsråd å gå inn og gjøre noen endringer i det, er ikke en praktisk mulighet. Jeg mener at det å gjennomføre de nødvendige IKT-investeringer ... Det jeg gjør, er å sette standarder.

**Anders Anundsen (FrP):** Dette er jeg helt enig i, og det synes jeg er godt reflektert. Men grunnen til at jeg spør, er at vi tidligere i høringen har hørt at det er en del forslag som har kommet i andre sammenhenger, ikke bare i forhold til IKT – nå tenker jeg mer generelt på styring – hvor man ikke har lagt frem forslag til beslutning fordi en har fått signaler om at det ikke vil få gjennomslag. Da tenker jeg som politiker som er opptatt av å plassere ansvar, at i et system hvor et styre i et helseforetak ikke gjør jobben sin fordi de har fått signaler om at det likevel ikke vil bli som de ønsker, er det et problem rent styringsmessig. På en måte virker det for meg som om det er noen bakkanaler som påvirker beslutningsprosessene i de regionale helseforetakene og i helseforetakene, som det ikke er mulig å identifisere.

Er du enig i den beskrivelsen?

**Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen:** Jeg opplever vel ikke at styrene ikke har kunnet gjøre jobben sin.

**Anders Anundsen (FrP):** ... men at de blir påvirket gjennom på forhånd å vite at dette nytter ikke allikevel, så bruk ressursene på noe annet.

**Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen:** Gjennom å lytte til høringen i dag har jeg oppfattet at det på ett område

gjaldt Aker. Når det gjaldt Aker sykehus, hadde jeg i svar til Stortinget bl.a. informert om at man hadde foreslått at dette skulle bli en samhandlingsarena. Deler av Aker var fremdeles i bruk, det var behov for å bruke Aker videre.

**Anders Anundsen (FrP):** Men det du sier, er at det går an å styre gjennom bakkanaler.

**Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen:** Nei, det går ikke an å styre gjennom bakkanaler. Det var også oppe på et foretaksmøte med Aker, slik at det er det eneste stedet jeg har hørt om det som kan være den saken.

**Anders Anundsen (FrP):** Jeg har lyst til å ta opp to veldig korte ting til før tiden er ute. Det ene er at det er en slags tradisjon – virker det for meg – at det er mange som har mange roller i dette systemet. Et eksempel hadde vi ved at viseadministrerende direktør i det regionale helseforetaket også er styreleder i flere helseforetak. Vi hørte at den nye styrelederen ved OUS vel hadde en annen funksjon i et annet regionalt helseforetak.

Hvor fornuftig er denne gjengangermodellen etter statsrådens oppfatning?

**Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen:** Jeg synes det er veldig viktig å understreke at han ikke var viseadministrerende direktør da han hadde disse rollene som styreleder. Samtidig registrerer jeg jo også at Helse Sør-Øst ikke har den praksisen nå. Jeg tror det er klokt å ha egne styreledere til helseforetakene.

**Anders Anundsen (FrP):** Takk.

I tillegg vil jeg stille det spørsmålet som er en følge av TV 2s oppslag i går: Hvem er det som har ansvaret for ventelistejukset på OUS?

**Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen:** Når det gjelder ventelister og arbeidet med ventelistene, er det noe som påhviler hvert eneste sykehus. Det er faktisk noe av det viktigste vi gjør, å sørge ...

**Anders Anundsen (FrP):** Men hvem har ansvaret?

**Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen:** Hvis saksordføreren ønsker at jeg skal påta meg ansvaret, tar jeg på meg ansvaret for det som skjer i Helse-Norge, men samtidig er det helt klart et ansvar for sykehuset at de sørger for at pasientene får den behandlingen de skal, når de skal ha den.

**Anders Anundsen (FrP):** Jeg var egentlig ikke ute etter at du skulle påta deg ansvaret for ventelistejukset. Men vil du foreta deg noe for at en skal sikre at sykehus og regionale helseforetak nå har et mye sterkere fokus, slik at vi slipper den typen lovbrudd, som kan ha ganske alvorlige konsekvenser for mange pasienter?

**Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen:** Ja, hvis saksordføreren tillater, vil jeg gjerne si hva jeg har gjort i den

forbindelse, fordi rett etter at jeg ble helseminister, ble denne ventelistesaken avdekket på Bærum sykehus. Det var veldig alvorlig. I den forbindelse sendte jeg brev til alle landets helseforetak og ba dem om å gå gjennom journaler og se om det var noe liknende. Oppfølgingen etter det viste at det ikke var liknende situasjoner andre steder. Så sendte jeg et brev 20. september, som også fylkeslegen informerte om tidligere i dag, om at informasjon om når f.eks. fristen for behandling går ut for den enkelte pasient, må gis på en slik måte at pasienten faktisk forstår den. Sykehuset har et stort ansvar for å bringe den informasjonen videre.

Jeg har også bedt om oppfølging på det brevet. Det skjedde samme høsten. I tillegg har vi nå bedt Helsedirektoratet – like før jul – om å gjøre en gjennomgang, en undersøkelse. Den rapporten fikk vi faktisk på bordet i dag, så jeg har ikke fått gått gjennom den, hvor Helsedirektoratet har gjort en undersøkelse om praksis for dette. Det er klart at det er særdeles viktig at vi har et ventelistesystem og et lovmessig system som faktisk kan praktiseres, som er godt kjent av alle som jobber i helsetjenesten, og som holder i forhold til pasientene og pasientenes rettigheter.

**Møtelederen:** Da er tiden ute.

Anders Anundsen overtok her igjen som møteleder.

**Møtelederen:** Da gir jeg ordet til Martin Kolberg, fra Arbeiderpartiet, som har inntil 5 minutter til disposisjon – vær så god.

**Martin Kolberg (A):** Jeg forstår det slik at du prisverdig har fulgt hele høringen i dag og hørt det vi har hørt. Etter at vi har kommet hit vi nå har kommet, føler du deg nå som statsråd sikker på at du har politisk kontroll over gjennomføringen av prosessen ved universitetssykehuset i Oslo?

**Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen:** Ja, jeg gjør det.

**Martin Kolberg (A):** Da er neste spørsmål: Det vi også opplever her, er jo ganske forskjellige virkelighetsoppfatninger om hva som er problemet, og hvor utfordrende det er. Det ville være veldig interessant for oss nå på slutten av denne høringen å høre statsrådens kommentar til denne forskjellen i virkelighetsoppfatning.

**Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen:** Det er klart at noe av det som er det vanskelige her, er den veldig ulike virkelighetsforståelsen. Jeg opplever egentlig at alle er enige om målet, om hvor vi skal hen, og at det er fornuftig å gjøre dette. Men virkelighetsoppfatningen, særlig det vi hørte i den første delen av høringen, er jo annerledes enn det som ledelsen både ved Oslo universitetssykehus i dag og også Helse Sør-Øst har. Det jeg tenker er det aller, aller viktigste da, er at den nye ledelsen og det nye styret må jobbe veldig intenst for å skape den samme virkelighets-

forståelsen. Jeg hørte også den nye direktøren understreke viktigheten av det i forbindelse med det strategiarbeidet som pågår – det å inkludere tillitsvalgte mer i kvalitetsarbeidet. Jeg tror alle sårne ting er særdeles viktig, for det er jo slik at de ansatte i hverdagen er ute i sykehuset. Derfor er det enormt viktig at man har en felles forståelse.

**Martin Kolberg (A):** Er det noe nå som du konkret tenker at du skal gjøre for å bedre denne prosessen og dermed også møte disse utfordringene knyttet spesielt til pasientsikkerheten? Er det noen initiativ som nå må tas med bakgrunn i hva som er hørt her i dag?

**Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen:** Jeg vil egentlig da gjenta det som jeg gjorde i forbindelse med foretaks-møtet som ble holdt i januar overfor Helse Sør-Øst. Da understreket jeg spesielt dette med risikostyring, det å gjøre en risikovurdering og gjennomføre det på en forsvarlig måte under omstillingene – at det er særdeles viktig. Og så er det klart at det er på en måte styringssignalet. Det skjer i de formelle møtene. Men vi får jo i disse oppfølgingsmøtene hele tiden tilbakemelding på hvordan dette går, og det er klart at det er en viktig del av det – også etter å ha hørt Helsetilsynet.

**Martin Kolberg (A):** For å spørre lite grann mer konkret: Hvilke punkt er det som bekymrer deg mest?

**Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen:** Jeg er veldig opptatt av at pasienter i Norge skal ha en trygghet for at de får de helsetjenestene de trenger. Jeg blir litt bekymret, det må jeg si, når vi stadig blir påminnet om de feilene som skjer ved Oslo universitetssykehus, de manglene som er. For det er klart at det kan være med på å skape en utrygghet. Da ser man liksom ikke det hele, store bildet, at man hver dag gjennomfører pasientbehandling som man ikke klarer å gjøre noen andre steder, på dette sykehuset. Så det er også en annen virkelighet, og det at disse nyansene ikke kommer godt frem, er bekymringsfullt.

Det er selvfølgelig ting som det er viktig å få på plass. Det er bemanningsplanene, f.eks., som skulle vært på plass allerede ved overflyttingen til Ahus, slik jeg ser det. Det er IKT-systemene. Men jeg opplever at de er i et litt bedre spor, og noe har man jo klart å få til, bl.a. dette med felles ventelister, som er særdeles viktig. Det er i hvert fall et viktig førsteverktøy for å gjøre dette på en riktig måte. Det er i hvert fall ikke noen grunn for ikke å følge regelverket. Men det er viktig å jobbe videre på disse områdene.

Så tenker jeg også at det er viktig å ha energi i organisasjonen. Det er 20 000 ansatte. Det er mange ansatte. Det å ta deres hverdag og bekymring på alvor er også viktig, så det å få denne inspirasjonen inn igjen – nå tror jeg de har den, altså – er noe man skal tenke på når man står i en krevende omstilling.

**Møtelederen:** Da er tiden ute, og det er Per-Kristian Foss, fra Høyre, som har 5 minutter. Vær så god.

**Per-Kristian Foss (H):** I brev til komiteen sier statsråden at hun har hatt flere møter med ledelsen ved Oslo universitetssykehus og Helse Sør-Øst. Jeg skjønner at det særlig tok seg opp fra i fjor sommer av. Da jeg spurte tidligere direktør Siri Hatlen om hennes erfaringer, ga hun uttrykk for at i hennes periode hadde det kun funnet sted ett møte der statsråden var til stede – ikke et møte spesielt med Oslo universitetssykehus, men et felles møte. Synes statsråden at dette har vært en tilstrekkelig oppfølging?

**Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen:** Det er jo slik at min styringslinje går gjennom Helse Sør-Øst. Det møtet som Siri Hatlen snakket om, var et møte som jeg hadde bedt om for å få en fullstendig gjennomgang av alle planene for gjennomføringen av hele prosjektet. Det var i mars 2010, og det var et ganske omfattende møte. Det var viktig for meg, for det var hun som hadde førstehånds- og den beste kunnskapen om det. Det var viktig å få høre hennes gjennomgang av dette.

**Per-Kristian Foss (H):** Men det holdt med den ene gangen?

**Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen:** Det var jo ikke sånn at jeg ikke traff Siri Hatlen gjennom besøk på sykehuset, men det var det eneste vi hadde av ...

**Per-Kristian Foss (H):** ... formelle møter, ja.

**Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen:** Men det betyr jo ikke at det var det eneste jeg hadde av oppfølging ...

**Per-Kristian Foss (H):** Jeg skjønner at statsråden følger styringsprinsipper som går gjennom hele foretaket. Det er greit. Men tatt i betraktning at dette har vært norgeshistoriens største fusjon og den mest krevende prosessen noen gang i helsevesenet, ville det ikke vært en idé litt tidligere enn sommeren 2011 å få opp tempoet i møter direkte med Oslo universitetssykehus?

**Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen:** Det er veldig viktig å understreke at vi har generelt hatt oppfølging hver måned. Etter sommeren har vi hatt det omtrent hver 14. dag.

**Per-Kristian Foss (H):** Fra i fjor, altså?

**Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen:** Ja, fra i fjor sommer.

**Per-Kristian Foss (H):** Jeg spurte om det ikke tidligere hadde vært en idé med noe hyppigere møter. Problemene vi har beskrevet i hele dag, har jo meldt seg fra fusjonens start i 2008 og fremover.

**Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen:** Jo, men så blir vi forelagt planene for gjennomføringen. Vi fulgte selvfølgelig veldig nøye med i departementet på overflyttingen av pasientene til Ahus ved årsskiftet i fjor. Men det

som utviklet seg utover året, var et merforbruk på økonomi og at IKT-systemet ble skrinlagt. Etter det gjennomførte vi hyppigere møter.

**Per-Kristian Foss (H):** I 2009 og 2010 registrerte man problemer med fusjonsprosessen – mange problemer. Det overrasker meg at departementet allikevel da bare fortsetter å ha et avstandsforhold til OUS og ikke en tettere kontakt. Hvorfor?

**Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen:** Jeg synes faktisk det er litt viktig å holde styringslinjene her.

**Per-Kristian Foss (H):** Ja, jeg skjønner det, men tatt i betraktning at dette overskuer alle andre problemer i hele Helse-Norge, er det ikke da behov for en litt annen behandling av OUS?

**Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen:** Jo, og OUS er absolutt det helseforetaket vi befatter oss mest med – det kan jeg i hvert fall forsikre om.

Det er mange måter å holde seg orientert på. Det er både gjennom styredokumenter, som ligger ute på nettet, gjennom det som skjer, gjennom de månedlige rapporteringene og oppfølgningene, og så er det kvartalsvise rapporteringer. Det er slik at vi er nødt til å ha en felles styringslinje med alle helseforetakene og alle sykehuse-ene. Vi har også blitt grundig og ofte orientert av Helse Sør-Øst.

**Per-Kristian Foss (H):** Men det regner jeg med er en prosess dere har med alle helseforetakene i hele landet.

**Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen:** Jo, men som jeg sier, er det ingen vi har brukt så mye tid på og gitt så mye oppmerksomhet som Oslo universitetssykehus – naturlig nok fordi det er så stort.

**Per-Kristian Foss (H):** Hva synes statsråden om at økonomi sannsynligvis har presset OUS til å behandle ventelisteordningen galt – i strid med loven?

**Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen:** Hvorvidt det er i strid med loven, det avventer jeg. Men det som i hvert fall ...

**Per-Kristian Foss (H):** Unnskyld, men betyr det at statsråden er uenig med fylkeslegen?

**Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen:** Nei, jeg er ikke uenig med fylkeslegen, men jeg kjenner ikke detaljene i saken, og da er det veldig vanskelig. Jeg kjenner ikke til veldig mye mer enn det som kom frem på TV 2 i går, og derfor synes jeg det er naturlig å be Oslo universitetssykehus om en redegjørelse. Men hvis man ikke behandler ventelistene på en riktig måte, sånn at de pasientene som har stått lengst i kø, får behandling, er det ikke riktig. Det er veldig alvorlig.

**Per-Kristian Foss (H):** Statsråden ser ikke dette som et signal om at økonomien i OUS kanskje er noe presset, da?

**Møtelederen:** Tiden er ute, men statsråden kan svare fort.

**Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen:** De har egentlig ikke anledning til å se på det ut fra et økonomisk synspunkt. De må følge loven.

**Møtelederen:** Takk for det.

Da er det Kristelig Folkeparti og Geir Jørgen Bekkevold som har 5 minutter – vær så god.

**Geir Jørgen Bekkevold (KrF):** I et notat vi fikk fra Legeforeningen, tilsendt komiteen i går, henvises det til en undersøkelse som NRK Dagsrevyen hadde blant ansatte og ledere, hvor de skulle vurdere omstilling og pasientsikkerhet. Dette foregikk i desember 2011.

Noe over halvparten av legene i sykehusene responderte, 1 077, og da er ikke lederne inkludert. Mer enn tre av fire svarte at de kjente til bekymringsverdige forhold med tanke på pasientsikkerheten som direkte konsekvens av omstillingen. Flere enn ni av ti mente at pasientsikkerheten ville rammes av den retningen omstillingsprosessen nå har tatt, og kun 3 pst. opplevde at egne synspunkter og bekymringer ble lyttet til oppover i systemet.

To spørsmål: Hvordan har statsråden sikret seg at pasientsikkerheten er ivaretatt under denne omstillingsprosessen? Hvordan har statsråden forsikret seg om at ansatte har blitt involvert i denne prosessen?

**Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen:** Når det gjelder det første spørsmålet som dreier seg om pasientsikkerheten, må jeg bare si at etter de opplysningene jeg har fått fra Helsetilsynet – og jeg mener også etter det som er kommet frem i dag – er det ikke gjort tilsynsmessige funn av alvorlig karakter som kan tilskrives omstillingsarbeidet. Det er det jeg har fått tilbakemelding fra Statens helsetilsyn om.

**Geir Jørgen Bekkevold (KrF):** Én av grunnene til det er vel at man ikke har laget et system som fanger opp avvik som en direkte konsekvens av omstillingen – stemmer ikke det?

**Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen:** Det jeg har tatt opp i forbindelse med foretaksmøtet i år, altså for 2012, er at denne typen systemer må man ha. Man må følge opp dette kontinuerlig.

Når det gjelder avvik generelt, har Oslo universitetssykehus et veldig godt system for å fange opp avvik. Det er særdeles viktig.

Når det gjelder pasientsikkerhet, styrer vi det veldig mye på resultater. Det er utviklet mange kvalitetsindikatorer – fra i fjor til i år er det stadig flere. Det er en veldig god måte å følge opp sykehuset på og også å måle kvalitet. Vi offentliggjør disse målene. Det er særdeles viktig, også for

at pasientene skal vite hvordan situasjonen på sykehuset faktisk er.

**Geir Jørgen Bekkevold (KrF):** Helsetilsynet uttrykte i forrige bolk en bekymring for at norsk helsevesen drives med en for høy risiko. Man kunne ikke svare på om risikoen var noe høyere ved Oslo universitetssykehus i forbindelse med omstillingsprosessen, men det var en bekymring som var litt ny for meg. Hva tenker statsråden om det – for det er viktig for omstillingsprosessen ved Oslo universitetssykehus.

**Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen:** Det er veldig viktig. Jeg tenker at dette er det veldig viktig å ta fatt i. Hvis man driver med risikostyring, gjør man det nettopp fordi man skal kunne sette inn tiltak der hvor man ser at risikoen er for høy. Derfor er det veldig viktig at vi og hele helsesektoren tar alvorlig det som står i rapporter fra Statens helsetilsyn, og setter inn tiltak og retter opp i forhold til det.

**Geir Jørgen Bekkevold (KrF):** Jeg registrerer at det er litt ulik virkelighetsbeskrivelse her, i hvert fall mellom ansatte og ledelse og mellom ansatte og for så vidt også Helsetilsynet, i og med at de ikke har gjort noen funn som skulle tilsi at pasientsikkerheten er satt i fare. Men meldingene som kommer fra ansatte, tyder på noe annet. Hvordan forsikrer statsråden seg om at hun sitter inne med den korrekte kunnskapen? Dette handler jo ikke bare om at det er uenighet mellom fagmiljøene og ledelsen, det må jo handle om at det er noen som ser noe som ikke blir fanget opp.

**Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen:** Det var et spørsmål i sted fra Per-Kristian Foss om hvordan jeg hadde møter med Oslo universitetssykehus. Jeg har jo hatt møter hvor både ledelse og tillitsvalgte har vært til stede, særlig på klinikknivå. Jeg har hatt samtaler med tillitsvalgte – selvfølgelig har jeg det – fordi det er viktig å skaffe seg informasjon for å forstå hele virksomheten på sykehuset. Det er en viktig kanal til å skaffe seg kunnskap, til å sørge for at pasientsikkerheten er ivaretatt.

Når det gjelder akkurat dette med hvordan vi skal sikre at pasientsikkerheten ikke er skadelidende, er jeg nødt til å forholde meg til tilsynsmyndighetene, for hvis det er slik at ansatte mener dette, må de varsle. Og vi har jo oppfordret spesielt til at man må varsle både det som skjer av alvorlige hendelser, og det som kan skje, altså nestenhendelser.

**Møtelederen:** Da er tiden godt og vel ute, og det er Ola Elvestuen fra Venstre som har inntil 5 minutter til disposisjon.

**Ola Elvestuen (V):** Nå har vi flere ganger snakket om den ulike virkelighetsoppfattelsen, men jeg tolker det sånn – da kan du jo si om det er riktig – at statsråden deler den virkelighetsoppfattelsen som også er i ledelsen i Helse Sør-Øst, at egentlig går dette bra. Er det riktig?

**Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen:** For å si det sånn: Hvis man tror at alle omstillinger skal gå på skinner uten at det er noen skjær i sjøen, er det vanskelig å tenke seg. Så er det samtidig sånn at vi jo på noen områder ser at tingene ikke har gått godt nok – man kan ikke være blind for det – og de ansattes bekymring må vi ta veldig på alvor. Men samtidig mener jeg at de problemene som er, er overkommelige. Jeg blir jo også betrygget av å høre direktør og styreleder si at dette mener de de skal få til.

**Ola Elvestuen (V):** Så noe behov for å si, med en fot i bakken: Nå er vi i en situasjon hvor man trenger en ny og mer realistisk plan – det ser ikke statsråden at det er.

**Statsråd Anne-Grethe Strøm-Erichsen:** Det jeg synes er viktig når man står overfor et nytt kapittel i omstillingen, er at man hele tiden stiller seg spørsmålet: Er det riktig å gjøre dette nå, eller kan dette vente? Men det er jo bare å sette hele omstillingen på vent. Det blir ikke riktig, for det er jo prosesser som er i gang som er avhengige av hverandre. Derfor er det vanskelig bare å si at dette kan vi nå stoppe opp. Det må, tenker jeg, hele tiden ledelsen og de ansatte i samarbeid foreta vurderinger av. Så må man gjøre de risikoanalysene som er nødvendige, og gjøre nødvendige tiltak i forhold til det.

**Ola Elvestuen (V):** Og statsråden har også undersøkt tidligere behov, hun har tatt opp i oppfølgingsmøter og andre møter behovet for gode risikoanalyser? Siden omstillingen av Oslo universitetssykehus er den største omstillingen vi har vært igjennom i landet på dette feltet noen gang, har statsråden etterspurt risikoanalyser for omstillingen av Oslo universitetssykehus?

**Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen:** Vi er blitt orientert om at dette gjennomføres. Men jeg har presisert det spesielt i år, i foretaksmøtet, at dette med risikostyringen er viktig, og at det må det legges sterk vekt på.

**Ola Elvestuen (V):** Men er man blitt informert, har man etterspurt en sånn risikoanalyse, for tidligere her må jeg si at jeg egentlig ble forundret over i hvor liten grad man hadde foretatt risikoanalyser i forkant av en så stor omstilling.

**Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen:** Jeg har blitt informert om at det er risikoanalyser. Men så kommer det jo an på hvor store de er, og hvor ofte de er, og at det gjennomføres jevnlig når man skal gjøre endringer i omstillingene.

**Ola Elvestuen (V):** Men innholdet i dem har man ikke gått nærmere inn på. Det er bare en forutsetning om at dette er gjennomført fra helseforetakets side, og så har man latt det bli med det.

**Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen:** Ja, og så tenker jeg at hvis man gjennomfører en risikoanalyse, gjør man nettopp det ikke for å stoppe opp, men for å se hvil-

ke tiltak vi nå er nødt til å sette inn for å hindre at det verste kan skje. Det er jo det som på en måte er hele risikostyringen.

**Ola Elvestuen (V):** Men siden statsråden også har hørt på høringen tidligere, er hun da fornøyd med de svarene vi har fått fra tidligere styreleder i Helse Sør-Øst, bl.a. om at denne risikovurderingen i stor grad ble foretatt i styret i Helse Sør-Øst?

**Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen:** At risikovurderingen ble foretatt i styret?

**Ola Elvestuen (V):** Ja, at du her hadde ikke en ... Er hun fornøyd med at de risikoanalysene som vi da har fått forelagt oss, ble gjennomført? Er man fornøyd med de risikoanalysene som ble gjennomført i forkant?

**Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen:** Det jeg har spurt Helse Sør-Øst om, er: Gjennomføres det risikoanalyser ved ulike steg i omstillingsprosessen? Det har jeg blitt forsikret om at gjøres. Så har jeg igjen understreket viktigheten av dette med risikoanalyser og risikostyring i foretaksmøte nå i januar, men jeg har ikke gått inn i detaljene i risikostyringen.

**Ola Elvestuen (V):** Men vi er i hvert fall enige om at det burde ha vært gjennomført en grundig risikoanalyse i forkant av en så stor omstilling.

**Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen:** Men en risikoanalyse gjør du ikke bare én gang. Det må gjøres mange ganger, og det må gjøres ved alle store endringer som skjer, og her er det jo mange store endringer som skjer. Det tenker jeg er noe som er en kontinuerlig prosess, men jeg har understreket det fordi jeg mener det er veldig viktig.

**Ola Elvestuen (V):** Men da er vi i hvert fall enige om betydningen og viktigheten av gode risikoanalyser i ethvert ledd i forbindelse med den type omorganisering.

**Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen:** Ja, det er særdeles viktig.

**Møtelederen:** Takk for det. Da er partienes utspøringer over, og vi går over i en liten runde med oppklarende spørsmål, hvor både spørsmål og svar bør være så korte og konsise som mulig. Det er Marit Nybakk først, vær så god.

**Marit Nybakk (A):** Takk, leder. Siri Hatlen, tidligere administrerende direktør for OUS, sa tidligere i dag at dette var en vanskelig prosess, men det var gjennomførbart. Men hun sa også at tidspress og parallelle prosesser hadde gjort dette arbeidet krevende. En av de parallelle prosessene var jo overgangen til Ahus, som hadde en tidsfrist. Er det slik at denne tidsfristen knyttet til overføring av disse bydelene, fra Groruddalen og over på den andre siden av kommunegrensen, gjorde at prosessen med å etablere Oslo universitetssykehus også ble



gjort litt for fort, og at man ikke fikk til de nødvendige risikoanalyser? Kan du som helseminister sikre at denne typen prosesser blir gjort på en god og effektiv måte?

**Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen:** I hvert fall slik jeg har fått informasjon om, har det aldri vært satt noen «end»-dato for når denne omstillingen skal være ferdig. Men det som det var satt en dato for, var når overføringen til Ahus skulle skje. Det var naturlig, fordi sykehuset var klart, pasientene skulle overflyttes, og man måtte gjøre det i én operasjon. Jeg opplevde også at det ble gjort på en forsvarlig måte, selv om det var begynerproblemer ved Ahus; det var for mange korridorpasienter, de hadde ikke fått absolutt alt personellet sitt igjennom opplæring, osv. Likevel fulgte Helsetilsynet veldig nøye med på den prosessen, og jeg mener det var absolutt forsvarlig, og de greide det faktisk på en god måte.

Så gjelder det hele resten av prosessen. Da må jeg bare si at jeg forventer at ledelsen og styret hele tiden gjør vurderinger av hvor fort man skal gå frem, hva det er som er riktig å gjøre som neste trekk, og om man må justere kursen. Det sier seg selv at hele denne omstillingen kunne man ikke planlegge i detalj fra begynnelsen av. Noe kunne vært bedre – det ville vært fint hvis IKT-systemene var på plass – men hele tiden må man justere underveis.

**Møtelederen:** Det med korte spørsmål og svar fungerer ikke helt optimalt, men det er greit!

Jeg har tegnet meg i forbindelse med oppfølgingen til Nybakk.

Når det gjelder det med at det ikke er satt noen endelig «end»-dato, er det sikkert riktig, men i realiteten er det vel en fremdriftsforventning med hensyn til den effekten dette skal ha budsjettmessig. Er ikke det riktig?

**Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen:** Under forarbeidet før hele denne prosessen startet, var det gjort noen vurderinger med hensyn til at dette også kunne gi økonomisk gevinst. Det har ikke vært lagt inn at dette skal gi en økonomisk gevinst, men det har vært lagt inn at man må ha en mer riktig fordeling av helsepersonell, altså at man bruker helsepersonellet mer optimalt. Det har ikke vært satt noen spesiell gevinst når det gjelder økonomi, på Oslo universitetssykehus.

**Møtelederen:** Bare en kort oppfølging: Jeg tenker på balansekravet.

**Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen:** Balansekravet er helt klart der – hvis jeg bare kan få svare på det. Det er klart at når man overflytter et pasientgrunnlag på 160 000 til Ahus, krever det også at man klarer å justere bemanningen på sykehuset noe, og akkurat det har vært mer krevende enn det vi hadde ønsket. Det har nok også ført til en del merforbruk.

**Møtelederen:** Foss.

**Per-Kristian Foss (H):** Det har fremkommet under høringen at det har tatt mye tid eventuelt å avhende hele eller noe av tomten på Aker sykehus. Det har også ført til inntektssvikt for helseforetaket. Ble det på noe tidspunkt sendt signaler til OUS om at en slik avhending var uønsket eller måtte utsettes?

**Møtelederen:** Statsråd Strøm-Erichsen.

**Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen:** Det var veldig tidlig klart at man på et visst tidspunkt skulle flytte ut av Aker, men det tidspunktet har ennå ikke kommet. Man visste at man hadde bruk for Aker eller deler av Aker i ganske lang tid fremover, i hvert fall til en del funksjoner og arealer hadde kommet på plass på Ullevål. I tillegg var både Oslo kommune og vi veldig opptatt av at Aker – deler av Aker – skulle kunne brukes til en samhandlingsarena. Da er det viktig å se hva det er som er viktig å ivareta fremover på Aker, og hva det er som eventuelt kan avhendes.

**Per-Kristian Foss (H):** Det virker som om dette er et svar som inneholder et ja.

**Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen:** Ja, bl.a. var det oppe på et foretaksmøte at vi ville ha en samhandlingsarena på Aker. Jeg husker ikke helt detaljene i hvordan ...

**Per-Kristian Foss (H):** Samhandlingsarena er veldig bra, men sykehusets økonomi ble jo påvirket av dette. Ble det på noen måte kompensert?

**Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen:** Det jeg har fått av investeringsprosjekt fra Oslo universitetssykehus, var vi meget snar til å innvilge. Det eneste prosjektet jeg har fått meg forelagt, er i forbindelse med et nytt akuttbygg, som vi hadde inne på budsjettet med lånemidler fra inneværende år.

**Møtelederen:** Da er det Elvestuen – vær så god.

**Ola Elvestuen (V):** Jeg er fortsatt litt forvirret når det gjelder sårbarhets- og konsekvensanalysene. Hvis jeg ikke husker feil, sa tidligere styreleder tidligere at det var gjort vurderinger, men ikke eksterne analyser fra styrets side. Så sa man fra Helsetilsynets side – igjen: hvis jeg ikke husker feil – at man hadde etterspurt slike analyser i sin høringsuttalelse, men at man der ikke hadde blitt hørt. Og så hører vi at statsråden forutsetter at den type analyser er gjort og er gjennomført, men har ikke etterspurt å få se dem eller har vurdert dem spesielt. Med tanke på at dette er landets største omstillingsprosess: Er det ikke oppsiktsvekkende hvis det stemmer at det ikke er gjennomført ordentlige konsekvens- og risikoanalyser i forkant av dette – uavhengig av om man hele tiden må gjøre nye analyser?

**Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen:** Som jeg sier, har jeg stilt krav om det. Jeg mener at en helt grunnleggende del av det å drive ledelse og styring når man holder på med en så stor omstilling, er å gjøre risikoanalyser. Så kan det jo hende at man ikke synes at risikoanalysene er gode nok – hvis man virkelig går inn i dem. Det kan ikke jeg si noe om. Men det jeg har stilt spørsmål om til Helse Sør-Øst – det er riktig – er om det gjennomføres risikoanalyser ved hver eneste endring i omstillingen, og er blitt forsikret om at det gjør det. Igjen: En risikoanalyse gjør man ikke én gang for alle, man er nødt til å gjøre det mer eller mindre kontinuerlig for hele tiden å kunne gjøre tiltak i forhold til det.

**Geir Jørgen Bekkevold (KrF):** Etter at Ahus fikk overført 160 000 nye pasienter – eller mennesker – var det meningen at man skulle nedbemanne andre steder. Men så har man ikke klart å gjøre det, noe som da betyr et stort merforbruk. Hvorfor i all verdens rike har man ikke klart det? Har planene vært for dårlig? Er det ulike arbeidsbetingelser de fire sykehusene imellom som har gjort det vanskelig for noen å flytte fra ett sted og over til et annet? Dette har jo vært en viktig sak.

**Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen:** Det ble gjort en vurdering av om man kunne virksomhetsoverdra en del av virksomheten ved OUS til Ahus. Det forsto jeg var vanskelig – man gjorde det innenfor noen områder, spesielt innen rus og psykiatri – fordi det var juridiske hindringer i forhold til avtaleverket osv. Jeg kan ikke gå inn på det, det må jeg eventuelt komme tilbake til. Men det er klart at det hadde vært lettere hvis man kunne gjøre det, for da kunne man bare tatt enheten og flyttet den over.

Så var det ikke den søknaden til Ahus som man kanskje hadde ønsket seg. Hadde bemanningsplanene vært klare på Oslo universitetssykehus, og hadde man vært tydelig på hvor mange personer man trengte på de enkelte avdelingene eller i de enkelte klinikkene, ville det vært lettere å se hvor mange som var overtallige. Det er klart at jo lenger det utsettes, jo mer drar man med seg av merkostnader, og jo vanskeligere blir det også å gjøre den omstillingen. Men så er det jo stor turnover av ansatte på OUS, så jeg mener at den omstillingen skal vi klare. Men jeg mener absolutt at det hadde gått lettere hvis man hadde hatt dette i utgangspunktet.

**Geir Jørgen Bekkevold (KrF):** Men når tror du at dette kan være på plass?

**Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen:** Etter det jeg er orientert om nå, er bemanningsplanene på plass nå.

**Møtelederen:** Takk for det.

Da får vi sneket inn et spørsmål fra Kolberg også – vær så god.

**Martin Kolberg (A):** Vi har veldig tung bevissthet om at det er Stortinget som bevilger de økonomiske rammene for sykehusene, og at regjeringen må forholde seg til det.

Nå har vi overraskende nok, vil jeg si, ikke hørt så veldig mye om press på økonomi, men vi har hørt at også denne omstillingsprosessen knytter seg til økonomi. Det er bra hvis du kommenterer det før vi er ferdig nå, synes jeg.

**Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen:** Økonomi er jo alltid en faktor. Når Stortinget bevilger et visst beløp til sykehusene hvert år og sier at Helse Sør-Øst skal ha så mye og de andre så mye, er det viktig at sykehusene også holder de økonomiske rammene. Men jeg vil si at den mest kritiske faktoren i Norge fremover kanskje ikke er penge, det er faktisk menneskene, ressursene. Det gjelder ikke minst ressurser og kompetanse i en spesialisthelsetjeneste som blir stadig mer spesialisert. Det er det som egentlig er viktig å ta hensyn til, og som egentlig må være driveren i den omstillingen som skjer fremover.

Men det er klart at også Oslo universitetssykehus må komme i økonomisk balanse, slik som veldig mange andre har klart. Det vi ser i Helse Nord f.eks. og i Helse Vest, er at når man har klart å komme i økonomisk balanse, kan man investere, man får bygget nytt, og man får investert i nødvendig teknisk utstyr. Nå vil jeg ikke si at man ikke har gjort det i Oslo, men det er klart at man i mye større grad får en økonomisk frihet som man er helt avhengig av for å få fornyet sykehuset. Det er ikke tvil om at man må både fornye og investere i sykehusene i årene som kommer.

**Møtelederen:** Ola Elvestuen.

**Ola Elvestuen (V):** Man må følge budsjettet. Men når du har en så stor omstilling, koster selvfølgelig det også penger, så du må gjerne bruke en del midler før du kan spare det inn. Hva er viktigst for statsråden: Har det vært å oppnå besparelse over tid, og handlingsrommet, eller har man hatt en klar bevissthet om at her må man bruke mer for å oppnå mål som gjør at man på lang sikt kan få gevinster?

**Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen:** Jeg tror at hvis man spør en bedriftsleder om hvordan man skal gjennomføre en omstilling, er det veldig vanskelig å se at det skal komme penger fra ett eller annet sted for å gjøre denne omstillingen. De kostnadene som er lagt inn over noen år i Oslo universitetssykehus, er ca. 3 mrd. kr. Det er gitt tillatelse til å gå med underskudd, det er til investeringer osv., men man regner med at det er ca. 3 mrd. kr.

Det er også slik som jeg hørte direktøren for Helse Sør-Øst si, at det er omstillingsmidler som man har kunnet stille til rådighet fordi andre foretak har gått godt – ikke sant. Så er det viktig for alle at Oslo universitetssykehus får til den omstillingen. Jeg mener at det har vært stilt noe til disposisjon, men så er det jo slik at man alltid ville ønsket mer. Ikke minst har jeg stor forståelse for at man ville ønske mer til investering og få mer av det på plass, men det må nødvendigvis ta tid.

**Ola Elvestuen (V):** Men de er stilt til disposisjon i etterkant, når situasjonen er oppstått, og ikke som en plan i forkant for at man skal oppnå helt konkrete mål. Og dette koster mer penger i en periode.

**Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen:** Helt i utgangspunktet ble 100 mill. kr stilt til disposisjon – mener jeg. Det var i forkant. Alle disse midlene ble stilt til disposisjon i forkant av budsjettene.

**Møtelederen:** Takk for det.

Da er vi kommet til veis ende i denne delen av høringen, og statsråden har mulighet til å oppsummere på maksimalt 5 minutter, hvis statsråden har et ønske om det. Vær så god, statsråd Strøm-Erichsen!

**Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen:** Takk for det.

Dette har vært en dag da man har fått tatt opp hele Oslo universitetssykehus i full bredde. Det har vært interessant å følge med, som jeg også sa helt innledningsvis.

Kjernen i omstillingsarbeidet i hovedstadsområdet er fremdeles å få til en bedre samordning og ressursutnyttelse når det gjelder både arealer, personell og – ikke minst – teknisk utstyr.

Å ha et fremtidsrettet pasienttilbud har vi mulighet til i

Norge. Derfor påhviler det oss et stort ansvar for å innrette oss slik at vi klarer det.

Jeg må også si at jeg ikke har hørt noen si at vi skal reversere prosessen. Jeg mener at mange også har understreket at man er enig i målsettingene.

Mye av arbeidet er gjort. Overflyttingen av pasientgrunnlag til Ahus er i hovedsak gjort. Vi vet likevel at det vil være krevende utfordringer også fremover, ikke minst for de ansatte. Jeg synes det er viktig at vi ser på både tempo og rekkefølge i det videre omstillingsarbeidet, at det nye styret beslutter fremdriften i det med stor klokskap.

**Møtelederen:** Jeg vil takke statsråden for de bidrag hun har gitt under denne høringen i kontroll- og konstitusjonskomiteen.

Jeg vil på vegne av komiteen takke alle som har bidratt under denne høringen. Vi i komiteen vil nå fortsette arbeidet med vår innstilling, som skal legges frem for Stortinget noe senere. Vi takker alle for de innspill som er kommet i den anledning. Høringen er dermed over.

Høringen slutt kl. 15.47.

---