



Bakgrunnsnotat til høring 25.02. 2014– Representantforslag 15 S(2013-2014)

Fra Legeforeningen møter: Hege Gjessing, president, Jon Helle, visepresident og Asmund Bredeli, foretakstillitsvalgt OUS

Legeforeningen har siden oktober 2013 ønsket en ekstern granskning av hovedstadprosessen og stiller seg bak intensjonen i representantforslaget. En slik undersøkelse må se på både prosess og resultat og kunne gi Stortinget tilgang til nødvendig informasjon. Tilbakemeldinger fra våre foretakstillitsvalgte i sykehusene i Osloområdet stemmer overens med Riksrevisjonens og fylkeslegens beskrivelser. Det er viktig å se fremover og legge en realistisk plan for hvordan OUS kan driftes på en best mulig måte for pasientene.

Legeforeningen har siden omstillingen av OUS ble vedtatt i 2008 fulgt utviklingen tett. Legeforeningen stilte seg bak de grunnleggende målsetningene for omstillingen, men har, både forut for og underveis i prosessen, påpekt mangler i både planlegging og gjennomføring. Riksrevisjonen har i 2012 og 2013 avdekket alarmerende funn i pasientbehandlingen og driften og fylkeslegens uttalelser i november 2013 viser at det er behov for kunnskap om dødsfall som så langt betegnes som unaturlige, det vil si uten forklaring.

Legeforeningen mener:

- Den største utfordringen i dagens sykehus-Norge er situasjonen i hovedstadsområdet.
- **På kort sikt (1-2 år)** må det lages strakstiltak for å løse kapasitets- og organisasjonsproblemer: *Kapasitetsutfordringene* på Ahus og OUS må løses ved å gjenåpne Aker og iverksette mulige kapasitetsutvidelser ved Lovisenberg og Diakonhjemmet som skissert i HSØs hovedstadsrapport¹. *OUS må reorganiseres* med stedlig ledelse på alle nivåer for å sikre at alle ansatte har en tilstedeværende leder, motvirke for lange beslutningslinjer mellom toppledelse og de pasientnære ledelsesnivåene, og bidra til bedre styring på tvers av klinikkene jf. Riksrevisjonens rapport 2013.
- **På mellomlang sikt (2-5 år):** Fortsette utviklingen av kapasiteten ved Ahus i form av arealer, senger, leger og sykepleiere for å håndtere sykehuset befolkningsgrunnlag på en forsvarlig måte. Styrke kapasiteten ved OUS i form av arealer, senger og bemanning.
- **På lang sikt (5-15 år):** Beslutte og bygge en framtidig sykehusstruktur for hovedstadsområdet som tar hensyn til befolkningsvekst, kapasitetsbehov og medisinsk utvikling. Det er ved flere anledninger vist seg at nye norske sykehusbygg dimensjoneres for små.

Pasientsikkerheten må styrkes

Sviktende planlegging av OUS-fusjonen og manglende justeringer underveis, har fått uønskede virkninger for pasienttilbudet. Det kuttes regelmessig i pasienttilbudet, uten at konsekvensene og risikoen dette medfører er tilstrekkelig vurdert. Legeforeningen har i noen år ment at omstillingene rundt opprettelsen av OUS og overføringen av pasienter til Ahus, har gått utover pasientsikkerheten og at det er for høy risiko i deler av sykehusene. Ifølge Riksrevisjonen har Helse Sør-Øst godtatt høy risiko i prosessen og omstillingen har ikke ført til samlet økt produktivitet. Samtidig bryter utviklingen ved OUS med den nasjonale trenden med økt produktivitet: Ved OUS har produktiviteten gått ned, som også er noe av årsaken til et økonomisk underskudd. Dette skaper negative langtidsvirkninger for både pasienter og personell i de daglige behandlingssituasjonene.

Fylkeslegen har uttalt at økningen av unaturlige dødsfall kan knyttes til omstillingsprosessen i hovedstadsområdet og ønsket en uavhengig granskning av omstillingen. Legeforeningen støttet fylkeslegens vurdering og mener fremdeles en granskning er nødvendig for å kartlegge de reelle forhold rundt pasientsikkerheten og risikonivå i behandlingstilbudet. Legeforeningen vil understreke at den svake part i enhver behandlingssituasjon alltid er pasienten. Legeforeningen mener det er svært urovekkende at pasientene i så stor grad har blitt berørt av prosessen og at veien videre i omstillingsplanene må ha pasientsikkerhet som ledestjerne.

Tiltak for å løse kapasitetsutfordringene

Legeforeningen mener det er store kapasitetsutfordringer i hovedstadsområdet. Situasjonen oppleves som prekær. HSØs rapport om hovedstadsområdet foreslår å utnytte kapasitet ved Diakonhjemmet og Lovisenberg. Legeforeningen mener dette vitner om et åpenbart mulighetsrom for å avhjelpe

kapasitetsutfordringene ved OUS og Ahus. Det er imidlertid knyttet stor usikkerhet til om dette vil være tilstrekkelig. På mellomlang sikt må det legges grunnlag for å sikre bærekraftig drift både ved OUS og Ahus. Legeforeningens vurdering er at begge sykehusene må tilføres ressurser. Sykehusene må endres i takt med den medisinske utviklingen, nye arbeidsformer og befolkningsveksten. Statistikkavdelingen i Oslo kommune har dokumentert en befolkningsøkning på 24 prosent bare i Oslo frem til og med 2025. Vi vet også at omkringliggende kommuner opplever en sterk befolkningsvekst og økende tilflytting. Ahus har et ressursproblem der antallet pasienter, og forventet befolkningsvekst, er for høyt i forhold til tilgjengelige ressurser.

HSØs hovedstads-rapport legger opp til å øke kapasiteten ved en økning i beleggsprosenten fra nåværende 85 prosent til omkring 90 prosent. En økning i beleggsprosenten vil svekke ivaretagelsen av pasientens integritet og alminnelig verdighet. Det finnes god dokumentasjon på at høyt belegg er kritisk for pasientsikkerheten, fører til økte strykninger av planlagte operasjoner og er svært belastende for de ansatte. Dagens korridor-problematikk er til en stor grad uttrykk for en manglende reservekapasitet. En økning i beleggsprosenten er ikke i tråd med verken internasjonal forskning eller andre lands praksis på området. Norge har i dag verdens nest høyeste beleggsprosent når det gjelder akuttssenger - bare Israel har høyere belegg. I England hvor belegget nå har steget til 85 prosent argumenteres det med at dette er for høyt. Legeforeningen vil derfor advare mot å øke beleggsprosenten.

Reorganisering og ansvar

Legeforeningen gjennomførte en spørreundersøkelse blant overlegene ved OUS i uten lederansvar i 2013 om organisering, pasienttilbud, kommunikasjon og ledelse. På spørsmålet "Hvordan har omstillingene påvirket kvaliteten på pasientforløpene?" svarte 65,2 prosent av kvaliteten er forverret eller kraftig forverret. På spørsmålet "Hvilken effekt har omstillingsprosessen på ditt arbeidsmiljø?" svarte 71,3 prosent at omstillingene har forverret eller kraftig forverret arbeidsmiljøet. Manglende stedlig ledelse, oppstykkede pasientforløp og manglende IKT-løsninger svekker samhandlingen og gir økt risiko for behandlingssvikt. Det er viktig å presisere at Ahus, etter vår vurdering, virker stort sett å være godt organisert og at det er lite å hente av gevinster ved ytterligere omorganiseringer. Legeforeningen mener imidlertid at *OUS må reorganiseres* med stedlig ledelse på alle nivåer for å sikre at alle ansatte har en tilstedeværende leder, motvirke for lange beslutningslinjer mellom toppledelse og de pasientnære ledelsesnivåene, og bidra til bedre styring på tvers av klinikkene jf. Riksrevisjonens rapport 2013².

Legeforeningens understreket i kontroll- og konstitusjonskomiteens høring om OUS i mars 2012 at de ansatte i større grad må være involvert i omstillingsprosessen, og lyttes til når de melder om feil og mangler underveis i prosessen. Legeforeningen vil også fremheve forslagstillernes, og Riksrevisjonens, påpeking av at departementet overlater ansvaret for fusjonen til OUS, og at videre omstillinger og investeringer er foretakets eget ansvar. Omstillingene i hovedstadsområdet er en politisk besluttet omstillingsprosess, og Legeforeningen mener departementet her fraskriver seg sitt ansvar. Det er viktig at regjering og Storting tar ansvar for at denne omstillingsprosessen kommer i land på en god måte. Konsekvensene av omstillingen har også vært preget av ansvarsfraskrivelse: Det er manglende samsvar mellom departement og RHFenes virkelighetsoppfatning på den ene siden, og de ansattes virkelighetsbeskrivelser på den andre. Legeforeningen mener derfor det er en forutsetning at de ansatte involveres i mye større grad i budsjett- og omstillingsprosessen når en konkret vei videre skal utarbeides. Ved å involvere de ansatte i den videre omstillingen sikrer man et samsvar mellom gjennomføringsgraden av planlagte tiltak og virkeligheten i det pasientnære arbeidet.

Store etterslep i investeringer

De siste ti årene har helseforetakene investert stadig mindre i bygg og medisinskteknisk utstyr sammenlignet med andre sektorer, som har hatt en økning i tilsvarende periode. Beregninger basert på sykehusenes langtidsplaner viser at denne utviklingen vil fortsette³. Arbeidstilsynet dokumenterte allerede i 2011 omfattende etterslep i bygningsmassen ved OUS. Hvis OUS skal oppfylle lovpålagte krav fra Arbeidstilsynet, vil det koste cirka 7-8 milliarder kroner. Gammel og utdatert bygningsmasse, spredte lokasjoner, overlappende IKT-systemer, økonomiske rammebetingelser og svakt planlagte rekkefølgebestemmelser har preget prosessen. Hovedstadsprosessen er illustrerende for ett av Legeforeningens hovedbudskap i sykehus-Norge: Helseforetakene må ha overskudd på drift før vedlikehold og nye bygg kan finansieres. Etterslepet er for stort til å finansieres gjennom overskudd på drift – uten at det går utover pasientbehandlingen.

¹ Helse Sør-Øst (2013). *Premissavklaringer for hovedstadsområdet*.

² Riksrevisjonen (2013). *Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2012. Dokument 3:2 (2013-2014)*

³ McKinsey Company (2013). *Investeringer i spesialisthelsetjenesten i Norge*.