

Oslo universitetssykehus HF

Møteinnkalling

Møtenavn: Styremøte 5/2018
Dato møte: 15. mai 2018
Møtetid: Klokken 16.30 – ca 18.30
Møtested: Ullevål, Bygg 1, 2. etg., Legemessen og per telefon

35/2018 Beslutning: Godkjenning av innkalling og sakliste
36/2018 Beslutning: Økonomisk langtidsplan 2019-2022
37/2018 Orientering: Rapportering per april 2018
38/2018 Orientering: Vedtak om overtredelsesgebyr fra Datatilsynet

Gunnar Bovim
Sign.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 15. mai 2018
Saksbehandler: Direksjonssekretær
Vedlegg: Sakliste
Protokoll fra møte 25. april 2018

SAK 35/2018 GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

Oslo, den 8. mai 2018

Gunnar Bovim
Sign.

Oslo universitetssykehus HF

Protokoll

Møtenavn:	Styremøte
Til:	Styrets medlemmer
Dato dok.:	25. april 2018
Dato møte:	25. april 2018 kl. 10.00 – 14.00 på Radiumhospitalet i Oslo
Offentlighet:	
Referent:	Jørgen Jansen

Tilstede: Gunnar Bovim, Anne Carine Tanum, Marianne Andreassen, Else Lise Skjæret-Larsen, Svein Erik Urstrømmen, Berit Kjøll, Aasmund Magnus Bredeli

Forfall: Svein Stølen

Til stede fra administrasjon: Bjørn Erikstein, Morten Reymert, Kjell Magne Tveit, Morten Meyer, Erlend Smeland, Annelene Foss Svingen m.fl.

Tilstede ellers: publikum

Sak 26/2018 Godkjenning av innkalling og sakliste

Vedtak:

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

Sak 27/2018 Rapport per mars 2018

Vedtak:

Styret tar rapporteringen per mars til orientering.

Sak 28/2018 Utviklingsplan 2035 for Oslo universitetssykehus

Vedtak:

1. Styret vedtar Utviklingsplan for Oslo universitetssykehus 2035 og ber om at den sendes oppdragsgiver Helse Sør-Øst RHF.
2. Styret ber om at Oslo universitetssykehus' sentrale rolle for pasientbehandling, utdanning og forskning i spesialisthelsetjenesten beskrives i den regionale planen.

Styremedlemmene Svein Erik Urstrømmen, Else Lise Skjæret-Larsen og Aasmund M. Bredeli ønsket følgende ført i protokollen til sak 28/2018:

"Alternativt vedtaksforslag fra styrerepresentantene Urstrømmen, Skjæret og Bredeli: Styret tar den foreliggende Utviklingsplan for Oslo universitetssykehus 2035 til orientering. Utviklingsplanen oversendes oppdragsgiver Helse Sør-Øst RHF.

Forslaget falt med 3 mot 4 stemmer.

Ansattes representanter Urstrømmen; Skjæret og Bredeli stemmer imot at OUS-utviklingsplan vedtas av styret på grunn av en rekke uavklarte planforutsetninger. Spesielt nevnes usikkerhet knyttet til aktivitetsfremskrivningene, oppgavefordeling og uavklarte økonomiske forutsetninger mtp gjennomføring og implementering av planen. Vi ber om at styret tar planen til orientering og at den oversendes til oppdragsgiver Helse Sør-Øst RHF."

Sak 29/2018 Økonomisk langtidsplan 2019-2022 (38)

Vedtak:

Styret ber administrerende direktør legge frem forslag til Økonomisk langtidsplan 2019 - 2022(38) til styremøte 15. mai basert på de innspill som framkom i styremøtet.

Sak 30/2018 Valg av styreleder i Kreftregisteret

Vedtak:

Styret i Oslo universitetssykehus HF velger Kjell Magne Tveit som leder i styret for Kreftregisteret, med funksjonstid fra 25. april 2018 til 31. desember 2019.

Sak 31/2018 Rapport om helse, miljø og sikkerhet 2017

Vedtak:

Styret tar redegjørelse om HMS årsrapport 2017 til orientering.

Sak 32/2018 Plan for styrets arbeid

Vedtak:

1. Styret vedtar å ha et telefonstyremøte den 15. mai 2018 kl. 16.30-18.30.
2. Styret vedtar at det ikke gjennomføres styremøte på reservetiden 31. mai 2018.

Sak 33/2018 Administrerende direktørs orienteringer

Vedtak:

Styret tar saken til orientering.


Sak 34/2018 Godkjenning av protokoll styremøte 25. april 2018

Vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 25. april 2018.



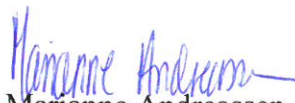
Gunnar Bovim
styreleder



Anne Carine Tanum
nestleder

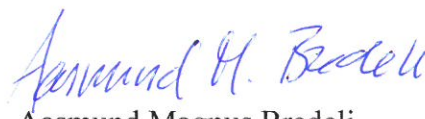


Berit Kjøll



Marianne Andreassen

Svein Stølen
sett



Aasmund Magnus Bredeli



Svein Erik Urstrømmen



Else Lise Skjæret-Larsen

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 15. mai 2018

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør økonomi og finans

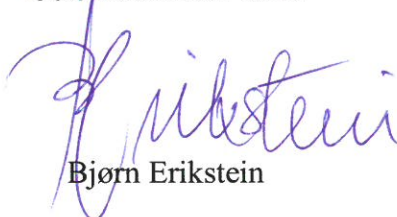
Vedlegg: Kommentarer til økonomisk langtidsplan 2019-2022 (2038)
for Oslo universitetssykehus HF
Områdeplan bygg
Områdeplan MTU
Områdeplan IKT
Områdeplan andre investeringer
Drøftingsprotokoll

SAK 36/2018 ØKONOMISK LANGTIDSPLAN 2019-2022 (38)

Forslag til vedtak:

1. Styret gir sin tilslutning til forslag til Økonomisk langtidsplan 2019 - 2022(38).
2. Styret anbefaler foreløpig et styringsmål for 2019 på 100 millioner kroner i overskudd. Styret understreker at vurderingen av styringsmålet er betinget av de planforutsetningene som er mottatt fra Helse Sør-Øst RHF når det gjelder utvikling i basisramme og kostnader for 2019 knyttet til medikamenter og IKT.
3. Styret ber administrerende direktør følge opp arbeidet med nye inntektsmodeller, både regionalt og nasjonalt, for å sikre at Oslo universitetssykehus' særskilte utfordringer knyttet til finansiering av regionale og nasjonale oppgaver blir ivaretatt.

Oslo den 8. mai 2018



Bjørn Erikstein

1. Innledning

Styret ble i styremøte 25. april i sak 29/2018 forelagt administrerende direktør sitt anbefalte forslag til økonomisk langtidsplan for 2019 - 2022(38) for diskusjon i styret.

Administrerende direktør legger med dette fram forslag til behandling av ØLP 2019 – 2022(38) for behandling i styret. I det alt vesentligste er sakens realiteter, fremstillingen av dette og forslaget til økonomisk langtidsplan uendret i forhold til det som ble lagt frem for styret 25. april.

2. Administrerende direktørs vurdering

Administrerende direktør har etter styremøte 25. april gjennomført dialog med Helse Sør-Øst RHF. Det er ovenfor eier Helse Sør-Øst RHF redegjort for hvilke dilemmaer som foreligger med de planforutsetninger som er lagt til grunn. Det er i styringsdialogen ikke tilkommet krav fra eier om justering av foretakets forutsatte resultatutvikling eller andre vesentlige planforutsetninger som er lagt til grunn.

Formålet med å behandle ØLP i to omganger var at styret skulle få en bedre anledning til å diskutere de dilemmaene foretaket står overfor når det gjelder å disponere de økonomiske ressursene, særlig for de første årene. En slik prosess har også gitt mulighet til en bedre involvering av foretakstillitsvalgte og vernetjeneste før administrerende direktør fremmer sitt endelige forslag til ØLP 2019-2022(38). Protokoll fra drøftingsmøte 7. mai følger saken.

Administrerende direktør mener at gjennomføring av økonomisk langtidsplan for planperioden 2019 - 2022 innebærer en betydelig utfordring for Oslo universitetssykehus HF, særlig for de første årene. Det omfattende behovet for investeringer i eksisterende bygninger medfører isolert sett et stort finansieringsbehov. Deler av finansieringsbehovet må dekkes med positive driftsresultater i Oslo universitetssykehus HF. Et redusert resultatnivå i planperioden 2019 - 2022 vil medføre redusert løpende investeringsevne.

Det var ved forrige rullering av ØLP 2018 – 2021(37) forutsatt et resultat eksklusive eiendomssalg med overskudd i 2018 på 300 millioner kroner, 350 millioner kroner i 2019, 400 millioner kroner i 2020 og 400 millioner kroner i 2021. Ideelt sett burde foretakets overskudd vært i størrelsesorden 400 – 600 millioner kroner i kommende planperiode 2019 – 2022 for å sikre tilstrekkelig finansieringsevne for investeringer. Dette er på nivå med Helse Sør-Øst sitt målbilde om et årlig resultatnivå på om lag 2,5 pst. av foretakets samlede driftsinntekter i løpet av planperioden.

Det fremgår forrige rullering av ØLP 2018-2021(37) at:

"Det understrekes at det er stor usikkerhet knyttet til gjennomføringen av resultatkravene i langtidsplanperioden. Fra resultat første kvartal 2017 innebærer kravene til resultatforbedring en effektivisering i klinikkene på i gjennomsnitt 2-3

pst for hvert år i planperioden. Det understrekes også at det for 2018 budsjettet er en betydelig usikkerhet i budsjetteringen av DRG- og polikliniske inntekter. Det er varslet omlegginger innen begge finansieringssystemene der det er en betydelig risiko for negative konsekvenser for Oslo universitetssykehus HF. Endringer på dette området kan isolert sett medføre at resultatkravet for Oslo universitetssykehus må vurderes for 2018 og kommende år."

Som beskrevet i vedlagte kommentarer til ØLP 2019 – 2022(38) gir den svake inntektsutviklingen og varslede økte kostnader til blant annet IKT og medikamenter det meget vanskelig å realisere den resultatutviklingen som ble lagt ved forrige rullering av ØLP 2018 – 2021(37). De risikoer som ble beskrevet ved forrige rullering av ØLP 2018 -2021(37) fremstår nå som en tilnærmet realitet. Resultatutvikling første kvartal viser at det også er en betydelig resultatrisiko knyttet til 2018, her både knyttet til inntektene (ISF) og kostnader (lønn).

En gjennomføring av et resultatnivå på 350 millioner kroner i 2019 ville medført krav til en betydelig reduksjon i antall årsverk i klinikkene og et krav til produktivitetsforbedring på i størrelsesorden 4- 5 pst. fra 2018 – 2019. Administrerende direktørs vurdering er at dette vil være for krevende å gjennomføre på ett år. Administrerende direktør sitt forslag legger opp til følgende resultatmål for planperioden 2019 -2022:

Driftsresultat ØLP 2019 -2022 (mill kr)	2019	2020	2021	2022
Resultatmål (ekskl. salg av eiendom)	100	150	250	350

For å gjennomføre en resultatutvikling som vist i tabellen over må arbeidsproduktiviteten økes med om lag 1,8 pst. hvert år frem mot 2022 innenfor både psykisk helse og rus og somatikk. Kravet til forbedret produktivitet for klinikkene ved en resultatutvikling som vist i tabellen over er om lag på samme nivå som ved forrige rullering av ØLP 2018 - 2021(37). Resultatrisiko for 2018 vil kunne medføre ytterligere krav. Forbedret arbeidsproduktivitet må først og fremst tas ut gjennom bedre logistikk, teknologiske nyvinninger og bedret planlegging og gjennomføring av poliklinisk og operativ virksomhet.

Konsekvensen av et justert resultatnivå som vist i tabellen over er imidlertid at kontantbidraget fra driften til investeringer må reduseres. Finansieringsevnen er isolert sett redusert med 650 millioner kroner for årene 2019 - 2021 sammenlignet med forrige rullering av ØLP. Dette medfører at foretaket må redusere investeringspådraget tilsvarende eller i større grad benytte finansiell leie ved finansiering av investeringer. Administrerende direktør har i den foreliggende anbefalingen til ØLP 2019 – 2022 valgt å foreslå å øke foretakets bruk av finansielle leieavtaler knyttet til medisinsk teknisk utstyr.

Det er dokumentert behov for omfattende investeringer i bygninger, medisinskteknisk utstyr og IKT i de kommende årene. Administrerende direktør vurderer at de investeringsnivå som fremgår av eget vedlegg til styresaken er nødvendig for å få sykehuset til å fungere som en godt organisert enhet og for at foretaket skal kunne gi god og fremtidsrettet pasientbehandling. Å opprettholde et investeringsnivå som vist i eget vedlegg vurderes også viktig for at Oslo

universitetssykehus fortsatt skal ha en ledende rolle i medisinsk utvikling, samt møte lovkrav og andre myndighetspålegg. Nevnte forhold vil også være viktig premisser for å sikre de ansatte gode og trygge arbeidsvilkår de kommende årene. I økonomisk langtidsplan er det derfor lagt til grunn omfattende investeringer i oppgraderinger av utstyr og bygg, men altså hvor utstyrsleveranser i hovedsak er forutsatt finansiert med finansielle leieavtaler.

Behovene for investeringer er så vidt store innenfor både bygninger, medisinskteknisk utstyr og IKT at investeringsbudsjettet innebærer meget vanskelige avveininger og prioriteringer. I forslaget til økonomisk langtidsplan er det gjort foreløpige avveininger mellom investeringsområdene. Det understrekes imidlertid at de endelige budsjettene vil først bli vedtatt i de årlige budsjettbehandlingene i desember.

Administrerende direktør vil understreke at for å kunne finansiere omfattende investeringer er det fortsatt, trass i skisserte reduserte resultatnivå, nødvendig med store endringer i driften av foretaket. Produktiviteten må forbedres betydelig ved at ressursbruken per pasientbehandling reduseres. Programmet «Forbedring av drift» videreføres, og klinikkvise tiltak må gjennomføres for fortsatt å opprettholde et overskudd i foretaket inn mot 2019, gitt de planforutsetninger som per nå foreligger. Klinikken må gjennomføre betydelige tiltak i egen drift og det vil være krevende å klare å prioritere nye ønskede tiltak for 2019.

Samtidig vil administrerende direktør understreke at det vil være et absolutt krav at kvaliteten i pasientbehandlingen opprettholdes og noen steder forbedres, samtidig skal pasientsikkerheten ivaretas. Dette skal oppnås innenfor den gamle bygningsmassen i Oslo universitetssykehus HF, og det vil fortsatt være krevende for lederlinjen i foretaket å realisere. I planperioden er det også ønskelig å implementere nye IKT-systemer. De siste årenes utvikling har vist at det er betydelig risiko knyttet til gjennomføring i de regionale IKT-programmene. Oslo universitetssykehus HF må vurdere lokale behov i et samarbeid med regionen innenfor kritiske områder for gjennomføring av drift. Nye og like systemer mellom lokaliseringene kan legge til rette for bedre produktivitet i planperioden.

For planperioden 2023-2038 har administrerende direktør hatt dialog med Helse Sør-Øst RHF og tatt opp særskilt behovet for å synliggjøre vurderte økonomiske konsekvenser av det samtlende vedtatte målbildet for Oslo Universitetssykehus:

Ett samlet og komplett lands- og regionsykehus inkludert lokalfunksjoner på Gaustad, ett lokalsykehus på Aker og kreftbehandling på Radiumhospitalet.

I forbindelse med konseptfaseutredningen for Aker/Gaustad som skal styrebehandles i desember 2018 skal foretakets bærekraft for de investeringer som inngår i det totale målbildet vurderes som en del av utredningen.

I administrerende direktør sitt forslag til ØLP 2019-2022(38) er det inntatt investeringspådrag for realisering av hele målbildet og de foreløpige vurderingene knyttet til realisering av foretakets samlede målbilde viser at:

- Det er mulig å lage en realistisk framskriving som gir økonomisk bærekraft.

- Nye rammeforutsetninger for statslån (økt rentenivå 1 pst.) øker både investeringskost og finanskost (2 – 2,5 mrd. kroner).
- Realisering av målbildet forutsetter salg av anlegg som ikke er i bruk.
- Det blir vanskelig å håndtere investeringer i bygg som skal videreføres på riktig tidspunkt. Dette gjelder særlig Rikshospitalet.

For planperioden 2023 - 2038 er det lagt til grunn en generell årlig forbedring i arbeidsproduktiviteten på 0,5 pst, som medfører at bemanningsveksten årlig vil øke 0,5 pst mindre enn aktiviteten. Gevinster knyttet til at virksomheten tar i bruk nye bygg er også lagt til grunn med totalt 3,5 pst. forbedring, samme nivå som ved forrige rullering av ØLP 2018 -2021(37).

Administrerende direktør viser til pågående prosesser for videreutvikling av inntektsmodell i Helse Sør- Øst og nasjonalt, og vil her ta frem noen av de særskilte utfordringer som OUS HF har knyttet til finansiering. Det foreligger nå per 1. tertial informasjon som viser at endringene i ISF finansieringen fra 2017-2018 gir lavere finansiering enn hva som var forutsatt i budsjettet. Omleggingen som er gjennomført i 2018 knyttet til innsatsstyrt finansiering gir en dårligere betaling enn i 2017 for samme type virksomhet, noe som isolert sett medfører behov for reduksjon i kostnader.

En av hovedutfordringene med stykkprisfinansiering av regionale og nasjonale oppgaver er at prisen settes basert på gjennomsnittsberegninger av kostnad per opphold. OUS HF har store kostnader knyttet til å ta i bruk nye metoder og behandling av pasienter som ikke kan behandles andre steder og som ikke har en relevant aktivitetsbasert finansiering. ISF systemet er basert på gjennomsnittlige kostnadsvekter som ikke avspeiler de reelle kostnadene som ligger i de regionale og nasjonale oppgavene. Et annet forhold som rammer OUS spesielt er at utviklingen i finansieringssystemet er forsinket med flere år i forhold til nye behandlingsmetoder og kunnskap. Foretaket gjennomfører i disse dager analyser på kostnadsdata og tilhørende finansiering innenfor flere fagområder for data fra 2017. De største manglene knyttet til finansiering av OUS HF sine oppgaver er innenfor spesialiserte fag som f.eks. nyfødt og barnemedisin, og øvrige områder der medisinsk faglig utvikling er i front ved OUS HF. Det tar 3-4 år før nye behandlingsmetoder og medisinske fremskritt gir finansiering i ISF systemet.

Administrerende direktør vil også påpeke at det i dag er to forskjellige finansieringer for tilbud ved OUS HF avhengig av hvor pasienten er tilhørende. Pasienter tilhørende Helse Sør-Øst sitt opptaksområde har gjennom abonnementsmodellen i den regionale inntektsmodellen en pris som er ment å kompensere blant annet for at kostnadene i OUS fraviker fra de gjennomsnittlige kostnadsvektene i systemet for innsatsstyrt finansiering (ISF). Pasienter fra andre regioner har en betydelig lavere pris enn dette.

3. Saksopplysninger

Det er i vedlagte kommentarer til utkast til ØLP 2019-2022 beskrevet at perioden er preget av følgende utviklingstrekk:

- Svak inntektsvekst, særlig fra 2018 – 2019 (0,4 pst.)
- Sterk kostnadsvekst (IKT og medikamenter)
- Resultatrisiko 2018
- Stort investeringsbehov – utenom nye bygg
- Vanskelig å komme utenom stort omfang av finansiell leie

Med de planforutsetningene som foreligger for 2019 vil et resultat på 350 millioner kroner medføre en reduksjon i årsverk i størrelsesorden 180 – 200 brutto månedsverk fra budsjett 2018 til budsjett 2019. Et redusert resultatnivå i 2019 fra 350 millioner kroner til 100 millioner kroner som er beskrevet i kommentarene som er vedlagt styresaken forklares slik:

- Forserte avskrivninger Radiumhospitalet: Det ble høsten 2017 gjennomført dialog med ekstern revisor hvor ny avskrivningsplan for bygg som skal erstattes av nytt klinikkbygg ved Radiumhospitalet ble bestemt. Forsert plan for Radiumhospitalet øker avskrivningene med 54 millioner kroner i 2019, sammenlignet med tidligere avskrivningsplan.
- Resterende reduksjon i resultat skyldes som vist i eget vedlegg til saken at det i de rammer som foreligger fra HSØ for 2019 er tilnærmet nullvekst, samtidig som det forventes betydelig økte kostnader, særlig knyttet til IKT kostnader og medikamenter.

Et resultatnivå for 2019 på 100 millioner kroner vil når man korrigerer for planlagt virksomhetsoverdragelse i prehospitaltjenester, medføre en bemanning på om lag samme nivå som forutsatt i budsjett 2018. Pasientbehandlingen innenfor somatisk virksomhet er forutsatt å øke med 1,75 prosent hvert år i perioden 2019 – 2022. Innenfor psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det forutsatt en aktivitetsvekst på 2 pst. Innspill fra Sykehuspartner og Sykehusapotekene er lagt til grunn for kostnadsutvikling knyttet til IKT-kostnader og medikamentkostnader. Det er lagt til grunn at økningen i basisfinansieringen til Oslo universitetssykehus HF på 200 millioner kroner knyttet til ny finansieringsordning for laboratorieanalyser videreføres i hele planperioden. Andre inntekter er redusert tilsvarende slik at omleggingen er forutsatt nøytral for hele planperioden. Tabellen nedenfor viser resultatbudsjett for 2018-2022.

Driftsresultat ØLP <i>(mill kroner)</i>	Budsjett 2018	2019	2020	2021	2022
Basisramme	11 889	12 030	12 123	12 212	12 300
Aktivitetsbaserte inntekter	8 447	8 600	8 756	8 916	9 079
Andre driftsinntekter	2 715	2 590	2 803	2 739	2 787
Sum driftsinntekter	23 051	23 221	23 683	23 867	24 166
Varekostnader	3 038	3 187	3 304	3 431	3 539
Lønn- og innleiekostnader	13 774	13 825	13 831	13 839	13 876
Pensjon	2 132	1 999	2 000	2 001	2 006
Avskrivninger og nedskrivninger	928	937	953	964	986
Andre driftskostnader	3 037	3 141	3 242	3 292	3 258
Sum driftskostnader	22 909	23 089	23 328	23 527	23 666
Finansresultat	33	-1	-4	-0	-60
Driftsresultat	175	131	350	340	440
<i>kontroll</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>-</i>
Resultatmål (ekskl. salg av eiendom) 2018-2022	175	100	150	250	350
Herav særskilt spesifisert:					
IKT-kostnader	1 123	1 202	1 297	1 342	1 315
Medikamentkostnader	880	985	1 054	1 132	1 189

Det er i vedlagte kommentarer til forslag til ØLP for planperioden 2023 - 2038 lagt til grunn følgende forutsetninger:

- Årlig aktivitetsvekst på 1,3 pst
- Basisutvikling i samsvar med HSØ sine innspill
- Generell årlig forbedring i arbeidsproduktiviteten på i gjennomsnitt 0,5 pst
- Driftsgevinster nye bygg(3,5 pst.) – som i forrige ØLP
- Varekost, andre variable inntekter og kostnader følger aktivitetsutviklingen
- 100 pst. finansiering av kapital- og driftskostnader til protonsentor
- Nøytrale økonomiske effekter av endret opptaksområde bydeler
- Økte finanskostnader som følge av 1 pst økt rente er på om lag 2,4 mrd. kroner for planperioden, gir også økte byggelånsrenter på 0,3 mrd. kroner

For den generelle utvikling i aktivitet for perioden 2023 - 2038 er det forutsatt at både inntekter og kostnader øker i takt med aktivitetsutviklingen. En generell årlig forbedring i arbeidsproduktiviteten på 0,5 pst. medfører at bemanningsveksten vil øke 0,5 pst mindre enn aktiviteten. Dette er en planforutsetning som ikke lå til grunn ved forrige rullering av ØLP 2018 - 2021(37) men har støtte i flere analyser som er gjennomført av produktivitetsutviklingen for spesialisthelsetjenesten senere år. Nærmere omtale av disse er gitt i vedlegget.

Gevinster knyttet til at virksomheten tar i bruk nye bygg er også lagt til grunn med totalt 3,5 pst forbedring, samme nivå som ved forrige rullering av ØLP 2018 - 2021(37). Det er foreløpig ikke gjort vurderinger av særskilte midlertidige negative resultateffekter som følger av innflytting i nye bygg på Aker og Gaustad. Deter imidlertid forutsatt at driftsgevinstene er lavere i de første årene knyttet til pukkelkostnader ved oppstart. Det vil bli vurdert mulige konsekvenser som lavere aktivitet i en tilvenningsperiode og andre flyttekostnader også for disse prosjektene under konseptfasen som skal styrebehandles i desember 2018.

I perioden 2019 - 2022 er det innarbeidet et betydelig krav til forbedring av driften, med en forbedring i arbeidsproduktivitet på om lag 1,8 pst årlig med utgangspunkt i budsjett 2018. Fra 2023 til 2038 er det beregnet krav til forbedring av driften som følger av nye bygg (3,5 pst.), samt en årlig forbedret arbeidsproduktivitet på 0,5 pst. Erfaringer fra hovedstadsprosessen hvor betydelig aktivitet ble flyttet fra Oslo universitetssykehus HF til andre foretak var at virksomhet som får økt volum av pasienter har potensiale for å ta ut produktivitetsgevinster. Det er ikke særskilt lagt

inn gevinster som følge av overtakelse av bydeler fra Akershus universitetssykehus HF i planperioden. Dette er foreløpig vurdert ivaretatt med den generelle effektiviseringen for planperioden på 0,5 pst. årlig for perioden 2023 – 2038.

Forslag til investeringsrammer for ØLP 2019 – 2022 fremgår av tabell under:

Investeringsbudsjett (inkl. byggelånsrenter) (mill kroner)		ØLP 2019	ØLP 2020	ØLP 2021	ØLP 2022
TOTALT	MTU	450	450	450	1 475
	Bygg (videreføres og nye)	483	350	495	5 769
	Bygg (raflyttes)	255	204	209	113
	Annet	80	80	80	102
	Egenkapital pensjon	65	73	82	92
	IKT	35	35	35	35
	SUM	1 368	1 192	1 351	7 586
Finansiert med	Ordinær likviditet	329	329	329	329
	Tidligere års resultater	240	0	0	0
	Driftsresultat (ekskl. salg)	100	150	250	350
	Netto avdrag IKT-lån	38	38	29	32
	Eiendomsalg	31	200	90	90
	Fordring på HSØ RHF	0	0	0	1 085
	Øremerkede tilskudd	0	0	0	755
	Lån	193	186	195	4 519
	Finansiell leie	403	403	403	403
	SUM	1 333	1 305	1 295	7 563

Det vises til vedlegget for detaljert beskrivelse av prosjekter som er planlagt i ØLP med tilhørende finansieringsplaner. Finansiering av nye bygg er i planperioden forutsatt ved bruk av lån, basisfordring og øremerket tilskudd protonbygg. I planperioden til 2022 inngår salg av eiendommer for 411 millioner kroner.

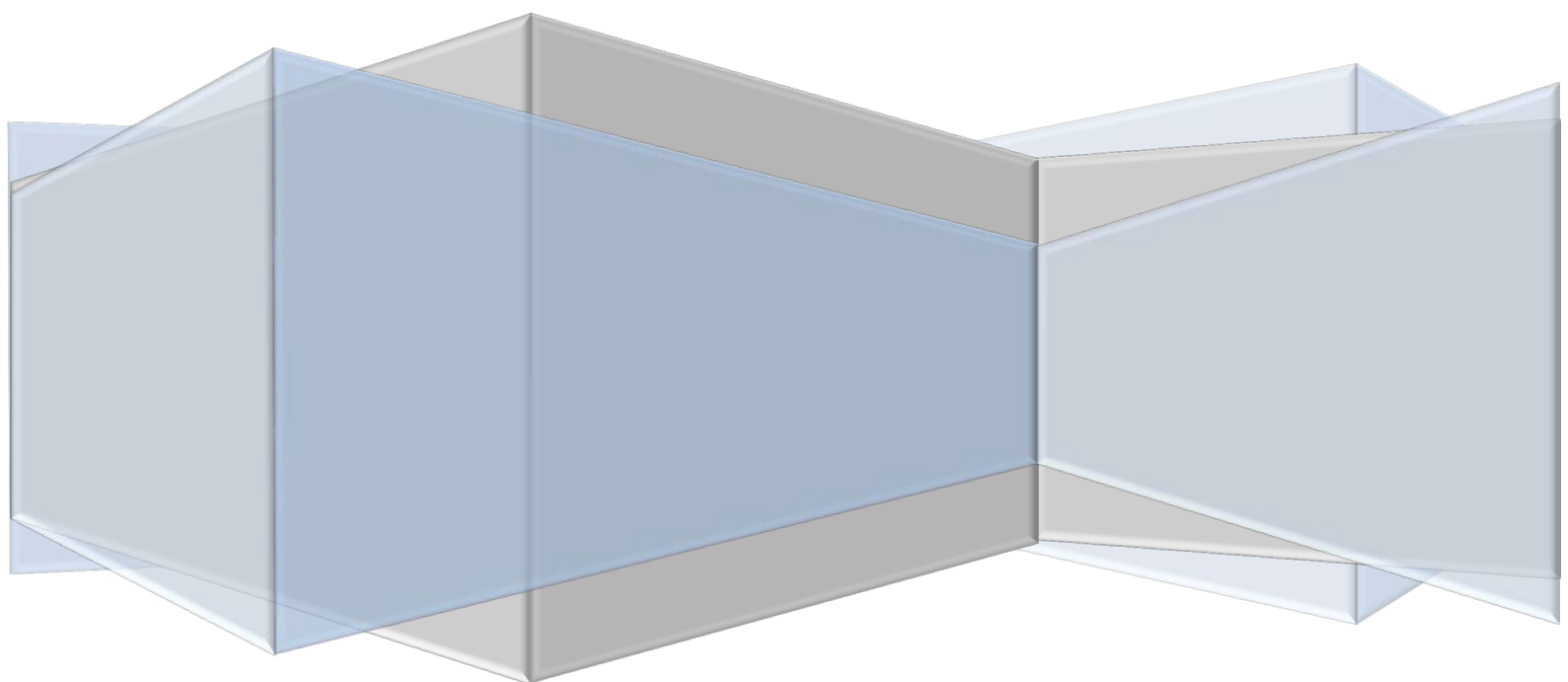
Finansiell leie er lagt inn med et finansieringsnivå tilsvarende 85 pst av anskaffelseskost medisinskteknisk utstyr og 100 pst. av anskaffelseskost for ambulanserbiler.

Det er i styringsdialogen som er gjennomført med Helse Sør Øst etter forrige styremøte 25. april tatt inn to endringer etter innspill fra Helse Sør-øst RHF. Dette gjelder blant annet renter på basisfordring og låneandel for realisering av etappe 2, hele målbildet for Aker og Gaustad. Endringene innebærer økte byggelånsrenter for nye bygg og en økt låneandel for realisering av etappe 2, til 70 % HOD lån. Likviditet knyttet til salg av tomme bygg er nå benyttet til å styrke foretaksgruppens likviditet.

Økonomisk langtidsplan

2019- 2022 (2038)

Kommentarer oversendt Helse Sør-Øst RHF



Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	2
1. Foretaksgruppens hovedmål og -krav.....	6
a) Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd.....	6
b) Kreftpasienter i pakkeforløp.....	6
c) Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 %.....	7
d) Det skal ikke være korridorpasienter.....	9
e) Beskrive utviklingen innen passert tentativ tid.....	9
f) Prioriteringsregelen - større vekst innen BUP, VOP og TSB enn innen somatikk.....	9
2. Utvikling i rammebetingelser, resultat- og aktivitet.....	10
3. Vekst i aktivitet innenfor tjenesteområdene - prioriteringsregelen.....	19
4. Tiltak for å oppnå budsjettert resultatutvikling.....	19
5. Investeringer.....	25
Finansiering av planlagte investeringer.....	25
Investeringer.....	29
6. Likviditet.....	33
7. Nødvendig resultatnivå i Oslo universitetssykehus HF.....	34
8. Kravet til styrebehandling.....	34
9. Vedlegg.....	34

Sammendrag

Økonomisk langtidsplan skal gi et samlet grunnlag for vurdering av økonomisk bæreevne for investeringer i Oslo universitetssykehus HF i et lengre perspektiv enn det enkelte budsjettår. Planen bygger på forutsetninger om inntektsutvikling og aktivitetsutvikling fra Helse Sør-Øst RHF, samt innspill fra Sykehuspartner, sykehusapotekene knyttet til kostnadsutvikling for IKT og medikamentkostnader for planperioden.

Norges største sykehus driver daglig pasientbehandling i bygg som er lite egnet for moderne sykehusdrift. Hovedbyggene på Ullevål sykehus er over 100 år gamle, har store setningsskader, og tilbyr 4 til 6-mannsrom. Høy alder på store deler av bygningsmassen, sammen med forventet befolkningsvekst tilsier at det uansett må gjennomføres store investeringer i nye bygg for Oslo-sykehusene i de nærmeste tiårene. Planperioden som skal beskrives går helt frem til 2038 og i Økonomisk Langtidsplan 2019 – 2022(38) fremgår økonomiske krav knyttet til foretakets langsiktige strategi for hvordan disse bygningene skal lokaliseres og hvordan foretakets økonomiske bærekraft for et slikt investeringsløft ser ut med de planforutsetninger som er lagt for inntektsutvikling, rentenivå m.v.

Etter behandling av Økonomisk langtidsplan 2018-2021 (37) i 2017 er det kommet til flere betydelige endringer i inntekts- og kostnadsforutsetningene for Oslo universitetssykehus HF både for 2018 og for de nærmeste årene etter. De største endringene er knyttet til lavere aktivitetsbaserte inntekter som følge av omlegging av ISF – systemet i 2018 og redusert basisinntekter som følge av omfordelingseffekter av oppdaterte kriterier i inntektsmodell fra 2019. Det er også et høyere nivå på driftskostnadene ved inngangen til 2018, enn det som var forutsatt i budsjett 2018. For planperioden samlet vil også økt rentenivå på nye statslån for finansiering av foretakets vedtatte målbilde medføre en markant økning i rentekostnadene som må finansieres over ordinær drift.

Foretakets evne til å finansiere de investeringsplaner som er planlagt er som følge av ovenstående kommenterte forhold svekket sammenlignet med forrige rullering av ØLP.

Oslo universitetssykehus HF står fortsatt overfor store økonomiske utfordringer de kommende årene. Tilstanden for bygningsmasse og medisinsk teknisk utstyr og mange behov knyttet til IKT-systemer medfører et omfattende behov for investeringer. Pågående regionale investeringsprosjekter i IKT har også avdekket betydelige investeringsbehov i teknisk infrastruktur i Oslo universitetssykehus HF.

Sparing i forkant av store investeringer gir flere fordeler. Det er nødvendig for å bygge opp foretakets egenfinansiering i fremtidige byggeprosjekter. Dette gjennomføres ved at foretaket benytter overskudd i planperioden og ikke basisfordringen hos Helse Sør-Øst RHF som økes med om lag 1 mrd. fram til 2022. Et positivt resultat fra driften i forkant av innslagstidspunkt for økonomiske effekter av nye sykehusbygg vil også gi foretaket økonomisk bæreevne for økte kapitalkostnader når nye bygg tas i bruk.

Styret vedtok i behandlingen av ØLP 2018 – 2021 et resultatnivå for årene 2018 -2021 slik:

Driftsresultat ØLP 2018 -2019 (mill kr)	Budsjett			
	2018	2019	2020	2021
Resultatmål (ekskl. salg av eiendom)	175	350	400	400

Det var i ØLP 2018 – 2021 forutsatt et resultatnivå på 300 millioner kr. for 2018. Resultatmålet ble redusert ved styrets behandling av budsjett 2018 til 175 millioner kr. Gjennomføringen av

resultatnivå på 350 millioner kroner i 2019 ville medført en betydelig reduksjon i antall årsverk og medført et krav til produktivitetsforbedring på i overkant av 4 % fra 2018 – 2019. Dette er urealistisk. Ved rullering av ØLP 2019 -2022 er resultatmålene for planperioden redusert som følge av nullvekst i rammer fra eier fra 2018 - 2019 og store kostnadspådrag knyttet til IKT, medikamenter m.v. slik:

Driftsresultat ØLP 2019 -2022 (mill kr)	2019	2020	2021	2022
Resultatmål (ekskl. salg av eiendom)	100	150	250	350

For å gjennomføre en resultatutvikling som vist i tabellen over må arbeidsproduktiviteten økes med om lag 1,7 % hvert år frem mot 2022 innenfor både psykisk helse og rus og somatikk. Kravet til forbedret arbeidsproduktivitet ved en resultatutvikling som vist i tabellen over er om lag på samme nivå som ved forrige rullering av ØLP. I tillegg vil resultatrisiko for 2018 kunne medføre ytterligere krav. Konsekvensen av et justert resultatnivå som vist i tabellen over er at kontantbidraget fra driften til investeringer er redusert med 650 MNOK for årene 2019 -2021, sammenlignet med forrige rullering av ØLP. Dette medfører at foretaket må redusere investeringspådraget tilsvarende eller i større grad benytte finansiell leasing ved finansiering av investeringer. Det legges opp til å realisere et resultatnivå som er høyere enn i dag gjennom planperioden 2019 -2022. Det er foreløpig lagt til grunn et resultat for 2022 på 350 millioner kroner.

Oslo universitetssykehus HF innførte i 2014 nytt pasientadministrativt system/elektronisk pasientjournal (PAS/EPJ), og det ble arbeidet videre med utvikling og opplæring i systemet i 2015 og 2016. Det pågikk samtidig et omfattende arbeid for å redusere ventetider, antallet fristbrudd og etablere effektive pasientsløyer. Gode resultater for ventetider og fristbrudd er oppnådd og forholdene ligger nå bedre til rette for å ytterligere reduserte ventetider i planperioden.

I planperioden frem til 2022 er det innmeldt et stort investeringsbehov(2,0 mrd) knyttet til bygg som skal videreføres etter realisering av nybygg. Det skal blant annet tas igjen et betydelig vedlikeholdsetterslep ved Rikshospitalet. Investeringspådragene er for planperioden 2019-2022 redusert med 0,9 mrd. og strukket lengre ut i tid for enn hva som i utgangspunktet var planlagt for å sikre et årlig finansiert investeringsnivå i foretaket. Dette øker risiko knyttet til havari.

Resultatkravene for planperioden vil innebære at klinikkene må øke pasientbehandlingen uten tilførsel av økt bemanning noe som vil medføre betydelige behov for tiltak i planperioden. Oslo universitetssykehus HF har videre etablert et program for driftsforbedringer som skal bidra til at klinikkene oppnår bedre driftsresultater. Klinikkene må løse resultatkravet ved både å etablere klinikkspesifikke tiltak og gjennomføre tiltak innenfor programmet for forbedringer.

Det vil tross reduksjon i resultatnivå for planperioden fortsatt være høy risiko i forhold til gjennomføring av de effektiviseringskrav som denne ØLP rulleringen legger opp til.

Styret i Helse Sør-Øst RHF behandlet i 2016 idéfaseutredningen fra Oslo universitetssykehus HF og ga sin tilslutning til at det fremtidige målbildet for Oslo universitetssykehus HF er:

Ett samlet og komplett lands- og regionsykehus inkludert lokalfunksjoner på Gaustad, ett lokalsykehus på Aker og kreftbehandling på Radiumhospitalet.

Dette målbildet er også vedtatt i foretaksmøte for Helse Sør-Øst.

To prosjekter går nå som forprosjekt; Nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet og protonbygg. Konseptfaseutredning for Gaustad og Aker gjennomføres i 2018, med planlagt vedtak i styret i desember 2018.

I den økonomiske langtidsplanen som nå foreligger er det lagt inn oppdaterte tall fra prosjektene prisjustert til 2018 kroner. Samlet sett utgjør dette 41,3 milliarder kroner inklusive byggelånsrenter i investeringer. Investeringene inkluderer:

- Gaustad etappe 1 og 2
- Aker somatikk etappe 1 (4 bydeler) og etappe 2 (2 bydeler)
- RSA/LSA/PUA etappe 1 og 2
- Aker sykehuspsykiatri 9 bydeler
- Radiumhospitalet – nytt klinikkbygg og protonbygg

Investeringsnivået for disse byggene er økt med 3,7 mrd. sammenlignet med forrige rullering av ØLP 2018-2021. Av dette skyldes om lag 2 mrd. Protonbygg som ble vedtatt ved Stortingets behandling av Statsbudsjett for 2018. Økte byggelånsrenter som følge av 1 % økt rente på nye statslån og prisjustering øker også investeringspådraget.

Gaustad/Aker etappe 2 var ikke inkludert i den økonomiske langtidsplanen for 2018- 2021. Gjennomføring av etappe 2 på Gaustad er nødvendig for å etablere et komplett lands-, regions- og lokalsykehus på Gaustad i samsvar med det vedtatte målbildet og nødvendige investeringer for å gjennomføre dette er nå inntatt med et estimat på 12,6 mrd. fra idefaserapporten. Tallgrunnlaget er prisjustert og tillagt byggelånsrenter med samme forutsetninger som for øvrige nye planlagte bygg.

Det er ved denne rulleringen av økonomisk langtidsplan lagt til grunn investeringer i sykehusanlegg på Gaustad/Aker, regional sikkerhetsavdeling og Radiumhospitalet og proton går i regi av Helse Sør-Øst, og ikke får noen økonomiske effekter for OUS HF før byggene er ferdigstilt og tas i bruk. Dette er i samsvar med de planene som nå foreligger.

Det er i Statsbudsjettet for 2018 vedtatt låneramme for finansiering av nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet og for nytt protonbygg. Høsten 2017 har det med betydelig medvirkning fra OUS blitt gjennomført et skisseprosjekt og laget en oppdatert økonomisk analyse.

Det er i statsbudsjettet avklart finansiering av universitetsarealer. Det foregår nå regulerings sak med Plan og bygningsetaten i Oslo kommune.

Våren 2017 ble arbeidet med fullføring av konseptfasen for regional sikkerhetsavdeling gjennomført. Styret i HSØ godkjente konseptrapporten 15.06.17 (sak 070-2017). Regional sikkerhetsavdeling fikk tildelt 33 MNOK til forprosjekt på statsbudsjettet 2018. Regulering av tomt for RSA på Ila er under oppstart.

For Aker/Gaustad etappe 1 er det planlagt ferdigstillelse av konseptfaser i løpet av 2018, og det er lagt til grunn at lånefinansiering kommer inn på Statsbudsjettet for 2020.

For planperioden 2019-2022 er det som ved forrige rullering av ØLP forutsatt at overskuddet over drift benyttes til investeringer samme år som driftsresultatet oppnås. Dette betyr at planlegging og budsjettering av øvrige investeringer utenom nye bygg må være tilstrekkelig fleksibel til at investeringsnivået reelt kan tilpasses resultatrisiko. Det betyr også at Oslo universitetssykehus HF i årene framover må holde tilbake mange kontraktsgjøring frem til resultatrisiko fremstår som mer avklart. Det stiller økt krav til presisjonsnivået i den økonomiske

styringen i foretaket. I finansstrategien for Helse Sør-Øst er prinsippet at overskudd fra drift disponeres til investeringer det påfølgende året. Det må derfor avklares med Helse Sør-Øst RHF hva som kan forutsettes inn i det enkelte års budsjett.

Det fremgår av omtalen nedenfor at Oslo universitetssykehus HF legger opp til betydelig aktivitetsvekst de kommende årene. Dette må særlig sees på bakgrunn av befolkningsframskrivninger fra Statistisk sentralbyrå som viser en vekst i innbyggertallet i Oslo sykehusområde på over 31 000 personer (5,4 pst) fra 2018 til 2022 og på 126 000 personer (4,2 pst) i helseregionen i samme periode. Det er som en planforutsetning forutsatt at fra 2027 blir ansvaret for bydel Alna overført fra Akershus universitetssykehus HF til Oslo sykehusområde og Oslo universitetssykehus HF. Det må avklares nærmere om overføring kan gjennomføres tidligere. De viktigste virkemidlene for å kunne gjennomføre innlemming av Alna vil være arealprosjekter (og nybygg som del av etappe 1), bedre pasientforløp enn i dag, mer effektiv bruk av sykehusets personale og prioritering av ressursene mot der det er registrert flaskehals. Samtidig kan aktivitetsvekst og tilhørende inntektsvekst gjøre det noe lettere å gjennomføre nødvendige produktivitetsforbedringer.

1. Foretaksgruppens hovedmål og -krav

a) Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd

Oppfølgingen av klinikkene og fagavdelingene har gitt gode resultater på disse områdene gjennom 2017. Gjennomsnittlig ventetid til avvikling i 2017 var 60 dager. Dette er en reduksjon på 7 dager sammenlignet med samme periode i 2016 (67dager). Antall fristbrudd av ventende pasienter per utgangen av desember var 95. Dette er 6 høyere enn rapportert på samme tidspunkt i 2016. Antall pasienter som har ventet 12 måneder eller mer per utgangen av desember var 14 mot 101 ved utgangen av samme periode i 2016. Vårt mål er at gjennomsnittlig ventetid til avvikling samlet er 50 dager i 2021.

Oppfølgingen vil i planperioden fortsatt være basert på planleggingshorisont, fastlagte indikatorer og rapporter, slik at utviklingen kan følges nøye.

- Ajourhold av venteliste med bakgrunn i føringer gitt i styrende dokumenter og brukerveiledninger.
- Fortsatt fokus på redusert vurderingstid (ventetid starter ved mottattdato)
- Implementering av Prioriteringsveilederne for å tilstrebe riktig fristfastsettelse
- Innføre som rutine at tentativ dato, som skal settes i god tid før frist starthelsehjelp, er styrende for hvilket tidspunkt helsehjelpen starter.
- Opplæring til leger i riktig registrering av rettighetsopplysninger fra andre HF hvor ventetid slutt foreligger.
- Internsertifisering av personell som har ansvar for ajourhold av venteliste og riktig registrering i DIPS.
- Registrering av diagnosegrupper i DIPS for å lette prioritering på ventelisten og for å øke kunnskap om hvilke pasientgrupper som venter lengst, samt identifisere årsak til ventetid utover frist.
- Overvåking og retting av feilregistreringer som slår ut som langtidsventende og fristbrudd.

Det vil fremover være en like tett oppfølging av pasienter som er i et forløp, for å sikre at pasienter får innfridd den medisinske fristen som er satt, etter at retten til utredning eller behandling er innfridd.

Bedre langtidsplanlegging skal sikre at timebøker er etablert minst 12 mnd frem i tid. Sykehuset jobber med forbedringsprosjekter som bedrer kvalitet og kapasitet og med oppgavedeling og samarbeid med andre sykehus og private spesialister. Gjennom et overgripende prosjekt for kapasitet de neste 5-8 årene vil vi sikre at vår kapasitet utvikles i tråd med behovet, blant annet gjennom god utnyttelse av alle arealer og en hensiktsmessig fordeling av oppgavene internt i sykehuset. Det er forventet en videre økning i behovet for poliklinikk og dagbehandling, og det vil kreve god utnyttelse av behandlingsrom, arealer og utstyr.

b) Kreftpasienter i pakkeforløp

Det er innført 28 pakkeforløp for kreft i sykehuset, med forløpsteam, forløpsledere og forløpskoordinatorer. I oktober 2016 ble det opprettet et Driftsstyre for kreftområdet som skal bidra til å styrke linjeledelsens handlekraft innen kreftområdet på tvers av organisatoriske skiller

og lokaliseringer av aktivitet. Driftsstyret skal bl.a. koordinere utvikling av pasientforløp for kreft, og være en pådriver i forhold til kvalitet i pakkeforløpene.

Oslo universitetssykehus skal jobbe målrettet for å inkludere 70 % av nye kreftpasienter i et pakkeforløp, og at minst 70 % av pakkeforløpene for kreftpasienter er gjennomført innen standard forløpstid. Sykehuset har etablert gode forløp innen mange kreftformer. Andelen kreftpasienter registrert i pakkeforløp i 2017 var 69 prosent mens andelen gjennomført innenfor standard forløpstider var 62 prosent for alle behandlingsformer sett samlet. Manglende måloppnåelse gjelder for alle behandlingsmodaliteter. For kirurgi var andelen pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid lav, særlig i 2. tertial. Dette henger sammen med kapasiteten gjennom ferieperioden. Det er identifisert 7 forløp hvor kapasiteten bør økes om sommeren hvorav 4 forløp hvor kapasiteten må økes for sommeren 2018. Dette gjelder brystkreft, prostatakreft, livmorkreft og eggstokkreft.

Overføring av pasienter i pakkeforløp mellom lokalsykehusene og Oslo universitetssykehus HF representerer en spesiell utfordring. Pasienter som utredes og behandles ved flere helseforetak har lengre forløpstider enn de som har hele sitt forløp innen samme helseforetak.

Innføring av regionale MDT-møter (møter i tverrfaglige team) kom i gang på slutten av 2017. Erfaringene er gode og mange pasienter kan avklares i møtet uten å henvises til regionsykehuset/starte opp behandling på lokalsykehus. Møtene skaper en faglig arena i regionen der håndtering og utforming av for eksempel henvisninger kan bestemmes.

I arbeidet med standardiserte forløp er det tydeliggjort utfordringer i sentrale funksjoner som radiologi, patologi og deler av behandlingen. Det arbeides med ulike tiltak for å bedre situasjonen.

c) Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 %

Oslo universitetssykehus HF gjennomfører jevnlig registreringer av sykehusinfeksjoner, og målet er at sykehusinfeksjoner skal reduseres til under 3 %. Resultatene fra infeksjonsregistreringene, inklusive fremstilling av utvikling, brukes i oppfølgingen av de enkelte klinikker og avdelinger.

OUS registrerer alle typer infeksjoner, mens det bare er urinveisinfeksjoner, nedre luftveisinfeksjoner, blodbaneinfeksjoner og infeksjoner i operasjonsområde som skal meldes til Nasjonalt folkehelseinstitutt. Registreringen omfatter også HAI hos pasienter som hadde infeksjonen ved overflytting fra andre helseforetak. Gjennomsnittlig prevalensandel for de fire infeksjonstypene var 5,7 % i 2017.

Smittevernarbeidet ved sykehuset vektlegger kartlegging av risikofaktorer, styrket opplæring av personalet i smittevern, utarbeidelse av avdelingsvise infeksjonskontrollprogram, styrket håndhygiene ved å eliminere bruk av ringer og armbåndsurs, riktig bruk av antibiotika og andre rutiner for forebygging av infeksjoner.

Infeksjoner med resistente bakterier utgjør et spesielt viktig problem hvor Oslo universitetssykehus HF må forsterke innsatsen. Pasientsammensetning, en til dels nedslitt bygningsmasse, få enkeltengerom og isolater og annen suboptimal infrastruktur representerer en særlig utfordring.

Sykehuset etablerte i 2017 et antibiotikastyringsprogram. Tett oppfølging av antibiotikabruk er nødvendig, men ikke tilstrekkelig for å redusere sykehusinfeksjoner og begrense resistensutvikling. Følgende tiltak ble gjennomført i 2017:

- Utarbeidet veileder for antibiotika-kontakter og linjeledere
- Digitalregistrering av antibiotika - Metavision på intensiv
- Powerpoint presentasjoner om diagnostikk og behandling tilpasset flereavdelinger
- Minimetodevurdering av biomarkøren procalcitonin for å korte behandling
- Intranettside med informasjon og verktøy
- Nettverk for kontakter i alle relevante klinikker
- Informert om antibiotikastyring på fredagsmøter på Rikshospitalet og Ullevål.
- Gjennomført 2 workshop/miniseminar for antibiotikakontaktene
- Gjort kjent nasjonale retningslinjer for antibiotika
- Opplæring om audits og feedback
- Foredrag om antibiotikastyring i praksis (tavler)
- Markert Antibiotikadagen med stand mm.
- Gjennomført workshop for å knytte forskning opp

Det må fortsatt arbeides med å sikre gode interne hygienerutiner i all pasientbehandling.

Basert på oppdatert risikoanalyse (2017) prioriterer Oslo universitetssykehus HF forebygging av postoperative sårinfeksjoner, blodbancinfeksjoner og nedre luftveisinfeksjoner i planperioden.

Oppdatert rapportering i lederlinjen på klinikk, avdeling og seksjon av både antibiotikabruk, antall sykehusinfeksjoner og resistensforhold er nødvendig. Oslo universitetssykehus HF vil prioritere resistensforskning.

d) Det skal ikke være korridorpasienter

Oslo universitetssykehus HF har en målsetting om null korridorsenger. Med en betydelig andel elektive behandlingstilbud, skal det med riktig registrering, bedre oversikt over beleggssituasjonen totalt i sykehuset og gjennom samarbeid på tvers av sengeenheter, være innen rekkevidde å nå målsettingen.

For aktuelle avdelinger og sengeposter er det etablert buffersenger for å håndtere situasjoner med overbelegg. Det er i 2017 også etablert nye rutiner som understøtter samarbeid mellom sengepostenheter. Det er dessuten påbegynt et arbeid for å utvikle klinikkovergripende opptrappingsplaner for å håndtere høyintensive overbeleggsituasjoner gjennom såkalte «handlingskort», etter modell fra andre sykehus i regionen.

Andel korridorpasienter har gått ned siden januar 2016 og per august 2017 var andelen 0,7 %.

Flere innmeldte forhold tyder på at det fortsatt forekommer feil bruk av registreringsalternativene i DIPS, og/eller feil i oppsatte sengeoversikter. Begge forhold medfører feil i rapporterte data på korridorsenger. Det er derfor viktig å sikre riktig registrering av pasienter som faktisk overnatter på korridor. Det jobbes i sykehuset med å avklare de faktiske forholdene knyttet til registreringer, og rydde opp i feilregistreringer.

e) Beskrive utviklingen innen passert tentativ tid

Vårt mål er at den medisinske fristen som er satt blir innfridd for 95% i alle behandlingsløp innen 2021. Per mars 2018 var andel passert tentativ tid i OUS 6,1%, hvilket er nært målsettingen . I løpet av mai 2018 vil vi ha klar en strategi for hvordan arbeidet med ytterligere reduksjon skal gjennomføres. Vi vil arbeide for reduksjon av passert planlagt tid på fagområdenivå, slik at vi kan rapportere tilfredsstillende tall til NPR når den tid kommer. Ventelisterådet OUS vil være drivere for arbeidet.

f) Prioriteringsregelen - større vekst innen BUP, VOP og TSB enn innen somatikk

Det var en større relativ vekst i kostnader innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling samlet sett fra 2016 til 2017 enn innenfor somatikken. Det har videre vært en vekst i årsverk innenfor alle områder. Når det gjelder antall polikliniske konsultasjoner ble det innført ISF og ny tellemåte i 2017 for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, slik at tall rapportert for 2017 ikke er sammenlignbare med 2016 for disse områdene. Interne tall viser imidlertid at det har vært en økning i antall faktiske konsultasjoner innenfor alle områdene fra 2016 til 2017. Det er foreløpig ikke utarbeidet en intern fordeling av budsjettet mellom tjenesteområdene i Oslo universitetssykehus HF for ØLP perioden 2019 - 2022, men det planlegges ut fra at vekst innenfor behandling på lokal- og områdesykehus skal bli større innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn vekst i somatisk virksomhet. I henhold til Oppdragsdokumentet er det de distrikts- psykiatriske sentre, psykisk helsevern for barn og unge, samt tverrfaglig spesialisert rusbehandling som i hovedsak vil bli prioritert. Veksten forutsettes i hovedsak innenfor polikliniske behandling med 2 pst årlig vekst.

2. Utvikling i rammebetingelser, resultat- og aktivitet

Vesentlige endringer i resultatposter sammenlignet med historisk nivå m.v.

Etter behandling av Økonomisk langtidsplan 2018-2021 (37) i 2017 er de økonomiske utsiktene for Oslo universitetssykehus HF noe endret. De viktigste forholdene er lavere aktivitetsbaserte inntekter som følge av betydelige endringer knyttet til ISF finansieringen, lavere forventede basisinntekter fra Helse Sør-Øst RHF, ett høyere nivå på driftskostnader ved inngangen til 2018 enn det som tidligere var forutsatt. Kostnadene til IKT og medikamenter forventes å øke samlet med om lag 500 millioner kroner for årene 2019 -2022.

Inntektsutvikling – basisramme

I tabell 1 under fremgår foreløpige inntektsrammer for sykehuset. Dersom man ser bort fra og korrigerer pensjonsjusteringen (forskuttet red basis 2018 sfa pensjon), kompensasjon for tap knyttet til ny lab.finansiering, samt korrigerer for økte inntekter for endret opptaksområde innenfor prehospitaltjenester øker rammene med 11 millioner kroner fra 2018 til 2019. Den forventede veksten i basisramme for perioden 2020 – 2022 er beregnet til om lag 90 millioner kroner årlig, en reduksjon på 10 millioner kroner hvert år fra ØLP 2018-2021. Nullvekst i rammer fra 2018-2019:

- Oslo sin andel av publikasjonspoeng innenfor forskning har gått ned og medfører en redusert inntekt med 24 MNOK
- Midler til økt aktivitet (økt inntekt 49 millioner kroner)
- Negative effekter i pensjonselementene (reduert inntekt om lag 60 millioner kroner, men delvis kompensert 30 millioner kroner)
- I rammene inngår også endret opptaksområde for prehospitaltjenester knyttet til at kommuner som tilhører opptaksområdet til Kongsvinger sykehus overflyttes til Akershus (Økt inntekt 66 millioner kroner). Det er her forutsatt nøytralitet ved at kostnadene forutsettes økt med samme nivå som inntektene.

Beregning av foreløpig inntektsramme	2019	2020	2021	2022
Basisramme inkl. KBF forrige periode	11 735 442	11 876 280	11 969 397	12 058 105
Endringer				
Forskuttet red. basis 2018 sfa pensjon	-137 529			
Omfordeling inntektsmodell	1 670	44 151	39 629	38 850
Økt aktivitet	48 827	48 967	49 079	49 187
Ervervet hjerneskade barn og unge	1 270			
Omstilling ny fin.ordning laboratorie	200 000			
Kompensasjon for pensjonseffekt	30 000			
Økt bemanning luftambulans	-3 400			
Foreløpig basisramme	11 876 280	11 969 397	12 058 105	12 146 141
Forskning Basis	153 867	153 867	153 867	153 867
Forskning Tilskudd	259 538	259 538	259 538	259 538
Nasjonale kompetansetjenester	176 381	176 381	176 381	176 381
Andre statlige tilskudd	430 548	430 548	430 548	430 548
Sum faste inntekter	12 896 613	12 989 730	13 078 438	13 166 474

Tabell 1: Inntektsforutsetninger fra Helse Sør-Øst RHF til benyttelse i økonomisk langtidsplan 2019-2022

Det er i løpet av 2017-18 i et eget prosjekt arbeidet med videreutvikling av enkelte elementer i inntektsmodellen i hele Helse Sør-Øst RHF. Innen somatikk er det gjort nye vurderinger av:

- volum og pris i abonnementsordningen for nasjonale og regionale funksjoner i Oslo sykehusområde

- finansiering av aktivitet utover etablerte finansieringsordninger i Oslo sykehusområde
- strukturkomponenten

Det er i planforutsetningene fra Helse Sør-Øst RHF for 2019-2022 ikke innarbeidet endringer i inntektsmodellen knyttet til disse forholdene. Helse Sør-Øst RHF har i planforutsetninger til helseforetakene bedt om at det må tas høyde for at de foreslåtte endringene i abonnementet og håndteringene av aktivitet utover etablerte finansieringsordninger kan bli innført ved utarbeidelse av forutsetningen for 2019-budsjettet, dvs. følgende:

- Det gjøres ingen endringer i det samlede volumet i abonnementsordningen, men volumet for inneliggende pasienter reduseres fra 40,5 til 39,5 ISF-poeng per 1000 innbygger. Volum for polikliniske konsultasjoner er økes fra 2 til 3 ISF-poeng per 1000 innbygger.
- Det omfordres inntekt for aktivitet utover etablerte finansieringsordninger ved Oslo universitetssykehus fra sykehusområdene Akershus, Vestre Viken og Østfold til Oslo sykehusområde.

Det er også gjort analyser og vurderinger vedrørende storbykriteriet innen psykisk helsevern og TSB, samt om utviklingen innen ambulante tjenester medfører behov for endringer. Dette arbeidet er ikke avsluttet og får derfor ikke innvirkning på planleggingsrammene for 2019-2022. Det er videre arbeidet med bruk av inntektsmodellen innen Oslo sykehusområde. Disse vurderingene er avhengig av modellelementene for psykisk helsevern og TSB og pågår derfor fortsatt.

Økende årlig inntektsramme til Oslo universitetssykehus HF har sammenheng med forventet befolkningsøkning i Oslo sykehusområde og Helse Sør-Øst RHF og derav en forventning om økning i aktiviteten i Oslo universitetssykehus HF i årene etter 2019. Aktivitetsveksten må forventes å komme innenfor både lokal- og områdefunksjoner og regionfunksjoner. Det er ikke inntatt inntektsmodelleffekter av at bydel Alna overføres i planperioden, ved forrige rullering av ØLP 2018-2021 lå Alna inne med overføring fra 2020.

Økonomisk langtidsplan og fordeling av rammer skal baseres på vedtatt fordeling av opptaksområder. Planene for utvikling av bygningsmassen ved Oslo universitetssykehus tar hensyn til at bydelene Alna, Grorud og Stovner på sikt overføres fra Akershus sykehusområde til Oslo sykehusområde, selv om dette ikke formelt er vedtatt. Det er forutsatt at bydelsoverføringer har nøytrale økonomiske effekter i planperioden. Det er ikke tatt inn økte kostnader og inntekter i planperioden, slik dette ble gjennomført ved forrige rullering av ØLP 2018-2021.

Aktivitetsforutsetninger

Den forventede vekst i aktivitet for planperioden 2019-2022 er på om lag 7 %. Tilsvarende er basisfinansieringen forventet å øke med 2,5 %. Dette betyr at det i rammetildelingen for vekst i aktivitet fra Helse Sør-Øst allerede er inntatt et betydelig krav til effektivisering av driften. Dette skyldes blant annet at det holdes igjen midler av vekstfinansieringen i det regionale foretaket til regionale prioriteringer og investeringer. Økt aktivitet vil også bringe med seg aktivitetsbaserte inntekter og høyere kostnader. For mange virksomheter er det samtidig slik at forutsetningene for å effektivisere er enklere når aktiviteten i en virksomhet er i vekst.

Resultatutvikling

Svak inntektsvekst og betydelig kostnadsvekst fra 2018 - 2019 og store behov for oppgraderinger og nyinvesteringer i Oslo universitetssykehus HF gir betydelige økonomiske utfordringer for driften av foretaket i årene framover. Det er imidlertid ikke vurdert som realistisk å videreføre de resultatambisjonene som lå til grunn ved forrige rullering av ØLP 2018-2021. Et resultat som forutsatt her på 350 MNOK for 2019, ville medført et krav til effektivisering på over 4 % og

betydelig reduksjon i bemanningen i fra 2018, gitt den inntektsutviklingen som ligger til grunn i planforutsetningene nå. Resultatkravet er derfor lagt ned på et nivå som kan være mulig å gjennomføre. En eventuelt bedret inntektsutvikling ved tildeling av endelige rammer for 2019 kan gi rom for et høyere resultat i 2019.

Det er en stor utfordring for virksomheten både å finne de riktige tiltakene som gir nødvendige effekter (jfr kapittel 4) og deretter gjennomføre disse. Per i dag er det definert en del områder som skal kunne bidra til resultatforbedring, men det er ikke identifisert og avklart tilstrekkelig med detaljerte operative tiltak for å effektivisere Oslo universitetssykehus HF slik at resultatkravene fra forrige økonomiske langtidsplan kan opprettholdes.

Budsjettet som fremgår av tabell 2 under er avstemt med inntektsforutsetningene fra Helse Sør-Øst RHF. Det er videre forutsatt inntektsvekst i innsatsstyrt finansiering som følge av planlagt aktivitetsvekst på 1,75 prosent per år innen somatisk virksomhet. Andre inntekter som er knyttet til pasientbehandling er økt tilsvarende.

Ny lab. finansiering

Andre inntekter er også redusert med 200 millioner kroner som er beregnet tap for OUS ved innføring av ny finansieringsordning for laboratorieanalyser. Omlegging gjennomføres budsjettneutralt på nasjonalt nivå i 2018. Dersom forutsetningen om budsjettneutralitet ikke blir oppfylt vil det i henhold til Prop.1S være aktuelt å justere innretningen fortløpende gjennom året.

For 2018 er forholdet mellom den aktivitetsbaserte HELFO- refusjonen og andelen som finansieres gjennom rammefinansiering endret, og om lag 400 millioner kroner nasjonalt er overført fra aktivitetsavhengig til fast finansiering, dvs. til de regionale helseforetakenes basisrammer. Helse- Sør-Øst RHF er tildelt 215 millioner kroner i økt basisramme som følge av dette. Disse midlene skyldes i stor grad nedskalering av satser innen fagområdet medisinsk genetik. Det er kun Oslo universitetssykehus og Sykehuset Telemark som tilbyr analyser innen dette fagområdet.

I budsjett 2018 er disse midlene budsjettent sentralt på Helse Sør-Øst RHF for å kunne følge opp utviklingen i foretaksgruppen innen laboratorieområdet gjennom året og å fordele midlene på en slik måte at den økonomiske risikoen håndteres. Det er lagt til grunn at økningen i basisfinansieringen til OUS på 200 millioner kroner knyttet til ny finansieringsordning for laboratorieanalyser videreføres i hele planperioden.

Resultatutvikling

IKT-kostnader inngår i totalbudsjettet (dels lønnskostnader og dels andre driftskostnader), det gjør også medikamentkostnader (varekostnader), kostnadene fremgår på egen linje nederst i tabell 2 under.

NY TABELL

Driftsresultat ØLP <i>(mill kroner)</i>	Budsjett 2018	2019	2020	2021	2022
Basisramme	11 889	12 030	12 123	12 212	12 300
Aktivitetsbaserte inntekter	8 447	8 600	8 756	8 916	9 079
Andre driftsinntekter	2 715	2 590	2 803	2 739	2 787
Sum driftsinntekter	23 051	23 221	23 683	23 867	24 166
Varekostnader	3 038	3 187	3 304	3 431	3 539
Lønn- og innleiekostnader	13 774	13 828	13 834	13 843	13 879
Pensjon	2 132	1 999	2 000	2 002	2 007
Avskrivninger og nedskrivninger	928	937	953	966	988
Andre driftskostnader	3 037	3 141	3 242	3 292	3 258
Sum driftskostnader	22 909	23 093	23 333	23 533	23 672
Finansresultat	33	3	1	6	-54
Driftsresultat	175	131	350	340	440
Resultatmål (ekskl. salg av eiendom) 2018-2022	175	100	150	250	350
Herav særskilt spesifisert:					
IKT-kostnader	1 123	1 202	1 297	1 342	1 315
Medikamentkostnader	880	985	1 054	1 132	1 189

Tabell 2: Resultatbudsjett 2019-2022 med alle tall i 2018 priser.

De mest fremtredende dreiningene i kostnader som forventes å finne sted for planperioden 2019-2022 er økningen i de årlige IKT-kostnader og medikamentkostnader. Det er lagt til grunn innspill fra Sykehuspartner for vekst i IKT kostnadene som forutsettes økt med 200 millioner kroner fra budsjett 2018 til budsjett 2022. Prognose fra Sykehusapotekene gir en økning i medikamentkostnader på om lag 310 millioner kroner for tilsvarende periode. Prognosene fra Sykehuspartner og Sykehusapotekene er fullt ut lagt til grunn for framskrivningen av disse kostnadene. Øvrig varekost er budsjettet med en økning som samsvarer med veksten i pasientbehandlingen.

IKT-kostnader

OUS har mottatt innspill til ØLP fra Sykehuspartner på OUS sin andel av kostnadene som er knyttet til drift og forvaltning av IKT-løsningene i Sykehuspartner, samt økonomiske konsekvenser av de regionale prosjektene i Digital fornying.

I økonomisk langtidsplan for 2019-2022 planlegges det med et økt kostnadsnivå hovedsakelig grunnet infrastrukturmoderniseringen. Sykehuspartners begrunnelse for denne økningen er som følger:

«Sammenliknet med tidligere ØLP-periode er ambisjonsnivået hevet mht. det lagt inn økte investeringer og ressursbruk i eksisterende plattform, i påvente av modernisering. Økt fokus og krav til sikkerhet samt etterslepsproblematikk etter flere år med lave investeringer i påvente av modernisering er hovedårsakene.»

OUS tar tallene og begrunnelsen fra Sykehuspartner til etterretning og legger dette til grunn for egen ØLP.

Medikamentkostnader

Budsjettering av medikamentkostnader i økonomisk langtidsplan er basert på en analyse mottatt fra Helse Sør-Øst RHF. Analysen viser at Oslo universitetssykehus i planperioden risikerer en vekst i kostnader til medikamenter med om lag 310 millioner kroner. Alle helseforetak forventes å oppleve en betydelig vekst i medikamentkostnadene de neste årene. Oslo universitetssykehus HF kostnader vil kunne øke noe mer enn gjennomsnittet. Dette skyldes at kreftmedikamenter utgjør en relativt sett stor del av medikamentkostnadene i Oslo universitetssykehus HF og kreftmedikamenter har en forventet høyere vekst enn andre medikamenter. Gjennomsnittlig vekst for kreftmedikamenter i planperioden er beregnet til om lag 15 pst. per år og andre medikamenter forventes å øke med om lag 7 pst. per år.

Den kraftige veksten i medikamentkostnader er i økonomisk langtidsplan forutsatt finansiert av Oslo universitetssykehus HF. Det kan likevel være slik at denne veksten delvis vil bli finansiert med særskilte bevilgninger innarbeidet i statsbudsjettet eventuelt ved dreining av DRG-vektene.

Det har vært en sterk vekst i kostnader til nye medikamenter og nye indikasjoner for godkjente medikamenter for kreftbehandling, spesielt fra 2014. For sykehusene i Norge er kostnadene til legemidler for kreftbehandling økt med 251 % fra 2006 til 2017. Om lag 65 % av legemidlene som har vært vurdert av «Nye Metoder» har vært kreftlegemidler. Beslutningsforum har så langt i 2018 besluttet bruk av dyre medikamenter på nye indikasjoner. Det gjelder blant annet innenfor immunterapi og bruk av PD-1 hemmere ved blærekreft. Det er dokumentasjon for effekt også ved andre kreftsykdommer der beslutning ennå ikke er tatt. I tillegg ser vi nye dyre medikamenter med dokumentasjon om effekt i randomiserte studier. Dette omfatter en rekke ulike kreftsykdommer. Dette feltet preges av stor utvikling og det nødvendig å overvåke situasjonen nøye.

Behandling med CAR-T (chimeric antigen receptors) er godkjent av FDA i USA for diffust storcellet lymfom og akutt lymfoblastisk leukemi (barn og unge voksne i første omgang). Det er så langt ikke gitt markedsføringstillatelse i Europa, men OUS deltar i klinisk utprøving av slik behandling for unge pasienter og har vært eneste senter i Skandinavia til nå. Det antas at denne behandlingsmuligheten vil bli tilgjengelig også i Norge i planperioden og det antas videre at dette kan få store konsekvenser for både medikamentkostnader og andre behandlingkostnader (eksempel intensiv kapasitet). Det er imidlertid ikke tilstrekkelig avklart i hvilken utstrekning behandling med CAR-T vil komme som erstatning for eller i tillegg til dagens behandling for aktuelle pasientgrupper.

Klinikkene legger videre til grunn at det skal være mulig å oppnå reduserte medikamentkostnader gjennom raske skifter av medikamenter ved bedre anbud og gjennom å fortsette satsningen på samarbeid med andre sykehus i regionen om pasientforløp.

Lønnskostnadene

De totale lønns- og innleiekostnadene er lagt inn med en vekst på 100 millioner kroner for planperioden 2019 -2022. Fra 2019 øker antall ansatte med om lag 40 årsverk knyttet til endret opptaksområde for prehospitale tjenester.

Det er forventet en dreining i kostnader innen bemanning fra innleie og dyr variabel lønn til fast lønn i planperioden. Det iverksettes tiltak for å redusere bruken og sentralisering av personalformidling er ett vesentlig premiss for å gjennomføre reduksjonene. Det vil være noe usikkerhet knyttet til effektivering av tiltaket ettersom innleiekostnaden i hovedsak vedrører

spesialkompetanse. Dette må derfor også sees i sammenheng med rekruttering og opplæring av spesialsykepleiere.

Det er lagt til grunn et lønnsrefusjonsnivå om lag på nivå med budsjett i 2018. Lønnsглиdning er ikke særskilt vurdert i langtidsplanen.

Andre kostnadselementer

Øvrige varekostnader og andre variable driftskostnader er budsjettet med en vekst på 1,75 pst per år. Dette i samsvar med forventet aktivitetsvekst på 1,75 pst per år.

Renter

Helse Sør-Øst har lagt forutsetninger til rentebaner på korte lån, lange lån og finansiell leie for planperioden som fremgår av tabell under.

Renteforutsetninger	2 019	2 020	2 021	2 022
Renteinntekter	1,59 %	1,99 %	2,33 %	2,58 %
Rentekostnader	1,13 %	1,55 %	1,97 %	2,20 %
Rentekostnader nye HOD-lån	2,22 %	2,63 %	2,97 %	3,22 %
Finansieringskostnad av leasingsaldo, årlig % (NIBOR + margin)	3,1 %	3,5 %	3,8 %	4,1 %

Tabell 3: Renteutviklingen forventes med dette å stige med 1- 1,5 prosent i planperioden.

I Norge inngår ikke renten direkte i KPI, og foretakene blir derfor ikke direkte finansiert gjennom deflator i statsbudsjettet for et høyere rentenivå. Dersom disse rentene inngår i indikatoren for underliggende inflasjon, vil innstramningen tilsynelatende føre til ytterligere økning i presset i økonomien.

Rentekostnader på driftskreditten er 1 % lavere enn nye prosjekter med statslån. Økte rentenivå er innarbeidet for planperioden i samsvar med den rentebanen som er lagt til grunn fra Helse Sør-Øst.

Rentekostnadene øker med om lag 110 millioner kroner i planperioden 2019 - 2022.

- Rentekostnader driftskreditt med 22 millioner kroner
- Rentekostnader lange lån (byggelån etablert etter 1.1.2018 (RAD/proton) 37 millioner kroner.
- Rentekostnader lange lån (lån fra før 1.1.2018) øker med 7 millioner kroner
- Rentekostnader finansielle leieavtaler øker med 44 millioner kroner.

Renteinntektene øker med om lag 23 millioner kr. i planperioden. Finanskostnader netto øker med om lag 90 millioner kroner i planperioden.

Det er for planperioden 2019 -2022 lagt til grunn at foretaket leier MTU utstyr tilsvarende 85 % andel av anskaffelseskost og 100 % for ambulanserbiler. Forpliktelser for finansiell leie er ved inngangen av 2019 beregnet til om lag 700 millioner kroner, og vil øke til 1, 7 mrd ved utgangen av 2022. Rentekostnadene vil vokse med om lag 44 millioner kroner som følge av pådrag av nye finansielle leiekontrakter.

Det er i statsbudsjettet for 2018 etablert ny rentemodell fra 2018 for nye prosjekter som får lån fra HOD. Bakgrunnen for forslaget er bl.a. at helseforetakenes rentebetingelser i større grad skal tilpasses øvrige renter i markedet. Både faste renter og flytende renter skal beregnes med utgangspunkt i basisrenten med et fratrekk på 0,5 prosentpoeng. Basisrenten er basert på rentebetingelser for boliglån i det norske privatmarkedet. Generelt innebærer dette at

helseforetakenes rentevilkår for lån øker med om lag 1 prosentpoeng i forhold til tidligere rentebetingelser. Basert på investeringsprosjektene som foreløpig er lagt til grunn i økonomisk langtidsplan medfører endringen en økning i samlede betalbare renter på om lag 3,3 milliarder kroner samlet for Helse- Sør-Øst RHF, fordelt over en 25 års nedbetalingsperiode. Prosjektene ved Oslo universitetssykehus utgjør om lag 2,4 milliarder kroner av økningen.

Avskrivninger

Avskrivningskostnadene vokser med 86 millioner kr. i planperioden 2019 - 2022, noe som viser at reinvesteringen er om lag på nivå med ferdig avskrevet anleggsmidler i perioden.

Resultat for hele planperioden 2023 - 2038

I framskriving av resultat fra 2023 -2038 er det gjort forenklinger ift vurdering av utviklingen i resultatposter. Det er lagt til grunn følgende forutsetninger:

- Årlig aktivitetsvekst på 1,3 %
- Basisutvikling i samsvar med HSØ sine innspill
- Generell årlig forbedring i arbeidsproduktiviteten på i gjennomsnitt 0,5 %
- Driftsgevinster nye bygg(3,5 %) – som i forrige ØLP
- Varekost, andre variable inntekter og kostnader følger aktivitetsutviklingen
- 100 % finansiering av kapitalkost protonserter
- Nøytrale økonomiske effekter av endret opptaksområde bydeler
- Økte finanskostnader som følge av 1 % økt rente er på om lag 2,4 mrd for planperioden, gir også økte byggelånsrenter på 0,3 mrd(økt tilvirkningskost)

Driftsgevinster nye bygg og generell effektivisering 2023 -2038

For den generelle utvikling i aktivitet er det gitt at både inntekter og kostnader øker i takt med aktivitetsutviklingen. En generell årlig forbedring i arbeidsproduktiviteten på 0,5 % medfører at bemanningsveksten vil øke 0,5 % mindre enn aktiviteten. Dette er en planforutsetning som ikke lå til grunn ved forrige rullering av ØLP 2018 -2021(37). Det er flere analyser som er gjennomført av produktivitetsutviklingen for spesialisthelsetjenesten senere år. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) ga i januar 2016 Frischsenteret i oppdrag å utarbeide et notat med analyser av utvikling i produktivitet i somatisk del av spesialisthelsetjenesten i perioden 1999-2014. I sammendraget i rapporten «Produktivitet i spesialisthelsetjenesten», fra Frischsenteret til Helse og omsorgsdepartementet fremgår følgende:

Det dokumenteres to analyser på somatikken; én hvor det ikke tas hensyn til bruk av kapital og vi kan bruke hele perioden 1999-2014, og én hvor kapitalkostnader inngår for årene fra 2004 når kapitaltall er tilgjengelige. I analysen uten kapital er samlet produktivitetsvekst målt til ca. 24 %, mens med kapital er anslagene for 2004-2014 enda høyere. Analyser av kvalitetsindikatorer for perioden etter 2008 tyder ikke på at kvalitetsendring er en vesentlig feilkilde for de beregnede produktivitetstallene.

Det er et tilstrekkelig datagrunnlag tilstede for fortsatt å gjøre gode analyser av produktivitet i somatisk sektor. For psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det i dag ikke et datagrunnlag som gjør det mulig å skille forskjeller i sammensetning av aktivitet fra forskjeller i produktivitet.

I gjennomsnitt betyr 24 % produktivitetsvekst over 15 år, 1,6 % årlig forbedring.

Gevinster knyttet til at virksomheten tar i bruk nye bygg er også lagt til grunn med totalt 3,5 pst forbedring, samme nivå som ved forrige rullering av ØLP 2018-2021(37). Det er foreløpig ikke gjort vurderinger av særskilte midlertidige negative resultateffekter som følger av innflytting i nye

bygg på Aker og Gaustad, det er imidlertid forutsatt at driftsgevinstene er lavere i de første årene knyttet til pukkelkostnader ved oppstart. Det vil bli vurdert mulige konsekvenser som lavere aktivitet i en tilvenningsperiode og andre flyttekostnader også for disse prosjektene under konseptfasen som skal styrebehandles i desember 2018.

I perioden 2019-2022 er det innarbeidet et betydelig krav til forbedring av driften, med en forbedring i arbeidsproduktivitet på om lag 1,8 % årlig med utgangspunkt i budsjett 2018. Fra 2023 til 2038 er det beregnet krav til forbedring av driften som følger av nye bygg (3,5 pst), samt en årlig forbedret arbeidsproduktivitet på 0,5 %. Erfaringer fra hovedstadsprosessen hvor betydelig aktivitet ble flyttet fra OUS HF til andre foretak var at virksomhet som får økt volum av pasienter har potensiale for å ta ut produktivitetsgevinster. Det er ikke særskilt lagt inn gevinster som følge av overtakelse av bydeler fra Akershus universitetssykehus HF i planperioden. Dette er foreløpig vurdert ivarettatt med den generelle effektiviseringen for planperioden på 0,5 % årlig for perioden 2023 – 2038.

Finansielle poster, herunder likviditet og tiltak for å holde denne innenfor gitt driftskredittramme

I perioden fram mot 2022 er det lagt til grunn et investeringsnivå, nedbetaling av gjeld og overskuddskrav som medfører en økt basisfordring på i underkant av 100 millioner kroner, etter at det i 2022 er benyttet om lag 1,1 mrd til finansiering av nytt klinikkbygg Radiumhospitalet og Regional sikkerhetsavdeling. Utnyttelsen av driftskreditten er samtidig forutsatt økt med i overkant av 400 millioner kroner i perioden frem til 2022. Økt utnyttelse av driftskreditten skyldes bruk av 2018 investeringsmidler(240 millioner kr.) i 2019, samt avdragsbetaling på nye finansielle leieavtaler for planperioden 2019 - 2022(160 millioner kr.).

Foretaket holder seg med dette godt innenfor den driftskredittrammen som er bevilget.

Andre forhold

Det er ikke, som del av arbeidet med økonomisk langtidsplan, vurdert om det er forhold som vil gi vesentlige endringer i lønnsammensetning mellom fast lønn og variable lønnskostnader. Det er ikke forutsatt at innleie blir vesentlig redusert i perioden frem til 2022. Vurderinger vil bli gjort som del av den årlige detaljerte budsjettutarbeidelsen. Lønnsglidning er ikke særskilt vurdert. ISF er innført innen psykisk helsevern og TSB og det er forutsatt vekst i antall poeng fra budsjettet nivå for 2018 på 2 pst.. Budsjett 2018 danner utgangspunkt for varekostnader og andre driftskostnader og det er ikke vurdert særlige effekter av merverdiavgiftskompensasjonsordningen i 2019.

For gjennomføring av økt aktivitet vil det kunne være en utfordring å få tilgang til tilstrekkelig kvalifisert personell. Dette gjelder særskilt spesialsykepleiere inklusive operasjonssykepleiere. Årlige behovskartlegginger viser et behov for om lag 400 nye spesialsykepleiere innen først og fremst operasjon, intensiv, kreft, barn og nyfødintensiv. Rekruttering til de fleste funksjoner på sykehuset skjer hovedsakelig gjennom utdanning. Betingelsene ved gjennomføring av videreutdanning til spesialsykepleiere ble betydelig bedret fra 2013, og denne ordningen er forutsatt videreført. Dette har økt antallet sykepleiere som søker seg til videre utdanning og spesialisering. Andre klinikkovergrepene tiltak er Klinisk stige, obligatorisk lederutviklingsprogram, og eksterne og interne veilederkurs for de som veileder studenter. Oslo universitetssykehus HF har også en egen handlingsplan for rekruttering som definerer ulike tiltak som skal bidra til at OUS fremstår som en attraktiv og aktiv arbeidsgiver – gjennom blant annet karrieredager, ungdomsdager og lederopplæring innen rekruttering.

Oslo universitetssykehus HF var i årene 2011-2012, som følge av overføringen av opptaksområder til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF, inne i en periode der de økonomiske rammene krevde produktivitetsvekst samtidig som aktiviteten ble redusert. Resultatet ble den gang store driftsunderskudd. Oslo universitetssykehus HF er nå i en vekstsituasjon når det gjelder aktivitet. Gjennomføringen av det budsjetterte resultatet på 175 millioner kroner i overskudd for 2018 vurderes likevel å være beheftet med usikkerhet. Resultatet for 1. kvartal 2018 er et budsjettavvik på om lag 60 millioner kroner. Avviket er i hovedsak knyttet til lavere aktivitet enn forutsatt i budsjettet.

Som følge av nasjonale og regionale funksjoner forventes det en økning i antallet nye implantater, prosedyrer, medikamenter med mer som gir særskilt høye kostnader for regionsykehusene og i særdeleshet Oslo universitetssykehus HF. Per i dag blir ikke disse kostnadene godt nok dekket gjennom DRG-systemet, og det tilfaller derfor regionsykehusene økte kostnader og aktivitet uten at dette fremkommer av henholdsvis finansiering og aktivitetstall. Oslo universitetssykehus HF vil gå i dialog med Helsedirektoratet med sikte på å finne frem til mulige løsninger innenfor dagens DRG-system og sikre bedre finansiering også av nye metoder og funksjoner innen medisinen. Den nasjonale finansieringen av aktivitet knyttet til landsfunksjoner som utføres ved Oslo universitetssykehus HF for andre regioner må også sikres en finansiering som dekker kostnadene. Det er et stort antall pasienter fra andre helseregioner som får sin behandling ved Oslo universitetssykehus HF. Pasienter som kommer til behandling fra andre helseregioner har ofte komplekse og sjeldne diagnoser og sykdommer innenfor en rekke fagområder uten at dette nødvendigvis blir kompensert i aktivitetsstatistikken (DRG – vekting).

Forskning

Oslo universitetssykehus HF har hatt vekst i forskningsaktiviteten de siste årene, i henhold til krav fra eier. Den relative veksten i forskningsaktivitet (målt i poeng) har imidlertid vært større i andre regioner enn Helse Sør-Øst og Oslo universitetssykehus HF. Hoveddelen av veksten har vært eksternt finansiert. Bidrag fra eksterne medfører som regel også ytelser fra helseforetaket i form av infrastruktur som arealer (kontorer, laboratorier og lagringsplass for forskningsbiobanker), utstyr og IKT.

Tabellen viser utvikling i kostnader til forskning, som inkluderer støttefunksjoner og beregnede indirekte kostnader. En vesentlig del av endringene i de internt finansierte kostnadene i tidligere år skyldes svingningene i pensjonskostnadene. I tillegg kommer om lag 300 millioner kroner årlig som forvaltes av Det medisinske fakultet, og som i stor grad benyttes til forskning ved sykehuset i felles forskningsgrupper. Universitetet ønsker fremover å forvalte en større andel av de midler som benyttes i fellesskap og som finansieres eksternt (en avtale om policy på dette området ble inngått i 2017).

OUS HF	2013	2014	2015	2016	2017	Andel 2017
Basis HF	850 289	662 926	928 958	916 226	952 037	54 %
HSØ, øremerket	353 244	341 661	353 010	325 026	405 601	19 %
HOD, Hdir	56 348	95 300	63 210	71 796	89 812	4 %
Eksterne	262 384	311 396	358 119	397 353	472 972	23 %
Totalt	1 522 266	1 411 284	1 703 297	1 710 401	1 920 422	100 %

Tabell 4: Kostnader til forskning fordelt på finansieringskilder

Det er et mål fra Helse Sør-Øst RHF at flere pasienter får tilbud om å delta i kliniske studier. Dette krever blant annet tid til forskning for klinikere, styrket infrastruktur og bedret logistikk og

kapasitet hos serviceavdelinger. Et annet utviklingstrekk som berører både forskning, diagnostikk og behandling er persontilpasset medisin. Det introduseres stadig nye og kostbare legemidler for store sykdomsgrupper, og det er stor variasjon i dokumentert klinisk effekt. Det er behov for å identifisere de pasientene som vil ha gunstig effekt av den spesifikke behandlingen, samt unngå ressurskrevende overbehandling og unødige bivirkninger. Avanserte storskalaanalyser er viktig i dette arbeidet og krever utstyr, datagrings- og analysekapasitet. Samtidig er det andre områder hvor forskning har ført til at behandlingen har blitt forenklet og/eller mindre kostnadskrevende.

Samlet forventes noe økte kostnader ved forskning fremover, som i hovedsak finansieres ved økt eksterne bevilgninger, men som ønskes supplert med interne ressurser. Det er vanskelig å anslå hva som kan frigjøres av ressurser over tid ved omprioritering i klinikkene. Klinikkene er derfor bedt om også å planlegge for ressursprioriteringer innen forskning. Stabs- og støtteenhetene må bistå med å kartlegge klinikkovergripende investeringsbehov innen IKT, utstyr og biobanker. Det er økt investeringsbehov innen disse områdene.

3. Vekst i aktivitet innenfor tjenesteområdene - prioriteringsregelen

Somatikk

Det er lagt til grunn en vekst i pasientbehandlingen målt i antall DRG-poeng på 1,75 pst per år i planperioden (2019-2022). Veksten forutsetter en videreføring av reduksjonen i fristbrudd og ventelister og at det underliggende behovet for pasientbehandling er noe høyere enn befolkningsveksten.

Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Det er foreløpig ikke utarbeidet en intern fordeling av budsjettet mellom tjenesteområdene i Oslo universitetssykehus HF, men det planlegges ut fra at vekst innenfor behandling på lokal- og områdesykehus skal bli større innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn vekst i somatisk virksomhet.

Som forutsetning ved denne rulleringen av ØLP 2019 -2022 er veksten her lagt på 2 %, mot 1,75 % innenfor somatikken.

I henhold til Oppdragsdokumentet er det de distrikts- psykiatriske sentre, psykisk helsevern for barn og unge, samt tverrfaglig spesialisert rusbehandling som i hovedsak vil bli prioritert.

Det forutsettes i Oppdragsdokumentet en dreining i pasientbehandling fra døgn-, og dagbehandling til poliklinisk behandling. Økende antall pasienter med mer alvorlig symptombelastning og økt pleietyngde for flere pasientgrupper, krever fortsatt døgnbehandling. Fortsatt dreining til poliklinikk i pasientbehandlingen er avhengig av gode utfall i en krevende dialog med Oslo kommune om overføring av pasienter til bolig i bydelen.

4. Tiltak for å oppnå budsjettert resultatutvikling

Program for å forbedre driften i OUS

Som følge av at Oslo universitetssykehus HF er i en krevende økonomisk situasjon etablerte administrerende direktør i 2016 et program kalt *Forbedring av driften i OUS 2016-2020*. Programmet forvalter en portefølje med forbedringsprosjekter som gjennomgår ulike driftsområder, kostnadsområder og inntektsområder med sikte på å finne virkemidler som kan etableres generisk i linjeorganisasjonen.

Programmet administreres av sentral økonomistab og ledes av direktøren gjennom en styringsgruppe bestående av representanter fra klinikk- og avdelingsledelsen, tillitsvalgte, verneombud og brukerrepresentant. Prosjektenes resultater og foreslåtte forbedringstiltak legges frem for programmets styringsgruppe og videre for OUS ledermøte for vedtak om implementering.

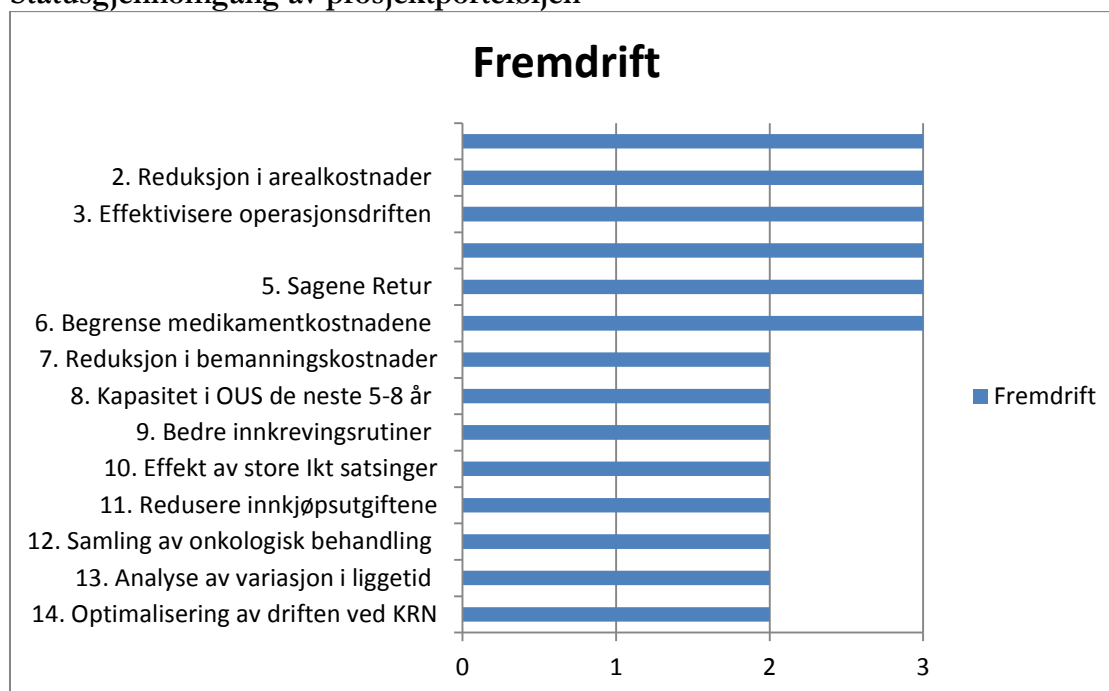
Programmet har det siste halvåret hatt fokus på gevinstrealisering for prosjektene. For å lykkes med å hente ut gevinster er det nødvendig med en god prosess i linjen kombinert med oppfølging og måling over tid. Økonomiske effekter og aktivitetsmål av tiltak knyttet til forbedringsprogrammet er inntatt i driftsavtale med klinikkledere.

Det legges også opp til at prosjektenes anbefalte tiltak og klinikkens egne tiltak innenfor fokusområdene knyttes til den løpende økonomiske oppfølgingen i OUS:

- Budsjettprosessen
- Månedlig rapportering
- Ukentlig rapportering til Ledermøtet

Siden høsten 2016 er det etablert 14 forbedringsprosjekter innenfor varierte driftsområder. Programmet har holdt jevn progresjon og de nyeste prosjektene ble etablert i januar 2018. Seks av prosjektene befinner seg i en gevinstrealiseringsfase hvor vedtatte tiltak fra prosjektarbeidet følges opp og implementeres i aktuelle deler av linjen. De resterende åtte prosjektene er i gjennomføringsfasen, men det forventes av flere av disse vil tre inn i gevinstrealiseringsfasen utover 2018.

Statusgjennomgang av prosjektporteføljen



Tabell 5: Illustrerer hvilke prosjekter som befinner seg i 1) Etableringsfasen 2) Gjennomføringsfasen 3) Gevinstrealiseringsfasen

Tiltak for bedre gjennomføring av poliklinisk drift

Mål: Hensikten med prosjektet er å øke antall polikliniske konsultasjoner med dagens ressurser, samt å bidra til at de frister som er satt for styring av pasientforløpet blir innfridd. I tillegg skal prosjektet bidra til å skape bedret pasient/lege-kontinuitet.

Status: Ledermøtet har vedtatt en ny retningslinje: *Tilgjengelighet og ressursstyring av poliklinisk virksomhet* som skal sikre bedre poliklinisk drift. Retningslinjen er implementert og effekter tas ut i klinikkene. Prosjektet følges spesielt opp på indikatoren for passert planlagt tid.

Reduksjon i arealkostnader

Mål: Prosjektet skal sikre at OUS har oversikt over leieforhold, oversikt over utnyttelse av egne arealer, og et verktøy for analyse av nytte- og økonomisk verdi av å benytte eid vs. leid areal.

Status: Prosjektet har som mål å oppnå en 10 % reduksjon i kostnadene innen perioden 2017 – 2022. I 2018 er det en del kontrakter som ikke får full effekt fordi kontraktene går ut eller endres midtveis. Helårseffekten vil man ikke se før i 2019. Før endelig status er en innsparing på omkring 6 mnok.

Effektivisere operasjonsdriften

Mål: Overordnet mål for prosjektet er å øke antallet operasjoner med gitt ressursinnsats / kapasitet. Det vil si å innrette tiltak som medfører raskere oppstart av stuen, kortere skiftetider og færre uventede driftsavbrudd/forsinkelser og strykninger.

Status: Prosjektet leverte prosjektrapport juni 2017 som inkluderte konkrete forslag til forbedring av operasjonsplanlegging og forberedelse.

Prosjektet utarbeidet en prosedyre «Prinsipper for god drift på operasjon» som inkluderer følgende konkrete driftsendringer:

- Alle kirurger fyller ut et konkret og fullstendig operasjonsmeldeskjema i DIPS
- Alle pasienter fyller ut et standardisert egenmeldingsskjema på en side som implementeres i Min journal
- Sjekkliste for forberedelse til operasjonsmøte (kl. 14 dagen før)
- Sjekkliste for klargjøring av pasient fra sengepost til operasjonsteamet
- Opprette lokale driftsteam og etablere møteprosedyrer:
 - Ukeprogrammøte som gjennomgår program for kommende uke med deltagere fra pasientkoordinator, operasjonssykepleiere, kirurg, evt. anestesilege møter
 - Dagsprogrammøte som skal kvalitetssikre neste dags operasjonsprogram (kl. 14). Her skal tiltaket sjekkliste for forberedelse til operasjonsmøte benyttes

Traumekirurgisk sengepost OUS Ullevål

Mål: Prosjektet skal legge til rette for å etablere en dedikert traumekirurgisk post med et tryggere og mer effektivt pasientforløp, samt redusere belegget av traumepasienter på PO og kortere liggetid på Intensiv.

Status: Prosjektet er ferdigstilt og leverte prosjektrapport i juni 2017, og saken følges opp videre.

Sagene retur

Mål: Prosjektet skal lage en plan for hvordan man tilbakefører lokalsykehusfunksjonen for indremedisin for pasienter fra Sagene bydel.

Status: Prosjektet er ferdigstilt og leverte projektrapport i juni 2017. Rapporten har så langt ikke ført til vedtak i ledermøtet.

Begrense medikamentkostnadene

Mål: Hensikten med prosjektet er å utnytte OUS sine ressurser på best mulig måte slik at legemiddelkostnadene ikke øker mer enn nødvendig, samt prioriterer de rette pasienter til den rette behandling i tråd med overordnede nasjonale føringer.

Status: Prosjektet leverte projektrapport juni 2017. Projektrapporten skisserte tre tiltak knyttet til hvordan OUS kan sikre inntekter og åtte tiltak for hvordan OUS kan begrense utgiftene. OUS Ledermøte vedtok 24. oktober anbefalingene i projektrapporten og opprettelsen av et utvalg under legemiddelkomitéen som kan ha konstant fokus og oppfølgingsansvar over området (ref. ledermøtesak 300/2017). Som en del av gevinstrealisering jobber utvalget kontinuerlig med oppfølging av anbefalingene.

Reduksjon i bemanningskostnader og ressursbruk

Prosjektet er delt inn i tre delprosjekter:

- 3a) Forbedret bruk av GAT
- 3b) Bemanningsplanlegging
- 3c) Reduksjon av variabel lønn

Mål: Prosjektet skal sikre:

- At all lønnsdannelse for alle yrkesgrupper, både fast og variabel, samt alt fravær skal registreres i Gat.
- Bemanningsplaner som gjenspeiler behov som følger av kjent aktivitet, vedtatt budsjett og innenfor godkjente rammer
- Utarbeide prosedyrer og felles rutiner som sikrer reduksjon av innleie av interne og eksterne vikarer

Status: Prosjektet har fortløpende lagt frem forslag til driftsendringer for ledermøtet, særlig knyttet til reduksjon av variabel lønn, hvor OUS har store utgifter. Prosjektet jobber også fortløpende med opplæring og implementering av forbedret bruk av GAT systemet og bedre bemanningsplanlegging i alle klinikkene.

Kapasitet i OUS de neste 5-8 år

Mål: Prosjektet skal sørge for en tilstrekkelig behandlingsskapasitet de neste 5-8 år inkl. vurdering av videre aktivitet ved Aker sykehus i perioden. Et utgangspunkt har vært hvordan Akers nåværende gode arealer kan benyttes mest hensiktsmessig i tiden fram til et nytt lokalsykehus på Aker er realisert.

Status: Prosjektets anbefalte modell fikk tilslutning i ledermøtet den 28.03.2017: «Elektivt kirurgisk senter på Aker med dagkirurgi og kirurgi med kort liggetid 5 dager i uken og med utnyttelse av samlet operasjonskapasitet på Aker». I løpet av 2018, etter flytting av karkirurgisk virksomhet, vil senteret bli etablert. Avdeling for endokrinologi MED klinikk er i ferd med å samle mesteparten av virksomheten på Aker. Det vurderes nå om flytting av urologisk virksomhet (øhj. og tyngre elektiv virksomhet) fra Aker til Ullevål kan skje i 2018 etter at karkirurgisk virksomhet er flyttet.

Bedre innkrevingsrutiner

Mål: Formålet med prosjektet er å sikre at sykehuset får korrekte inntekter. Prosjektet skal etablere bedre innkrevingsrutiner for områdene:

- «Ikke møtt» pasienter
- Personell med refusjonsrett
- Utenlandske pasienter
- Sikre riktig nivå på pasientbetaling ved poliklinikkene
- Registrering av polikliniske konsultasjoner på sengepost

Status: Prosjektet ble vedtatt etablert av styringsgruppen den 24. april 2017. Prosjektet jobber kontinuerlig og ingen vedtak er så langt fattet i prosjektet. Prosjektet har anslått avslutningsdato til 1. juni 2019.

Effekt av store IKT kostnader

Mål: OUS har gjennomført betydelige investeringer på IKT-området siden fusjonen i 2009. Implementering av kliniske IKT-løsninger som DIPS og MetaVision har muliggjort etablering av blant annet felles arbeidsprosesser og prosedyrer for å sikre effektivitet og kvalitet på tjenestene vi leverer. Prosjektets formål er å kartlegge hvor OUS best kan hente ut uforløste gevinster fra disse investeringene.

Status: Prosjektet har levert sin kartleggingsrapport fra forprosjektet til styringsgruppen. Konklusjonen i rapporten var at utfordringsområdene knyttet til bruk av DIPS i hovedsak omhandler organisatoriske og individuelle faktorer, og mindre om tekniske faktorer. Prosjektet vurderte det dit hen at de fleste utfordringene handler om opplæring og forståelse for den helhetlige elektroniske arbeidsflyten i DIPS.

Basert på kartleggingsrapporten foreslår prosjektleder blant annet å etablere et prosjekt som skal gjennomføre en foranalyse for å vurdere etablering av et rammeverk for opplæring i klinisk IKT; innhold, organisering, styring og ledelse. I tillegg vurderes det å opprette et prosjekt for gjennomgang av konkrete arbeidsprosesser.

Redusere innkjøpsutgiftene

Mål: Hovedmålet er å redusere sykehusets kostnader til innkjøp, redusere risiko for erstatningskrav og reduserer risiko for omdømmetap.

Status: Prosjektet er i gjennomføringsfasen og jobber tett sammen med klinikkene. Prosjektets hovedfokus er analyse av innkjøpskostnadene, ledelsesforankring, opplæring og kommunikasjon. Klinikkene blir anbefalt å gjøre korrektive tiltak dersom det ansees som påkrevd.

Samling av onkologisk lungekreftbehandling på Ullevål og onkologisk behandling av prostatakraft på Radiumhospitalet

Mål: Prosjektet skal vurdere risikoelementene og mulighetene for å gjennomføre en vellykket samling av onkologisk lungekreftbehandling på Ullevål og onkologisk behandling av prostatakraft på Radiumhospitalet og samling av annen uro-onkologisk kreftbehandling til ett sted i OUS med unntak for testikkelkreft som allerede i dag er samlet på Ullevål.

Status: Prosjektet vil i slutten av april 2018 legge frem prosjektrapport og anbefaling til styringsgruppen.

Benchmarkingsanalyse av variasjonen i liggetid

Mål: Hovedmålsettingen er å analyse variasjon i gjennomsnittlig liggetid for Topp 25 DRG innen hver hoveddiagnosegruppe. Liggetiden sammenlignes med liggetider på andre universitetssykehus. Analysen skal føre til en faktabasert dialog med klinikkene for å identifisere forbedringspotensial ved å redusere gjennomsnittlig liggetid.

Status: Det ble gjennomført og presentert en initial analyse av gjennomsnittlig liggetid basert på NPR data for 2016. Analysen viste gjennomsnittlig liggetid for døgnopphold 2012 – 2016 og kompleksiteten av pasientgrunnet i 2016. Resultatene følges opp i dialog med klinikkene.

Optimalisering av driften ved KRN

Mål: Hensikten med prosjektet er å øke pasientsikkerheten gjennom at det utarbeides bedre rutiner og styringsinformasjon knyttet til ventelistene, henvisninger og tidspunkt for gjennomført undersøkelse. Det er samtidig viktig å avdekke og korrigere eventuell u hensiktsmessig drift innenfor billedtaking og tolkning.

Prosjektet skal vurdere, og anbefale, tiltak innenfor følgende områder i planlegging og drift:

- Vurdere utnyttelsesgrad av maskinene
- Endret oppgavedeling innenfor spesifiserte områder, vurdere om det er pasienter som kan behandles lokalt istedenfor på OUS
- I samråd med rekvirerende fagmiljø å vurdere hyppighet av kontroller innenfor definerte pasientforløp

Status: Prosjektet legger opp til en tidsplan som vil legge frem en innstilling for styringsgruppen i juni 2018 med en implementeringsfasen ila høsten 2018.

Forberedelse til kommende års budsjetter og klinikkenes arbeid med tiltak

20. mars 2018 ble det gjennomført et budsjett- og strategi seminar for ledergruppen i Oslo universitetssykehus HF. Noen foretakstillitsvalgte deltok på samlingen. Det ble gjennomført gruppearbeid hvor tiltak for å bedre foretakets økonomi ble foreslått og presentert gruppevis i plenum. De viktigste tiltakene som ble foreslått å arbeide videre med inn mot budsjett 2019 var:

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Avansert hjemmesykehus for voksne• Redusere variasjon• I større grad samle fagmiljø som er spredt på flere steder• Redusere dobbeltarbeid, for mange prøver og bilder tas flere ganger• Tilfeldig og ustrukturert arbeidsdeling mellom avtalespesialister og sykehusavdelinger – det må tas grep her• Øke utnyttelsen av operasjonskapasiteten• Alt som kan bidra til å redusere flaskehalsen bør prioriteres opp• Sprengt kapasitet pga at pasienter venter på en MR eller CT(Inneliggende)• Etisk kompetanse må prioriteres opp for tidligere avsluttet behandling• Bedre styringsinformasjon• Kontroller må i større grad gjennomføres av fastleger og private avtalespesialister• Bedre planlegging innen de største fagområdene slik at aktivitet og bemanning henger bedre sammen• Samle ø-hjelpen på ett sted• 90 % av pasientene skal ha sammedagskirurgi• Minske variasjon på bemanning | <ul style="list-style-type: none">• Redusere ekstern innleie• Tørre å omfordele• Oppgaveglidning må i større grad skje• I større grad benytte telemedisin• Redusere pre operative liggedøgn• Trenger vi så mange bioingeniører• Redusere tapte økter på operasjon• Slå sammen flere enheter på sommeren• Utskrivningsklare pasienter – samarbeidet med kommunen må forbedres• Lovisenberg /Diakonhjemmet øker ikke egendekning – dette må endres• Pasientsikkerhet gir god drift og økonomi• Flytte ut behandlinger urologi/PCI/hjertebehandling• God logistikk• Standardiserte protokoller – pasientflyt• I større grad erstatte sykepleiere med hjelpepleiere• Diagnostikkutviklingen er ikke styrt – må tas grep• Nedgang i pasientvolum må medføre omfordeling av rammer• Skal vi fortsatt gjøre de store volumene (AMD)• Forbruksrater bør følges strukturert |
|--|--|

Tiltak i klinikkene

Hver klinikk har levert en oversikt over de tiltak det vurderes å arbeide videre med for å forbedre resultatene fra 2019 og fremover. Klinikkenes beregnet en mulig effekt av tiltakene med et forventet minimum og maksimum beløp. Klinikkenes foreløpige forventning er at de områdene det arbeides med kan bidra til resultatforbedring i størrelsesorden 150 til 200 millioner kroner i 2019. Området med størst effekt er å legge til rette for økning i aktivitet uten at dette gir tilsvarende kostnads/bemanningsøkninger. Dette krever blant annet bedre koordinering og logistikk knyttet til avvikling av poliklinikk og gjennomføring av operasjonsprogrammet.

Vurdering av bemanningsplaner, vaktordninger og bruk av overtid utgjør også en stor andel av tiltakene. Samkjøring/samløslisering av enkeltfunksjoner er også betydelige tiltak for enkelte klinikker. Tiltakene vil ytterligere gjennomarbeides og forberedes inn mot budsjettbehandlingen for 2019.

5. Investeringer

Finansiering av planlagte investeringer

Investeringsnivået i årene fremover har flere finansieringskilder (se tabell 5 for omfang hvert år i planperioden 2019-2022):

- Basislikviditet/historisk likviditetstildeling
- Fase 1 Omstillingsmidler, ferdigstille Fase 1 med 1 575 millioner kroner i 2012 priser vedtatt av stortinget. 50/50 andel lån og egenandel. Investeringene i 2019 finansieres av lån utbetalt i 2015.
- Fase 2 – Tilsynsavvik og oppgraderinger med ramme på 1 807 millioner kroner i 2015 priser hvorav lån 70 pst og egenfinansiering 30 pst
- Nye lånesøknader for langsiktig utvikling av eiendomsmassen (RSA etappe 1, nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet, Protonsenter, etappe 1 og 2 Aker og etappe 1 Gaustad)
- Overskudd samme år og opparbeidede rettigheter fra tidligere år
- Uttak av basisfordring på HSØ RHF
- Finansielle leieavtaler
- Salg av eiendom
- Andre bidragsytere (gaver fra privatpersoner eller stiftelser, avdragsbetalinger på IKT-lån til Sykehuspartner og tilskudd til Protonsenter)

Basislikviditet

Investeringer til løpende drift er i utgangspunktet forutsatt håndtert gjennom videreføring av historisk likviditetstildeling på om lag 330 millioner kroner per år.

Fase 1 Omstillingsmidler - lån

Investeringer i omstilling er forutsatt finansiert med 50 pst låneopptak fra HOD og resterende 50 pst kontantoppgjør fra Helse Sør-Øst RHF (reduksjon av Oslo universitetssykehus HF sin fordring på Helse Sør-Øst RHF) eller salg av eiendom i Oslo universitetssykehus HF frem til og med 2015. Totalt 1,575 milliarder kroner (2012-priser) er stilt til disposisjon for omstillingsinvesteringer knyttet til samlokaliseringer. Det er om lag 16 millioner kroner i gjenværende investeringsmidler på dette området etter gjennomføring av budsjett 2018.

Investeringer i samhandlingsarena Aker inngår i lånebevilgningen med 75 millioner kroner.

Fase 2 Tilsynsavvik/oppgraderinger - lån

Det er bevilget lånefinansiering på 1 265 millioner kroner over årene 2016-2019 til prosjekter for å lukke myndighetspålegg og sikre oppgraderinger slik at sikker drift kan opprettholdes. Lånesøknaden forutsetter 542 millioner kroner i egenandel fra basislikviditet/overskudd for disse årene.

Fase 3 Nye byggeprosjekter - lån

Gjennomføring av nye byggeprosjekter er planlagt finansiert ved lån, uttak fra basisfordring på Helse Sør-Øst RHF, tilskudd og salg av eiendom. Protonsenter forutsettes finansiert ved låneandel 70 pst og 30 pst tilskudd. RSA etappe 2 finansieres med salg av eiendom. Målbildet etappe 2 finansieres med salg av eiendom, lån og uttak av basisfordring. Øvrige nye byggeprosjekter finansieres med låneandel 70 pst og basisfordring.

Finansiering av nytt klinikkbygg Radiumhospitalet, protonbygg og Regional sikkerhetsavdeling forutsetter lånefinansiering i 2022 på 4,5 mrd.

Overskudd fra drift samme år

I planperioden er det forutsatt resultatforbedring som bidrar med overskudd fra drift. Dette overskuddet er i planperioden forutsatt benyttet til investeringer samme år som driftsresultatet oppnås. Dette betyr at Oslo universitetssykehus HF planlegging og budsjettering av investeringer må være tilstrekkelig fleksibel til at investeringsnivået reelt kan tilpasses resultatrisiko. Det betyr også at Oslo universitetssykehus i årene framover må holde tilbake mange kontraktsigneringer frem til resultatrisiko fremstår som mer avklart. Det stiller økt krav til presisjonsnivået i den økonomiske styringen i foretaket. I finansstrategien for Helse Sør-Øst er prinsippet at overskudd fra drift disponeres til investeringer det påfølgende året. Det må derfor avklares med Helse Sør-Øst RHF hva som kan forutsettes inn i det enkelte års budsjett.

Følgende finansiering fra overskudd fra drift eksklusive eiendomssalg er lagt inn som finansiering av investeringsbehovet i planperioden 2019-2022:

- 100 millioner kroner i 2019
- 150 millioner kroner i 2020
- 250 millioner kroner i 2021
- 350 millioner kroner i 2022

I tillegg er det lagt til grunn at såkalte opparbeidede rettigheter ved utgangen av 2018 på om lag 240 millioner kroner kan benyttes. Det er også lagt til grunn at salg av eiendommer øker overskuddet og finansieringen av investeringer. Overskudd bidrar primært til finansiering av egenandelene for lånesøknad Fase 2 og ordinære investeringer i bygg.

Uttak av basisfordring på HSØ RHF

Oslo universitetssykehus HF årlige basisinntekter fra Helse Sør-Øst RHF medfører ikke en tilsvarende overførsel av likviditet fra Helse Sør-Øst RHF. I fireårsperioden 2019 til 2022 holdes årlig mellom 390 og 460 millioner kroner av Oslo universitetssykehus HF inntekter igjen i foretaksgruppen for å prioritere investeringer i regionale IKT-prosjekter og sykehusutbygginger. Når denne likviditeten holdes igjen i Helse Sør-Øst RHF oppstår en betydelig fordring på Helse Sør-Øst RHF i balansen til Oslo universitetssykehus HF.

Ved inngangen til 2019 er denne fordring, også omtalt som basisfordring, estimert til om lag 3,7 milliarder kroner. Med de låneopptakene/reduksjon av basisfordring fra Helse Sør-Øst RHF som her er forutsatt er det forventet at fordringen er om lag uforandret ved utgangen av 2022. Bruk av

basisfordring knyttet til finansiering av nytt klinikkbygg Radiumhospitalet og Regional sikkerhetsavdeling er da hensyntatt med en bruk på 1,1 mrd. i 2022.

Finansielle leieavtaler

Finansielle leieavtaler er forutsatt benyttet som finansieringskilde til investeringer i perioder der det ikke er tilstrekkelig likviditet i Oslo universitetssykehus HF eller foretaksgruppen til å gjennomføre nødvendige investeringer. Denne finansieringsformen er mest aktuelle for investeringer innen MTU og ambulanser.

Salg av eiendom

Inntekter fra salg av eiendom er lagt inn som forutsetning for investeringer med 501 millioner kroner i perioden 2019-2023 med om lag 400 millioner kroner til å finansiere RSA etappe 2. Dette er eiendommer på Sogn og Dikemark. I perioden 2025-2030 er det forutsatt salg av eiendom som ikke lenger benyttes når det langsiktige målbildet realiseres. Salgene er forutsatt benyttet som finansiering av investeringer i eksisterende bygg som skal videreføre og nye bygg på Gaustad og Aker.

Andre finansieringskilder

Oslo universitetssykehus og Urstiftelsen DNR har laget en omforent avtale som regulerer overføring av stiftelsens midler på om lag 200 millioner kroner til OUS. Stiftelsestilsynet har gitt samtykke til omdanningen (slik den er regulert i avtalen) og avtalen ligger nå klar for signering av partene. Når avtalen er undertegnet vil pengene bli utløst til Oslo universitetssykehus HF for delfinansiering av nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet. Det er lagt til grunn at nytt Protonsenter finansieres med 30 pst investeringstilskudd, og 70 % lån.

Det forutsettes at Helse Sør-Øst RHF tar opp lån fra Oslo universitetssykehus HF for å gjennomføre lokalt finansierte IKT-prosjekter i størrelsesorden 35 millioner kroner per år. Det er lagt til grunn at avdragsbetalinger på disse lånene kan reinvesteres.

Det er i langtidsplanen ikke inkludert investeringer i eller finansiering av forsknings- og undervisningsarealer fra Kunnskapsdepartementet.

Det enkelte års investeringsbudsjett vil kunne bli justert opp med finansiering fra andre eksterne givere og gi et høyere investeringsbudsjett eller mindre bruk av egen likviditet.

Oppsummering finansiering

Gitt investeringer og de driftsresultater og de tilhørende låneopptakene som er lagt til grunn vil gjelds- og fordrings situasjonen totalt sett innebære høyere netto rentekostnader i perioden frem til 2022 med om lag 70 millioner kroner. Dette må også sees på bakgrunn av at det aller meste av IKT-investeringene forutsettes å bli bokført utenfor helseforetakets regnskaper (gjennomføres i regi av Helse Sør-Øst RHF/Sykehuspartner). De økonomiske konsekvensene for foretaket kommer først til syne i form av sterkt økte IKT-driftskostnader i årene framover.

I tabellen under er finansieringskildene til investeringer for perioden 2019-2022 vist.

NY TABELL

Finansiering av investeringsbudsjett	ØLP 2019	ØLP 2020	ØLP 2021	ØLP 2022	Sum
Ordinær likviditet	329	329	329	329	1 316
Tidligere års resultater	240	0	0	0	240
Driftsresultat (ekskl. salg)	100	150	250	350	850
Annen finansiering	38	38	29	32	137
Eiendomsalg	31	200	90	90	411
Fordring på HSØ RHF	0	0	0	1 153	1 153
Øremerkede tilskudd	0	0	0	755	755
Lån	193	186	195	4 519	5 092
Finansiell leie	403	403	403	403	1 610
SUM	1 333	1 305	1 295	7 630	11 564

Tabell 6: Finansiering av investeringer 2019-2022

Investeringer

Det er utarbeidet egne investeringsplaner for MTU, bygg, IKT og annet.

I tabellen under fremkommer en oversikt over investeringsbeløpene i de foreliggende investeringsplanene for langtidsplanperioden. På siste side i dette dokumentet vises også en investeringsplan for hele perioden 2019-2038, tabell 9.

NY TABELL

Investeringsbudsjett (inkl. byggelånsrenter) <i>(mill kroner)</i>		ØLP 2019	ØLP 2020	ØLP 2021	ØLP 2022	Sum
Ordinære investeringer	MTU	450	450	450	450	1 800
	Bygg (videreføres og nye)	304	161	243	352	1 060
	Bygg (fraflyttes)	105	50	50	113	318
	Annet	80	80	80	80	320
	Egenkapital pensjon	65	73	82	92	312
	IKT	35	35	35	35	140
	SUM	1 039	849	940	1 122	3 950
Omstilling (Fase 1)	Bygg (videreføres og nye)	14	0	0	0	14
	SUM	14	0	0	0	14
Tilsynsavvik og oppgraderinger (Fase 2)	Bygg (videreføres og nye)	100	103	106	0	308
	Bygg (fraflyttes)	150	154	159	0	463
	SUM	249	257	265	0	771
Nytt klinikkbygg RAD	MTU	0	0	0	360	360
	Bygg (nye)	0	0	0	3 092	3 092
	SUM	0	0	0	3 451	3 451
Protonsenter	MTU	0	0	0	665	665
	Bygg (nye)	0	0	0	1 252	1 252
	SUM	0	0	0	1 917	1 917
RSA - etappe 1 (Regional sikkerhetsavdeling)	Bygg (nye)	0	0	0	1 035	1 035
	Annet	0	0	0	22	22
	SUM	0	0	0	1 057	1 057
RSA - etappe 2 (Lokal sikkerhet og PUA)	Bygg (nye)	65	86	146	105	403
	SUM	65	86	146	105	403
TOTALT	MTU	450	450	450	1 475	2 825
	Bygg (videreføres og nye)	483	350	495	5 836	7 164
	Bygg (fraflyttes)	255	204	209	113	781
	Annet	80	80	80	102	342
	Egenkapital pensjon	65	73	82	92	312
	IKT	35	35	35	35	140
	SUM	1 368	1 192	1 351	7 653	11 564

Tabell 7: Investeringer 2019-2022 fordelt på art

Ordinære investeringer og Fase 2 investeringer (tilsynsavvik og oppgraderinger)

Ordinære investeringer er her definert som investeringer som ikke er finansiert over særskilt lånebevilgning over statsbudsjettet eller tildelt som øremerket finansiering fra andre kilder.

Som det fremkommer av investeringstabellen legges det til grunn et nivå på MTU investeringer på 450 millioner kroner per år i planperioden 2019-2022.

Bygg – ordinære investeringer i bygg som skal beholdes

Investeringsbehov i de byggene som skal beholdes når store deler av virksomheten flytter inn i nye bygg er vurdert. De bygg dette gjelder er i hovedsak dagens bygninger på Rikshospitalet, store deler av dagens bygninger på Gaustad, den delen av Aker som benyttes til Helsearena Aker aktivitet og store deler av Radiumhospitalet. Det er betydelig usikkerhet ved de estimer som er utarbeidet. Estimaten er basert på en vurdering av nødvendige ombygginger og oppgradering av disse arealene for å kunne ha en adekvat standard sett opp mot nye omkringliggende bygg. Multiconsult har utarbeidet nye estimer for oppgradering av Radiumhospitalet i forbindelse med nytt klinikkbygg. Nivåene som er lagt inn for Radiumhospitalet er langt lavere enn anbefalingen til Multiconsult basert på deres erfaringstall knyttet til tilstandsanalyser. Investeringene er dratt ut i tid, som vil gjøre at de første 4 årene kan bli utfordrende. Hovedsakelig gjelder dette Rikshospitalet som ikke har lånepakkefinansiering ved siden av. Det må gjennomføres mer detaljerte vurderinger knyttet til alle lokaliseringer for å få ett mer komplett investeringsbilde. Dette utvikles til kommende års økonomiske langtidsplaner (2020-2024) når arbeidet med konseptfase for Aker og Gaustad er kommet videre.

Bygg – ordinære investeringer i bygg som skal fraflyttes

Det er gjort en vurdering av nødvendige utbedringer i bygg som skal fraflyttes. Bygg som omfattes av dette er i hovedsak Ullevål, Dikemark og SSE. I målbildet for Oslo universitetssykehus HF er virksomheten ved disse lokalisasjonene erstattet med nye bygg på Aker og Gaustad. Det er forutsatt at det ikke skal gjøres investeringer de siste 5 årene før forventet utflytting. Det er derfor lagt til grunn at det ikke gjøres vesentlige investeringer etter 2027. Dersom innfasing av målbildet endres, endres også disse forutsetningene. Det er lagt til grunn 683 millioner kroner i ordinære investeringer på bygg som skal fraflyttes frem til 2027. I tillegg kommer planlagte investeringer for lukking av avvik knyttet til brudd på lov og forskrift. Dette er et lavere estimat enn det som lå til grunn for idéfaseutredningen våren 2016 og vil øke risiko for sammenbrudd.

Bygg – ordinære investeringer i bygg for å tilpasse kapasitet

Det er behov for å tilpasse behandlingsskapasiteten i årene fremover. Det er etablert et prosjekt «Behandlingskapasitet 5-8 år» der det forutsettes investeringer i bygg for å kunne tilpasse virksomheten til god og effektiv drift. Frem til 2027 er det budsjettet med om lag 20 millioner kroner per år som skal omfatte alle lokalisasjoner.

Overtakelse av Alna bydel er lagt inn som investering etappe 1 Aker med ferdigstilling først i 2027. Det er ikke lagt inn særskilt vurdering av investeringsbehovet ved overtakelse av bydel Alna fra 2020. Dette må vurderes nærmere og avklares i et samarbeid mellom Helse Sør-Øst RHF, Oslo universitetssykehus HF, Lovisenberg sykehus og Diakonhjemmet diakonale sykehus.

Bygg Fase 2 - Tilsynsavvik og oppgraderinger

Fase 2 prosjektene gjelder lukking av avvik knyttet til brudd på lov og forskrift. Dette er midler gitt i særskilt lån (70 pst) og utgjør totalt med Oslo universitetssykehus egenandel 1,8 milliarder kroner over 4 år (2016-2019). Investeringspådraget knyttet til fase 2 midler er nå samlet forutsatt å holde seg innen en ramme på 1,3 mrd. Årsaken er at nytt klinikkbygg Radiumhospitalet vil redusere det opprinnelige kartlagte behovet tilsvarende.

Midlene begrenser seg til Aker, Ullevål og Radiumhospitalet og utgjør en særskilt finansieringskilde ut over ordinære investeringer. Investeringene planlegges og vurderes i sammenheng med ordinært investeringsbudsjett.

Fase 1 - Omstillingsinvesteringer

Investeringene er i en avsluttende fase. Basert på disponert budsjett 2018 er det om lag 14 millioner kroner igjen av investeringsrammen til 2019.

Nye sykehusbygg

Idefaserapporten for OUS ble sommeren 2016 behandlet i foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF. Foretaksmøtet vedtok:

- 1. Foretaksmøtet godkjenner Helse Sør-ØST sitt framtidige mål bilde for Oslo universitetssykehus HF med et samlet komplett regionsykehus inkludert lokalsykehusfunksjoner på Gaustad, et lokalsykehus på Aker og et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet.*
- 2. Foretaksmøtet ber om at det ved utvikling av Aker sykehus som lokalsykehus på sikt legges til rette for å overta ansvaret for spesialisthelsetjenestetilbudet for de tre Oslo bydelene som i dag tilhører Akershus universitetssykehus sitt opptaksområde.*
- 3. Foretaksmøtet slutter seg til at Helse Sør-Øst RHF vil starte med konseptfase for regional sikkerhetsavdeling og klinikkbygg på Radiumhospitalet, og at den første utviklingen på Gaustad og Aker planlegges startet opp samtidig og vil foregå parallelt.*

I økonomisk langtidsplan for 2017-2036, som styret i Oslo universitetssykehus HF behandlet våren 2016, ble det benyttet investeringsanslag fra idefasearbeidet i OUS. I prinsippet omfattet dette alle investeringene som var nødvendige for å realisere det målbildet som senere ble vedtatt på nevnte foretaksmøte selv om det var betydelig usikkerhet knyttet til anslagene.

Helse Sør-Øst har presisert følgende i forhold til økonomisk langtidsplan for 2018-2037:

Som det fremgår av styresak 021-2017 i Helse Sør-Øst RHF videreføres regionalt prioriterte prosjekter i tråd med sak 051-2016 Økonomisk langtidsplan 2017-2020. Videre står det i budsjettskriv nr 3, avsnitt 11, at «...prosjekter som pr dags dato ikke ennå har status tilsvarende godkjent forprosjekt vil regnes som et budsjettmessig innspill. Formell behandling av prosjekter gjøres kun i konkret dialog med Helse Sør-Øst RHF.» Helse Sør-Øst RHF ønsker å presisere at innarbeidelse av planlagte store byggeprosjekter forutsetter at det foreligger en utviklingsplan som er godkjent av det regionale helseforetaket, og at det er gitt regional godkjenning for oppstart idefase for de byggeprosjektene som innarbeides. Inntil godkjenning av oppstart idefase foreligger, skal helseforetaket innarbeide vedlikehold og funksjonell oppgradering av eksisterende bygningsmasse.

Estimater for rullering av ØLP 2019 -2022(38) for investeringer og plan for gjennomføring (periodisering) er mottatt fra Helse Sør-Øst RHF og Sykehusbygg HF. I investeringsestimatenes inngår nå totalt 27,3 milliarder kroner inkl. byggelånsrenter. Dette gjelder prosjektene:

- Gaustad etappe 1
- Aker somatikk etappe 1 (4 bydeler)/ Aker sykehuspsykiatri 9 bydeler
- RSA/LSA/PUA etappe 1 og etappe 2
- Radiumhospitalet – nytt klinikkbygg og protonbygg

Ferdigstillelse av hele målbildet er inntatt med totalt 13,9 mrd. Dette gjelder prosjektene:

- Aker etappe 2
- Gaustad etappe 2

Tre av nybygg prosjektene har vært gjennom en mer grundig vurdering, dette gjelder RSA og nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet, samt protonbygg. For Gaustad (trinn 1 og 2), Aker (trinn 1 og 2) er investeringsnivå for etappe 1 basert på de innspill som er oversendt fra Helse Sør-Øst RHF. Endringer er i hovedsak knyttet til prisjustering og effekt av 1 % høyere rentenivå med økte byggelånsrenter som konsekvens. Aker/Gaustad etappe 2 var ikke inkludert i den økonomiske langtidsplanen for 2018- 2021. Gjennomføring av etappe 2 på Gaustad er nødvendig for å etablere et komplett lands-, regions- og lokalsykehus på Gaustad i samsvar med det vedtatte målbildet og nødvendige investeringer for å gjennomføre dette er nå inntatt med et estimat på 12,6 mrd fra idefaserapporten. Tallgrunnlaget er prisjustert og tillagt byggelånsrenter med samme forutsetninger som for øvrige nye planlagte bygg.

Medisinsk teknisk utstyr – utvikling i gjennomsnittlig levealder

Ved inngangen til 2018 var det registrert om lag 44 000 aktive enheter medisinskteknisk utstyr ved Oslo universitetssykehus, med en anskaffelseskostnad på om lag 4 milliarder kroner. Gjennomsnittsalderen var 11,4 år når alle enheter teller likt. Verdivektet gjennomsnittsalder var 9 år. Mer enn 40 % av enhetene var eldre enn gjennomsnittlig levetid på 10 år. Oslo universitetssykehus har høyest gjennomsnittlig alder for medisinskteknisk utstyr i Helse Sør-Øst. Med mål om å stanse aldringsprosessen og over tid redusere gjennomsnittlig alder, ble det utarbeidet en plan for å gjennomføre årlige investeringer i medisinskteknisk utstyr i størrelsen 350 millioner kroner per år i perioden 2013-2015. Denne har blitt fulgt opp i årene etter med investeringer rundt 400 millioner kroner. For å snu utviklingen vil det være nødvendig med rundt 500 millioner kroner årlig.

I langtidsperioden 2019 til 2038 er det lagt til grunn såkalte ordinære investeringer i medisinskteknisk utstyr i størrelsen 300 millioner kroner til 450 millioner kroner årlig, totalt om lag 8 mrd. kroner. I tillegg kommer medisinskteknisk utstyr som anskaffes i forbindelse med nye bygg. Når nytt klinikkbygg og protonsenters på Radiumhospitalet står ferdig i 2022 tas det i bruk nytt utstyr for om lag 1 mrd. kroner. I perioden 2026 til 2032 planlegges det med nytt utstyr for om lag 2,3 mrd. kroner i forbindelse med nye bygg på Gaustad og Aker. Med investeringsnivået for langtidsperioden forventes det en nedgang i gjennomsnittlig alder for medisinskteknisk utstyr. Når hele målbildet er realisert forutsettes det noen år med lavere investeringer i medisinskteknisk utstyr, som vil drive gjennomsnittlig alder opp igjen.

Investeringsnivået for nytt utstyr og utstrømningsraten av gammelt utstyr er viktige faktorer for å få ned gjennomsnittlig alder. Oslo universitetssykehus arbeider med å se på hvordan investeringsprosessen kan endres. En dreining av anskaffelser fra sammenbrudd til elektiv prosess, samt å optimalisere prosessene for prioritering og anskaffelse kan ha stor effekt.

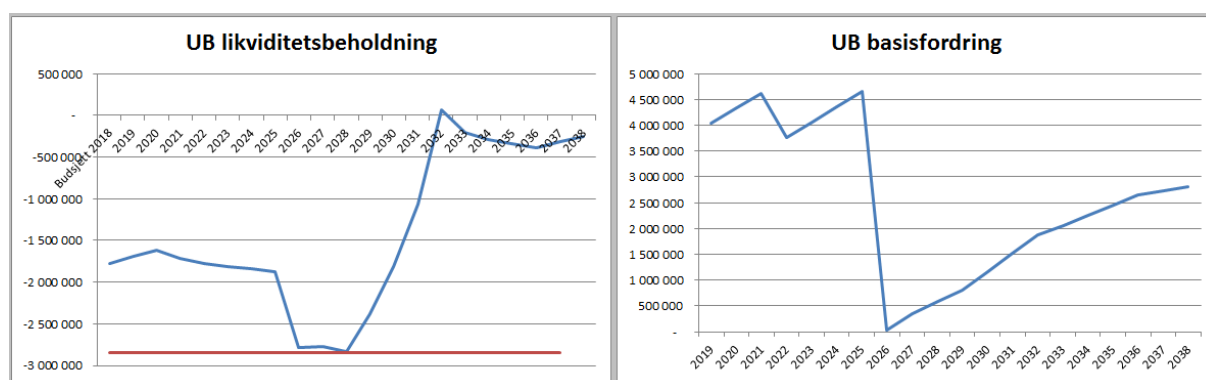
Vedlikehold vedtatt i sak 021-2017

Foretakene er bedt om å kommentere særskilt om kravet til vedlikehold som vedtatt i sak 021-2017 er oppfylt/vedlikehold på kroner 250 kr. per kvadratmeter

Fordi bygningsmassen er gammel og dårlig vedlikeholdt er det større behov for utskifting enn vedlikehold de kommende årene. Avvikslukkingen med fase 2 midler vil også innebære at vedlikeholdsetterslepet blir noe mindre.

Når nybygg tas i bruk og bygg som skal videreføres er oppgradert vil det være et skifte som innebærer større behov for vedlikehold.

6. Likviditet



Tabell 8: Likviditet 2019-2038 og basisfordring 2019 -2038

Det er i styringsdialogen som er gjennomført med Helse Sør Øst etter forrige styremøte 25. april tatt inn to endringer etter innspill fra Helse Sør-øst RHF. Dette gjelder blant annet renter på basisfordring og låneandel for realisering av etappe 2, hele målbildet for Aker og Gaustad. Endringene innebærer økte byggelånsrenter for nye bygg og en økt låneandel for realisering av etappe 2, til 70 % HOD lån. Likviditet knyttet til salg av tomme bygg er nå benyttet til å styrke foretaksgruppens likviditet. Med den nye finansieringsforutsetningen for målbilde, etappe 2, holdes likviditeten innenfor den bevilgede driftskredittramme for hele planperioden.

Inntekter fra salg av eiendom er lagt inn som forutsetning for investeringer med 501 millioner kroner i perioden 2019-2023, hvor av om lag 400 millioner kroner til å finansiere RSA etappe 2. Dette er eiendommer på Sogn og Dikemark. I perioden 2025-2030 er det forutsatt salg av eiendom som ikke lenger benyttes når det langsiktige målbildet realiseres. Salgene er forutsatt benyttet som styrking av likviditeten slik at bruk av basisfordring ikke belaster regional likviditet ut over opparbeidede rettigheter.

Det er risiko for at budsjettet salg og fremdrift i investeringer tar lenger tid en forventet.

7. Nødvendig resultatnivå i Oslo universitetssykehus HF

Oslo universitetssykehus HF er i en situasjon hvor det driftes i gammel bygningsmasse, gjennomsnittlig levetid på medisinsk teknisk utstyr er lang og behov for samkjørte IKT-systemer er stort. Dette fremtvinger et behov for økt investeringsnivå både på kort og lang sikt. Det var ved forrige rullering av ØLP 2018 – 2021(37) forutsatt et resultat eksklusive eiendomssalg med overskudd i 2018 på 300 millioner kroner, 350 millioner kroner i 2019, 400 millioner kroner i 2020 og 400 millioner kroner i 2021. Det fremgår av saken at:

Det understrekes at det er stor usikkerhet knyttet til gjennomføringen av resultatkravene i langtidsplanperioden. Fra resultat første kvartal 2017 innebærer kravene til resultatforbedring en effektivisering i klinikkene på i gjennomsnitt 2-3 pst for hvert år i planperioden. Det understrekes også at det for 2018 budsjettet er en betydelig usikkerhet i budsjetteringen av DRG- og polikliniske inntekter. Det er varslet omlegginger innen begge finansieringsystemene der det er en betydelig risiko for negative konsekvenser for Oslo universitetssykehus HF. Endringer på dette området kan isolert sett medføre at resultatkravet for Oslo universitetssykehus må vurderes for 2018 og kommende år.

Som beskrevet i saken er inntektsutviklingen og økte kostnader årsaker som gjør det meget vanskelig å realisere den resultatutviklingen som ble lagt ved forrige rullering av ØLP 2018 – 2021(37). Resultatutvikling første kvartal viser at det også er en betydelig resultatrisiko knyttet til 2018, her både knyttet til inntektene(ISF) og kostnader(lønn). Ideelt sett burde foretakets overskudd vært i størrelsesorden 400 – 600 millioner kroner i kommende planperiode 2019 – 2022. Dette er på nivå med Helse Sør-Øst sitt fastsatte målbilde på et resultatnivå på om lag 2,5 % av foretakets samlede driftsinntekter.

8. Kravet til styrebehandling

Styret behandler økonomisk langtidsplan i ekstraordinært styremøte 15. mai 2018. Oppdaterte resultat og investeringsnivå, samt kommentarer sendes etter endelig styrebehandling.

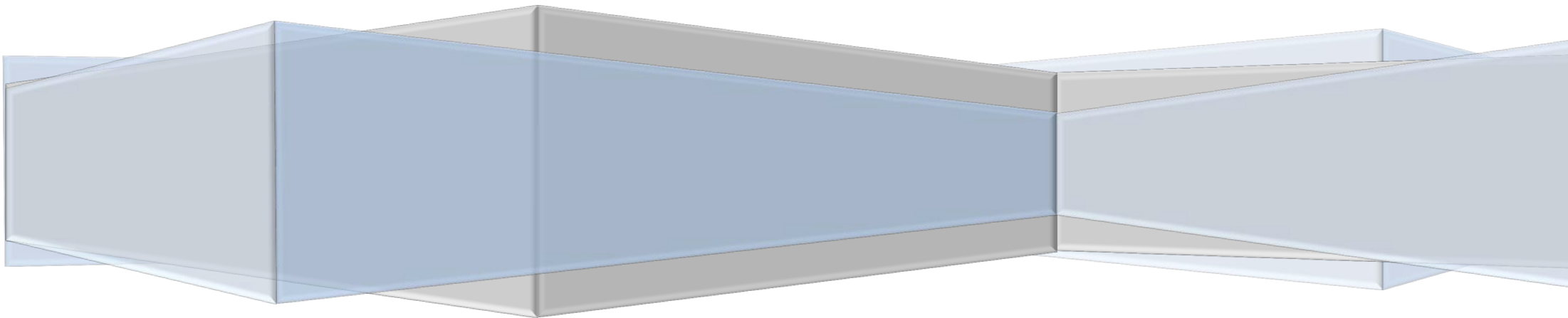
9. Vedlegg

Investeringsbudsjett (inkl. byggelånsrenter) <i>(mill kroner)</i>		ØLP 2019	ØLP 2020	ØLP 2021	ØLP 2022	ØLP 2023	ØLP 2024	ØLP 2025	ØLP 2026	ØLP 2027	ØLP 2028	ØLP 2029	ØLP 2030	ØLP 2031	ØLP 2032	ØLP 2033	ØLP 2034	ØLP 2035	ØLP 2036	ØLP 2037	ØLP 2038	Summer (2019-2038)	
Gaugstad (samling av traume og regionale funksjoner)	MTU	0	0	0	0	0	0	0	492	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	492
	Bygg (nye)	0	0	0	0	0	0	0	9 532	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9 532
	Annet	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	SUM	0	0	0	0	0	0	0	10 024	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10 024
Aker - etappe 1 (lokal- og områdefunksjoner)	MTU	0	0	0	0	0	0	0	702	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	702
	Bygg (videreføres og nye)	0	0	0	0	0	0	0	10 345	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10 345
	Annet	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	SUM	0	0	0	0	0	0	0	11 047	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11 047
Aker - etappe 2 (lokal- og områdefunksjoner)	MTU	0	0	0	0	0	0	0	5	24	39	35	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	108
	Bygg (videreføres og nye)	0	0	0	0	0	0	0	47	238	392	365	79	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 121
	Annet	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	SUM	0	0	0	0	0	0	0	52	262	431	400	84	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 229
Målbildet etappe 2	MTU	0	0	0	0	0	0	9	22	88	175	175	201	195	137	0	0	0	0	0	0	0	1 002
	Bygg (nye)	0	0	0	0	0	0	104	251	1 012	2 030	2 089	2 448	2 445	2 124	0	0	0	0	0	0	0	12 504
	Annet	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	SUM	0	0	0	0	0	0	113	273	1 100	2 205	2 264	2 649	2 640	2 262	0	0	0	0	0	0	0	13 507
TOTALT	MTU	450	450	450	1 475	356	350	384	1 646	412	564	585	631	570	537	350	380	400	425	450	450	11 315	
	Bygg (videreføres og nye)	483	350	495	5 836	434	469	849	20 858	1 667	2 822	2 689	2 704	2 628	2 285	187	216	226	236	242	242	45 918	
	Bygg (fraflyttes)	255	204	209	113	93	73	73	63	63	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 146
	Annet	80	80	80	102	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	1 622
	Egenkapital pensjon	65	73	82	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92	1 784
	IKT	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	700
SUM	1 368	1 192	1 351	7 653	1 090	1 099	1 513	22 774	2 349	3 593	3 481	3 543	3 404	3 030	744	803	833	868	899	899	62 484		

Det er i styringsdialogen som er gjennomført med Helse Sør Øst etter forrige styremøte 25. april tatt inn to endringer etter innspill fra Helse Sør-øst RHF. Dette gjelder blant annet renter på basisfordring og låneandel for realisering av etappe 2, hele målbildet for Aker og Gaugstad. Endringene innebærer økte byggelånsrenter for nye bygg og en økt låneandel for realisering av etappe 2, til 70 % HOD lån. Økte investeringspådrag etter at korreksjon av låneandelen for målbildet etappe 2 økes til 70 % og økte byggelånsrenter på benyttet basisfordring er på om lag 1,4 mrd.



Oslo universitetssykehus



2019 - 2022



OMRÅDEPLAN BYGG

Innhold

1.	Innledning.....	2
2.	Status for bygg.....	3
2.1	Ullevål sykehus	3
2.2	Rikshospitalet	4
2.3	Radiumhospitalet	5
2.4	Aker	7
2.5	SSE	8
2.6	Dikemark	8
2.7	Gaustad og Sognsvannveien.....	8
3.	Prioriteringer innen bygg for planperioden 2019 - 2022	9
3.1	Inndeling av bygginvesteringer	9
3.1.1	Lukking av avvik.....	9
3.1.2	Utbedring og utskifting av anlegg	10
3.1.3	Omstillingsinvesteringer.....	10
3.2	Tilrettelegging for kapasitet god og effektiv pasientbehandling	10
4.	Beskrivelse av tall og tabeller 2019-2022.....	11
5.	Videre utvikling fra 2022 til 2036	11
5.1	Innledning.....	11
5.2	Forutsetninger for investeringsanslagene.....	12

1. Innledning

Oslo Universitetssykehus HF (OUS) har et samlet areal til pasientbehandling på vel 900 000 kvm fordelt på mer enn 40 adresser (nesten 1 mill kvm totalt). Størstedelen av virksomheten er samlet på Gaustad, Ullevål, Montebello og Aker. Mye av virksomheten foregår i gamle og uhensiktsmessige bygg. Dersom en ser bort fra Rikshospitalet, har bygningsmassen i OUS en snittalder på 60 år, som er 20 år høyere enn gjennomsnittet for norske sykehus. Byggenes dårlige tilstand vises bl.a. gjennom den tette oppfølgingen fra ulike tilsyn som eksempelvis; brann- og arbeidstilsyn og direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) samt avvikssystemene internt. I tillegg til alder gjør verne- og fredningshensyn det vanskelig å tilpasse eller videreutvikle de gamle byggene til å møte dagens tekniske og funksjonelle krav. Dette gjelder særlig Ullevål og Radiumhospitalet, samt deler av Aker. Uegnet og lite fleksibel bygningsmasse fører også til at sykehuset driver sin virksomhet på et betydelig større areal enn nødvendig¹.

Det pågår et omfattende arbeid med å planlegge nye bygg og å samle virksomhet på færre kvadratmeter, på færre steder. Idéfasen for hele OUS ble styrebehandlet sommeren 2016. To prosjekter; Regional sikkerhetsavdeling (RSA) og nytt klinikkbygg Radiumhospitalet har begge gjennomført konseptfase. Radiumhospitalet forventer oppstartriving og bygging 2019 med ferdigstilling 2023, som nå også inkluderer et Protonbygg. RSA er noe forsinket pga reguleringsforhold, men har en plan om ferdigstilling i 2023. Videreutvikling av Aker og Gaustad har startet konseptfaser nå, med mål om styrebehandling slutten av 2018. Byggeperioden totalt for første etappe på Aker og Gaustad forventes å strekke seg til 2026, avhengig av hvilke alternativer man velger å gå videre med. Dette forutsetter at det ikke er vesentlige forsinkelser i beslutningstempo, og/ eller at de forutsetninger som er lagt inn ikke endres vesentlig.

Inntil videre konkretisering av bygg er besluttet, må foretaket planlegge for drift og investeringer i eksisterende bygningsmasse i et omfang som er tilstrekkelig for å opprettholde forsvarlig drift. Dette gjelder også for bygninger som ikke inngår i et fremtidig mål bilde. I de innspillene som er gitt i økonomisk langtidsplan så holdes målbildet fast om etablering av et spesialisert kreftssykehus ved Radiumhospitalet, et regionalt sykehus ved Gaustad og et stort lokalsykehus ved Aker med en ferdigstilling totalt i 2032/ 2033. Det er derfor ikke lagt inn investeringer ved Ullevål eller SSE etter 2027.

I tallene som er lagt inn i denne økonomiske langtidsplan (ØLP), er det stor usikkerhet om hvor store investeringer som skal legges inn i den delen av eksisterende bygningsmasse som skal videreføres, eksempelvis dagens Rikshospital og deler av Aker og Radiumhospitalet. Det er i ØLP lagt inn langt lavere tall enn det multiconsult (våre rådgivere) legger til grunn for at eksisterende bygg som skal virke sammen med nye bygg skal ha tilstrebet samme standard. Usikkerheten skyldes særlig to forhold; vurderingen av hva som er realistisk å utbedre i dagens bygningsmasse samtidig med full drift, og sykehusets finansieringsevne til denne type investeringer.

¹ Analyser tilsier at vi kunne redusere totalt areal med 150 000 – 200 000 kvm gjennom å erstatte gamle bygg med nybygg og likevel ha kapasitet til å håndtere befolkningsveksten frem mot 2031.

OUS har i St prop 1 2015 blitt tildelt et lån på 1,2 mrd over 4 år for å kunne lukke tilsynsavvik og avvik fra lov og forskrift. Dette er avvik OUS har jobbet lenge med å lukke og i tett dialog med Arbeidstilsynet, OBRE (Oslo brann og redningsetat) og DSB (Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap) i hovedsak. Ullevål, Radiumhospitalet og Aker er de lokalisasjonene der disse midlene er planlagt benyttet både til bygg og infrastruktur. I tillegg har sykehuset en egenfinansiering på 30% som tilsier en totalramme på vel 1,8 mrd nok. Det ligger en tydelig forutsetning fra HSØ RHF om at midlene skal sees opp mot mulige nybygg og utviklingen av Oslo universitetssykehus, slik at man i planperioden må vurdere riktig bruk av disse midlene. Spesielt er dette aktuelt på Radiumhospitalet der mange av tiltakene er erstattet av nybygg og lagt i en reserve.

I det etterfølgende omtales først kort bygningsmessig status og tilhørende utfordringer på hver hovedlokalisasjon (Kap 2). Deretter beskrives prioriteringer innen bygg for planperioden 2019 – 2022, samt tilhørende tallmateriale (Kap. 3 og 4). Til slutt omhandles de mer langsiktige investeringsbehovene knyttet til nye bygg i Fremtidens OUS (Kap. 5).

Fargekodingen på byggene gjenspeiler følgende tilstandsgrader:

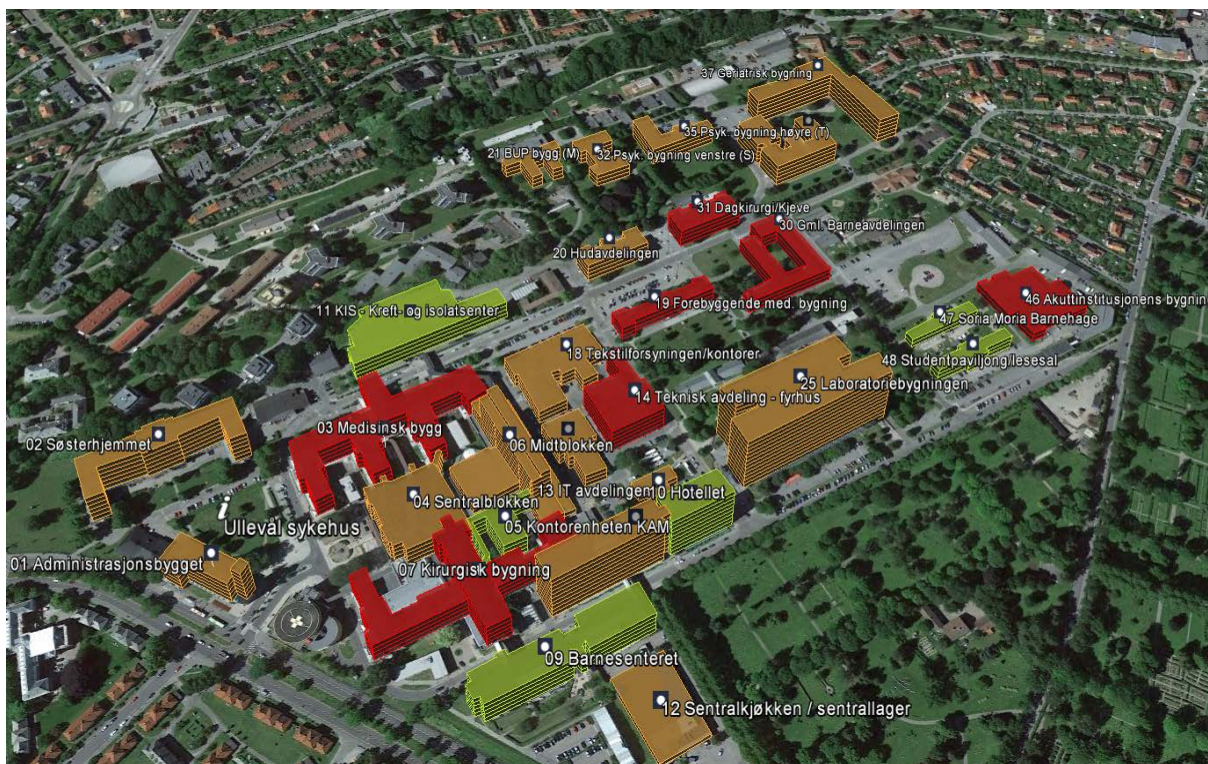
Tilstandsgrad	Farge
0 (0,00-0,75)	Grønn
1 (0,75-1,50)	Limegrønn
2 (1,50-2,25)	Oransje
3 (2,25-3,00)	Rød

2. Status for bygg

2.1 Ullevål sykehus

Ved Ullevål er det stor virksomhet innenfor både somatikk og psykisk helse. Ullevål ivaretar en rekke lokal-, område og regionsfunksjoner inkludert traume/akuttmottak, samt enkelte nasjonale funksjoner. Etter fusjonen er det overflyttet en del regionale funksjoner fra Ullevål til Rikshospitalet, samt flyttet inn døgn og akutfunksjoner fra Aker til Ullevål. I sum har endringene ført til en fortetting og behov for tilpasning av sengeposter, poliklinikkområder og et nytt akuttbygg som ble åpnet i 2014.

Bygningsmassen i Kirkeveien er oppført i perioden 1902 – 2007 og utgjør ca 290 000 m². Sentrale deler av dagens pasientbehandling gjennomføres i kirurgisk- og medisinsk bygg fra tidlig 1900. Teknisk sett bærer bygningsmassen preg av den høye alderen og manglende vedlikehold og fornying.



Oversikt teknisk tilstand Ullevål sykehus, 2017

Forsyningsanleggene i Kirkeveien er vurdert til å ha utilfredsstillende teknisk tilstand. Dette er gjennomgående eldre anlegg med utilstrekkelig kapasitet, slitasje og behov for oppgradering og/eller utskiftning. Spesielt dårlig er kjøle- og gass-systemer som har store og relativt akutte behov for oppgraderinger og utskiftninger. Store deler av lånepakkegrunnlaget for å lukke brudd på lov og forskrift benyttes derfor på Ullevål både på bygg og på infrastruktur.

Bygningsmassen har svært varierende grad av tilpasningsdyktighet og følgelig også svært varierende grad av levedyktighet sett i forhold til fremtidsrettet og langsiktig sykehusdrift. Noen bygg (Kreft og isolasjonsbygget, Barnesenteret og Akuttmottaket) er av nyere dato og funksjonelle.

Funksjoner fra Ullevål er forutsatt gradvis til de øvrige lokalisasjonene og det er ikke forutsatt investeringer i noen bygg på Ullevål etter 2027.

2.2 Rikshospitalet

På Rikshospitalet (RH) ivaretas i dag lands-, region- og en del områdefunksjoner med en større andel elektiv behandling. OUS har gjennomført tiltak for å samle regionsfunksjoner på Rikshospitalet de siste årene. Dette gjelder funksjoner som tidligere var ved hhv Radiumhospitalet og Ullevål. Samlingen av aktivitet har medført fortetting og kapasitetsutfordringer på sengeposter og poliklinikkområder generelt, og spesielt for operasjon, intensiv og postoperativ virksomhet samt for støtteareal, infrastruktur og medisinsk teknisk utstyr med tilhørende bygningsmessige utfordringer.

Bygningsmassen utgjør til sammen ca. 231 000 m², inkludert glassgate, hotell og tekniske mellometasjer. Bygningene er 20 år gamle. Bygningsmassens tilstand fremstår gjennomgående med økende behov for vedlikehold og utskiftninger. Denne lokalisasjonen omfattes ikke av lånepakkegrunnlaget og de såkalte Fase II investeringer for å lukke brudd på lov og forskrift.

Produksjonsstøtteutstyr samt en del øvrig infrastruktur har den felles utfordring at det er investert nytt samtidig. Dette medfører at utstyr og deler som har levetid på 15-20 år nå går ut samtidig. For noe av utstyret er det heller ikke lenger mulig å kjøpe nye deler. Dette gjelder eksempelvis rørpost, alarmsystemer, brannvarslingsanlegg, operasjonsbord og taksøyer etc. På disse områdene er det nødvendig å investere, og det er derfor lagt til grunn et høyere investeringsnivå ved denne lokalisasjonen. Det er også lagt inn betydelige estimater for å oppgradere bygget i planperioden frem til 2038.

Teknisk sett er bygningsmassen forventet å ha meget lang levetid, men kapasitet knyttet til teknisk infrastruktur er for en stor del maksimalt utnyttet. Hovedvannforsyning, varme- og gassanlegg er vurdert å være tilfredsstillende. Øvrige forhold, dvs. reservekraft, hovedforsyning for strøm, nødstrøm samt kjøleanlegg og ventilasjon har underkapasitet og behov for oppgradering. Forholdene knyttet til transport og logistikksystemer, samt tomt og områdeforhold er alle vurdert som akseptable.



Oversikt teknisk tilstand Rikshospitalet, 2017

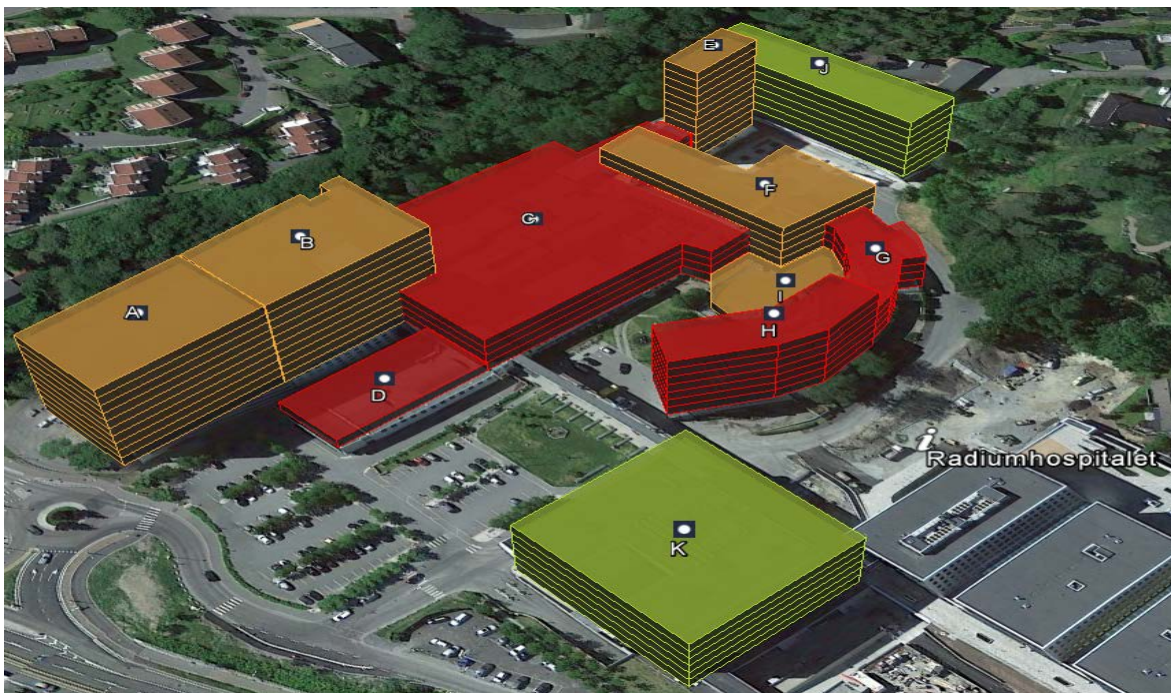
2.3 Radiumhospitalet

“Tung” intensivkrevene kirurgisk virksomhet er flyttet fra Radiumhospitalet til Rikshospitalet. Virksomhetsprofilen på Radiumhospitalet er således noe endret. Radiumhospitalet ivaretar 50 % av kreftbehandlingen innen OUS innen en rekke kreftområder. I konseptfasen er det lagt til grunn en

virksomhetsmodell som i tillegg til dagens virksomhet samler all bryst-, gynekologisk og prostatabehandling både kirurgisk og onkologisk.

Konseptfasen har lagt til grunn at et nytt klinikkbygg vil erstatte store deler av A og B bygget (fra 2 etasje og opp), D bygget, samt deler av C bygget. De byggene som er forventet videreutviklet er deler av C, hele F, J og K. Det er videre lagt til grunn at nytt bygg ikke skal være til hinder for et evt. fremtidig protosenter som også er besluttet lagt til Radiumhospitalet og som nå går inn i skisseprosjekt.² Bygg som rives er D, E, G, H og I bygget samt deler av C bygget.

Bygningsmassen på Radiumhospitalet fremstår som et kompakt konglomerat. Den eldste bygningen (F) er fra 1928 og det nyeste bygget fra 2009. Med unntak av nybyggene er bygningsmassen i dårlig teknisk tilstand med behov for betydelig oppgradering gitt fortsatt drift i byggene. Lånepakkegrunnlaget for lukking av avvik har lagt til grunn betydelige oppgraderinger spesielt i A, B og C bygget. Oppgradering av sengeposter i A og B bygget forutsettes erstattet av et nytt klinikkbygg. Avhengig av konseptfasens konklusjoner så vil det være nødvendig med oppgraderinger av C bygget som skal drives videre, samt byggene F, J og K. Det er allerede forutsatt en betydelig oppgradering av deler av F bygget, hovedsakelig til kontorer men også etablering av nucleærmedisin. Begge deler vil da gå til «fratrekk» i nytt klinikkbygg og ikke innlemmes i dette. Argumentasjonen for kontorisering av F bygget er imidlertid primært fraflytting av D bygget. Dette bygget huser i dag poliklinikk og garderober. Også garderober er en del av ny virksomhet og kommer til fratrekk for nybygg da disse flyttes fra D til BU3.



Oversikt teknisk tilstand Radiumhospitalet, 2017

² Protosenteret går som et eget prosjekt i regi av Sykehusbygg med aktiv deltagelse fra OUS. Prosjektet har grensesnitt til, men er ikke inkludert i OUS idéfasearbeid.

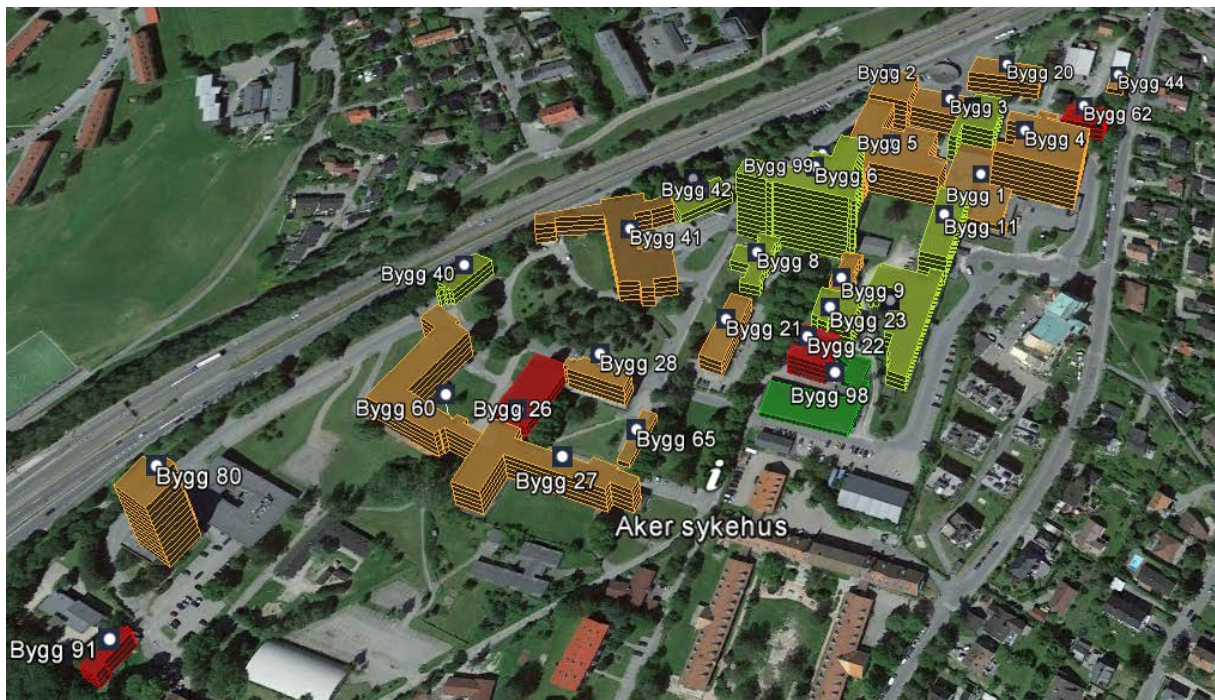
Forsyningsanleggene ved Radiumhospitalet har varierende kvalitet og samlet sett vurderes de å være utilfredsstillende. Dette gjelder både hovedvannforsyning, hovedforsyning strøm, nødstrøm og kjøleanleggene, som alle er eldre anlegg med behov for ekstra vedlikehold og/eller delvis utskiftning/oppgradering. Det er forutsatt nye tekniske anlegg i forbindelse med klinikkbygget. Hva som står igjen av øvrig virksomhet i AB og C bygget er ikke avklart. J, K og F drives videre.

2.4 Aker

Det er fortsatt kirurgisk døgn og akuttvirksomhet på Aker, i hovedsak gjelder dette fagområdene karkirurgi og urologi. OUS har også en betydelig elektiv dagkirurgisk virksomhet på Aker samt flere medisinske funksjoner, som eksempelvis endokrinologisk poliklinikk, ME etc., samt en betydelig virksomhet innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

I 2014 etablerte OUS en 20 års avtale med Oslo kommune om utvikling og drift av en samhandlingsarena på Aker, nå kalt Aker Helsearena. Oslo kommune har vedtatt etablering av en storbylegevakt på Akers område, og dette er i forprosjekt. Aker sykehus for OUS sin virksomhet er i helt i oppstarten av konseptfasen. Slik som planene foreligger nå, skal det i løpet av 2020 tallet etableres et stort lokalsykehus for både somatikk og psykiatri for mange av Oslos bydeler. Dette sykehuset blir litt mindre enn dagens Ahus, men litt større enn nye Østfold sykehuset på Kalnes.

Også på Aker er det store avvik ift brann, elektro og arbeidstilsyn. Investeringer her er planlagt til totalt 120 mill kroner i lånegrunnlaget. Disse må imidlertid sees opp mot planer om nybygg slik at bygg som skal flyttes ut av ikke blir oppgradert. Dette blir først klarlagt når konseptfasen er ferdig i 2019. Det er foreløpig forutsatt at ca 50 000 av de 100 000kvm på Aker skal være med i et fremtidig sykehus.



Oversikt teknisk tilstand Aker sykehus, 2017

2.5 SSE

Avdeling for kompleks epilepsi (AKS, tidligere SSE), ligger i Sandvika og har et nasjonalt ansvar for barn, ungdom og voksne personer med vanskelig kontrollerbar epilepsi. I idfasearbeidet forutsettes dette samlet til Gaustad i nye bygg. Dette er fortsatt en del av et målbilde og det forutsettes derfor ikke investeringer her etter 2027, på lik linje som for Ullevål. Det er laget et forprosjekt på ny voksenpost, som er lagt inn i ØLP for 2019.

2.6 Dikemark

Dikemark huser deler av virksomheten til psykisk helse og avhengighet. Dette dreier seg i hovedsak om **psykosebehandling**, rus og/eller farlighetsproblematikk. I tillegg ligger regional sikkerhetsavdeling (RSA), lokal sikkerhetsavdeling og avdeling for utviklingshemming/autisme på området.

Bygningsmassen på Dikemark utgjør ca. 76 000 kvm. Bare ca. halvparten av arealene er i bruk og en del lokaler brukes kun sporadisk som kontor/møterom o.l. Med unntak av et par av bygningene³ bærer bygningsmassen på Dikemark preg av mangelfullt vedlikehold. De fleste byggene har en vektet teknisk tilstandsgrad på over 2,0. Mange underliggende komponenter har tilstandsgrad 3 og behov for strakstiltak. Tilpasningsdyktigheten for bygningene er vurdert som dårlig og har store begrensninger i forhold til å bygge om til annet bruk. Riving forhindres i stor grad ved at 30 av 32 bygg er fredet, hvorav 7 både interiør- og eksteriørmessig. Også tomtegrunn på 248 dekar er fredet med unntak av 20 dekar.

Forsyningsanleggene ved Dikemark er preget av elde, slitasje og underkapasitet. Det er et gjennomgående behov for oppgraderinger og/eller vedlikehold. Bunnledningsnett er nylig utbedret.

Det foreligger en konseptfase som viser at det er mulig og ønskelig å samlokalisere RSA, lokal sikkerhet og PUA ved en ny tomt på Ila (syd for landsfengselet). Dersom man i tillegg flytter alderspsykiatri fra Vardåsen f.eks til Gaustad så vil man kunne avhende hele Dikemark samlet, og trolig oppnå en høyere salgssum, enn om det ble solgt stykkevis. Det er gjennomført en europeisk arkitektkonkurranse for dette området som viser at det er mulig å etablere et samlet boligområde her med skoler, barnehager, eldretilbud mm.

2.7 Gaustad og Sognsvannveien

Virksomheten på Gaustad er hovedsakelig døgnvirksomhet for voksen psykiatri, Rus og avhengighet, i tillegg til hoveddelen av forskningsvirksomheten i klinikk for psykisk helse og avhengighet.

Det foreligger planer om ytterligere samling av funksjoner på Gaustad fra Dikemark og eller andre adresser. Det pågår konkretisering av dette. Dessuten vurderes noen gamle bygg brukt til kontorformål.

Bygningsmassen er av eldre byggeskikk som har store begrensninger i forhold til tilpasningsmuligheter og fremtidige bruksområder. Bygningsmassen på rundt 40 000 kvm har også stort teknisk oppgraderingsbehov. En betydelig andel av bygningene, samt tomten, har vernestatus. De aktuelle forsyningsanleggene ved Gaustad sykehus er alle vurdert å være utilfredsstillende eller i

³ Dagali og Kurhus 1

dårlig teknisk stand. Dårligst tilstand har hovedvannforsyningen og nødstrømssystemene. Disse har stort og relativt akutt behov for utbedring.

I Sognsvannsveien (tidligere statens senter) er det også virksomhet for psykisk helse og avhengighet. Ungdom akutt har to døgnenheter og en skole.

En vurdering av levedyktighet basert på Multiconsults kartlegging i 2011 viser at byggene i Sognsvannsveien (ca 12 000 kvm) generelt er middels egnet og lite tilpasningsdyktige. I tillegg har de vernestatus som gjør ombygninger kostbare. Området vurderes for salg med tilbakeleie til det er funnet annet løsninger for virksomheten.

3. Prioriteringer innen bygg for planperioden 2019 - 2022

3.1 Inndeling av bygginvesteringer

3.1.1 Lukking av avvik

I perioden 2012-2015 har OUS brukt ca 650 MNOK på lukking av avvik fra lov og forskrift og tilsynspålegg fra henholdsvis branntilsyn, arbeidstilsyn og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB). For å trappe opp denne innsatsen i tråd med tilsynenes kommuniserte forventning ble det søkt om og innvilget et ekstraordinært lån for perioden 2016-2019 på 450 mill i året, til sammen 1,8 mrd (inkl. egenfinansiering). Dette kalles Fase II vedlikeholdsinvesteringer / lukking av avvik. Pengene er forutsatt at brukes på Aker, Ullevål og Radiumhospitalet. Det ligger en tydelig forutsetning fra HSØ om at bruk av midlene skal vurderes opp mot fremtidig utvikling av OUS og nybygg slik at man ikke investerer unødige i bygg som blir erstattet. Dette gjelder spesielt Radiumhospitalet.

Sammensetningen av investeringer er delt inn i ulike grupper som beskrevet under;

- Planlagte sengeposter og klinikkarealer (brann, elektro og ventilasjon)
- Rene Branntiltak (sikring og varsling)
- Rene HMS tiltak (Avtreksbenker, ventilasjon)
- Elektro (avvik DSB, i hovedsak gruppe 2 rom (rom der pasienter får strøm direkte eller indirekte i kropp og nødstrøm)

Forutsetningene er at de alvorligste tiltakene tas først og at prosjektene som planlegges er i henhold til prioritet beskrevet i søknaden. HSØ forutsetter videre at enkeltprosjekter ses opp mot avvik og en oppdatert tilstandsgrad.

For de fleste bygg kan lukking av avvik som i hovedsak utbedrer enkeltkomponenter ikke forventes å gi noen drastiske endring i tilstandsgrad (fargekategori). Bygg som ligger i grenseland mellom to kategorier, eller bygg der det gjøres større investeringer, vil kunne forbedres til en tilstandsgrad på et høyere nivå.

Det er gjort oppdaterte vurderinger av tilstandsgrader 2016 av de fleste bygg på de ulike lokalisasjonene. Slik analyseverktøy er bygget opp så får grunnforhold svært høy vektning. Med dårlige grunnforhold slik som eksempelvis bygg 3 og 7 på Ullevål så vil byggene fremstå som røde uansett hvilke tiltak som gjøres. Det er derfor bestilt oppdaterte analyser der grunnforhold tas ut, slik at man kan se reell forbedring av utførte tiltak.

3.1.2 Utbedring og utskifting av anlegg

I tillegg til lukking av de største avvikene, er det i planperioden et mål å sikre nødvendig kvalitet på utstyr til produksjonsstøtte samt virksomhetskritiske anlegg som gass, kjøling etc. Som beskrevet under kapitelet om status på bygg(kap. 2) er situasjonen også på disse områdene utfordrende. Utstyr til produksjonsstøtte og virksomhetskritiske anlegg omfattes i liten grad av lånesøknaden. Her pålegger ikke myndighetene tiltak, men funksjonalitet i utstyr og anlegg er likevel avgjørende for kvalitet i pasientbehandlingen og utskifting/ utbedring må gjennomføres.

Det er også slik at lukking av tilsynsavvik på Rikshospitalet, på grunn av type/kategori ikke er inkludert i lånesøknaden, pakke 1. Samtidig er det klart at bygningsmassen på Rikshospitalet inngår i fremtidens OUS uavhengig av alternativ. Det er derfor nødvendig å inkludere investeringer nødvendig oppgradering i tillegg til verdibevarende vedlikehold for denne bygningsmassen i planperioden. Dette gjelder større investeringer som eksempelvis utskifting/ utbedring av takene. Bygget er nå over 20 år og det har vært gjort få større oppgraderinger ved denne lokalisasjonen etter åpning. Det er også nødvendig å gjøre tekniske oppgraderinger ved andre lokalisasjoner der virksomheten skal videreføres.

I planperioden 2019-2022 er det satt av midler til oppgradering av virksomhetskritiske anlegg og virksomhetstilpasninger, herunder produksjonsstøtteutstyr, byggkostnader som følge av MTU eller IKT og havarier.

3.1.3 Omstillingsinvesteringer

Sykehuset har hittil arbeidet ut fra en ramme på 1,5 mrd NOK til omstilling. Hovedsakelig har dette vært for å tilrettelegge for mulig utflytting av visse døgn- og akuttfunksjoner fra Aker og samling av regionale funksjoner og tyngre intensivkrevenne virksomhet ved Rikshospitalet. Størstedelen av denne summen er disponert. Gjenstående omstillingsprosjekter planlegges utført i løpet av 2018 og 2019 og er da ferdig. Pågående prosjekter i denne kategorien er flere sterilsentraler, etablering av hybridstue på RH i D7 for å kunne understøtte flytting av karkirurgi, samt ytterligere samling av PHA funksjoner.

3.2 Tilrettelegging for kapasitet god og effektiv pasientbehandling

Sykehuset har betydelige driftsmessige utfordringer som må løses gjennom arealtiltak på kort og mellomlang sikt frem til nye bygg står klare. Det skal gjennomføres en rekke rokader av virksomheten for å tilpasse driften. Prognoser viser at det forventes ca. 16 % befolkningsvekst i OUS område frem til 2020. Det vil derfor være behov for kapasitetsøkning i sykehuset allerede innen utgangen av planperioden. Det er derfor satt av midler for tilrettelegging av kapasitet for god og effektiv pasientbehandling. Foreløpig er det satt av 20 mill nok per år. Det er mulig at dette er i minste laget og vil trolig justeres ettersom planene konkretiseres.

Det forventes også at Lovisenberg Diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus øker sin egendekning, noe som vil gi rom for noe kapasitetsøkning.

4. Beskrivelse av tall og tabeller 2019-2022

Som beskrevet under prioriteringer, så settes det av midler til teknisk oppgradering for å lukke avvik, oppgradere virksomhetskritiske anlegg og skifte ut teknisk utstyr til produksjonsstøtte samt omstillingsinvesteringer.

I planperioden 2019 – 2022 er kostnader knyttet til tiltak for lukking av avvik prioritert i pakke 1⁴ fordelt jevnt utover fire år fra 2016 til 2019. Da det har tatt tid å komme i gang og det har vært nødvendig med noen avklaringer underveis, så ser man allerede nå at noen av disse investeringene vil strekke seg ut i 2021. Det er som beskrevet også satt av noe midler til oppgradering av gjenstående bygningsmasse der disse skal videreføres, men ikke i det omfang som er anbefalt av multiconsult for å bedre tilstandsgraden. Spesielt er dette en utfordring i de første fire årene av det som ligger inne i ØLP.

5. Videre utvikling fra 2022 til 2036

5.1 Innledning

Sykehuset har betydelige driftsmessige utfordringer som må løses gjennom arealtiltak på kort og lang sikt. Målsettinger og prioriteringer slik de er beskrevet i kap. 3 og 4 i dette dokumentet løser ikke OUS hovedutfordringer knyttet til bygningsmassens kvalitet og kapasitet, men vil til en viss grad avhjelpe. Virksomhetsutfordringer og effektiviseringsbehov vil bare løses gjennom nye sykehusbygg.

Det er derfor gjennomført en idéfase for framtidens OUS, dokumentert i Framtidens OUS, Idéfaserapport 2.0 (mai 2015) og Framtidens OUS, Idéfase, som ble styrebehandlet sommeren 2016.

Sommeren 2017 ble det lagt frem to konseptfaserapporter for hhv Regional sikkerhetspsykiatri(RSA) og et nytt klinikkbygg for kreftbehandling på Radiumhospitalet. For RSA planlegges det et forprosjekt når reguleringsprosessen er mer fastlagt, men trolig mot slutten av 2018 med en forventet ferdigstillelse 2023. Radiumhospitalet har to prosjekter; nybygg som er i funksjonsprosjekt med planlagt oppstart gjennomføring 2019 og et Protonbygg som starter skisseprosjekt før sommeren 2018, med tilsvarende gjennomføring fra 2019. Byggene på radiumhospitalet skal være ferdig 2022/2023. For Aker og Gaustad er det startet konseptfaser i 2018, der konseptfaserapportene skal legges frem innen utgangen av 2018. Alle prosjektene skal legge til rette for etappevis etablering i tråd med vedtak HSØ.

Det er etablert anslag for etablering av RSA, etappe I og II, Nytt klinikkbygg Rad, etappe I og II på Aker inkludert sykehuspsykiatri, Gaustad etappe I og fullstendig målbilde etappe 2. Til sammen utgjør dette vel 35,8 mrd nok i 2017 kroner. I tillegg er det forutsatt at det skal viderebenyttes en rekke bygg som vil inngå i et fremtidig målbilde for OUS. Dette gjelder blant annet dagens Rikshospital, deler av dagens Aker og deler av Radiumhospitalet. Tall fra Multiconsult viser at det er snakk om betydelige investeringsbehov for å holde de nevnte lokalisasjonene opp til status tilpasset nybygg. Dette er før man tilpasser bygg til evt ny virksomhet, og tilpasset vekst kreves ytterligere midler.

⁴ Ref. ØLP og omtale av Fase 2

Benytter man tallene fra multiconsult så er dette nesten 10mrd i tillegg til tallene i denne ØLP. Tallene i ØLP er betydelig nedjustert. Dette skyldes i hovedsak to forhold; sykehusets finansieringsevne og sykehusets evne til å tåle ombygging og oppgradering samtidig med full drift, som reduserer mulighetsrommet for hva som er realistisk å gjennomføre.

5.2 Forutsetninger for investeringsanslagene

I konseptfaseberegningene er det gjort anslag på investeringskostnader basert på de ulike alternativene og de ulike skissene for fysiske løsninger. Ved beregning av investeringsanslagene er det skilt mellom nybygg, ombygginger, tekniske oppgraderinger og andre kostnader. Kostnaden for nybygg er basert på prisanslag for kostnad pr. kvm ut fra erfaringstall og ambisjonsnivå.

Ombygging er delt i lett, middels og tung ombygging, som utgjør henholdsvis 25, 50 og 75 % av nybyggkostnad. Teknisk oppgradering er basert på foreliggende estimater knyttet til multimap-analyser, og omfatter både permanente tiltak, og tiltak som må gjøres inntil nye bygg er ferdigstilt. Andre kostnader er bl.a. erverv av eiendommer, infrastrukturtiltak, parkeringsanlegg og erstatningsbygg. Riving inngår i investeringsanslaget med en gjennomsnittlig kostnad pr. kvm revet bygg.

2019 - 2022



OMRÅDEPLAN MEDISINSK- TEKNISK UTSTYR

Innhold

1. Innledning og bakgrunn.....	2
2. Definisjoner og kort status	2
3. Overordnede strategiske valg	3
3.1 Dreining av investeringer fra sammenbrudd til elektiv prosess.....	4
3.2 Optimalisering av prioriteringsprosessen.....	5
3.3 Optimalisering av anskaffelsesprosessen	5
3.4 Posisjonering av mobilt MTU.....	6
3.5 Utviklingen av nytt OUS	6
4. OUS Medisinsk teknisk utstyr i verdi og antall	7
4.1 Billeddannende og stråleterapeutisk utstyr (Verdi 1 635 MNOK)	8
4.2 Terapi og diagnostikk (Verdi 196 MNOK)	8
4.3 Operasjon og kirurgi (Verdi 450 MNOK).....	9
4.4 MTU-infrastruktur (Verdi 177 MNOK)	9
5. OUS Konkrete investeringsplaner i planperioden 2018 – 2022	12
5.1 Investeringstabell 2018-2022 med forklaring	12
6. Oppsummering og konklusjon	15
6.1 Konklusjon	15

1. Innledning og bakgrunn

Medisinsk-teknisk utstyr (MTU) er på mange måter motoren i den spesialiserte pasientbehandlingen og det å ha en oppdatert utstyrspark som er godt tilpasset til sykehusets behov er derfor avgjørende for om sykehuset skal lykkes med i å nå sine mål. Det har lenge vært kjent at den medisinsk-tekniske utstyrsparken ved Oslo Universitetssykehus er blant de eldste i Vest-Europa, og dette har gjort at sykehuset har prioritert investeringer i MTU de siste årene på tross av økonomiske utfordringer som har ført til knapphet på tilgjengelige investeringsmidler. Resultatene av denne satsningen begynner å manifestere seg, ikke så mye på den totale gjennomsnittsalderen fordi behovet fremdeles er større enn investeringsmidlene, men for utvalgte satsningsområder. For eksempel er situasjonen for deler av det radiologiske utstyret nå betydelig mye lysere enn for bare få år siden. Dette er i hovedsak på grunn av bevisste prioriteringer av utstyr som vi erfaringsmessig vet kan skape flaskehals for pasientbehandlingen og utfordringer for pasientene.

Investeringsnivået er den viktigste enkeltfaktoren for utstyrsparkens tilstand, men det er langt fra den eneste faktoren av betydning. Langs hele kjeden fra utstyrbehovet identifiseres til utstyret en dag kasseres, finnes faktorer som har påvirkning på utstyrsparken og vi har derfor jobbet mot en metodikk for å optimalisere alle ledd i denne utstyrskjeden og dermed få mest og best mulig pasientbehandling igjen for de tilgjengelige midlene. Den praktiske konsekvensen av denne nye metodikken er beskrevet i kapittel 3.

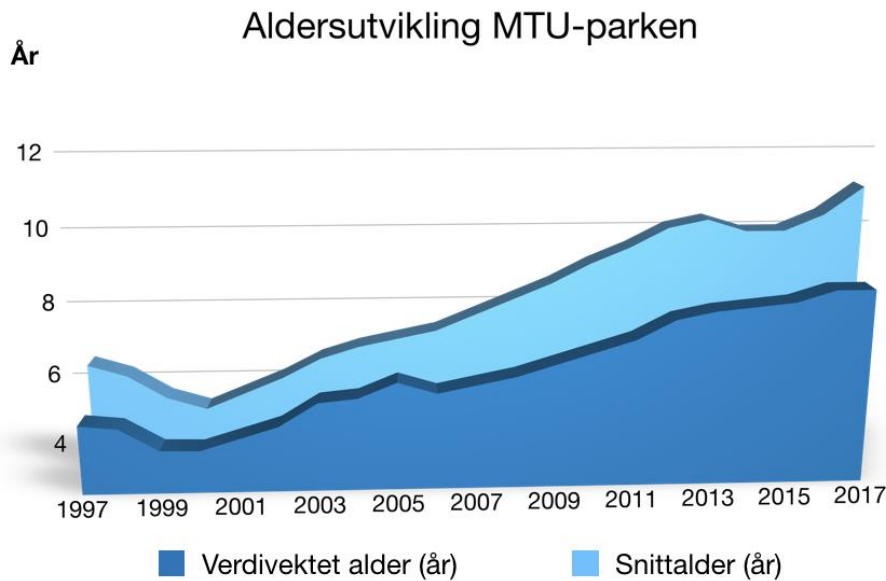
2. Definisjoner og kort status

I vanlig norsk praksis og språkdrakt omfatter begrepet medisinsk-teknisk utstyr (MTU) alt av elektromedisinsk utstyr (drevet av strøm eller batteri) og alt laboratorieutstyr som brukes i diagnostikk og pasientbehandling, som MTU.

- Det var ved årsskiftet (1.1.2018) registrert om lag 44.000 aktive MTU enheter ved OUS (status normal, dvs. i drift). Årsvekst skyldes nytt utstyr, omstilling og produksjonskrav, og nye standarder og prosedyrer.
- Disse MTU enhetene hadde en registrert akkumulert (historisk) anskaffelseskostnad på i overkant av 4 MRD kr. inkl. mva¹. Dette tallet er hentet fra Merida, sykehusets utstyrsgenerell database for MTU. Det er fortsatt noen utfordringer med datakvaliteten fra ulike registreringer på ulike lokasjoner.
- Utstyrsparkens gjennomsnittsalder var per 1.1.2018 på 11,36 år når alle MTU enheter teller likt. Fremstilt med gjennomsnittsalder per krone, eller verdivektet gjennomsnittsalder (VVGA) der de dyreste utstyrsenhetene veier mer enn de billigste, er VVGA-gjennomsnittsalderen for MTU-parken i OUS nå 9 år.
- Mer enn 40 % av alle MTU enhetene var eldre enn gjennomsnittlig levetid (10 år).

OUS er det foretaket i HSØ RHF med høyest gjennomsnittlig alder for medisinsk-teknisk utstyr. Med mål om å stanse aldringsprosessen av utstyrsparken og over tid redusere gjennomsnittlig alder, ble det i OUS utarbeidet en plan for å gjennomføre årlige investeringer i medisinsk-teknisk utstyr i størrelsen 350 millioner kroner per år i perioden 2013-2015. Denne har blitt fulgt opp i årene etterpå med investeringer rundt 400 millioner. For å snu utviklingen vil det være nødvendig med rundt 500 millioner kr. investert årlig.

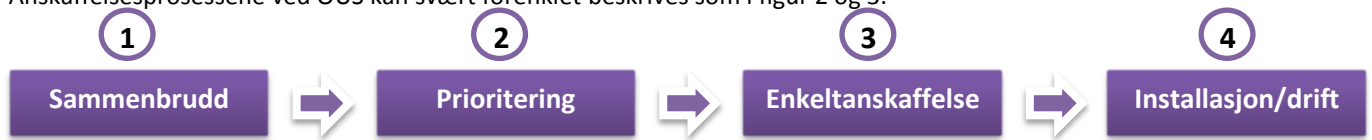
¹ Prisene i databasen er ikke konsumprisjustert.



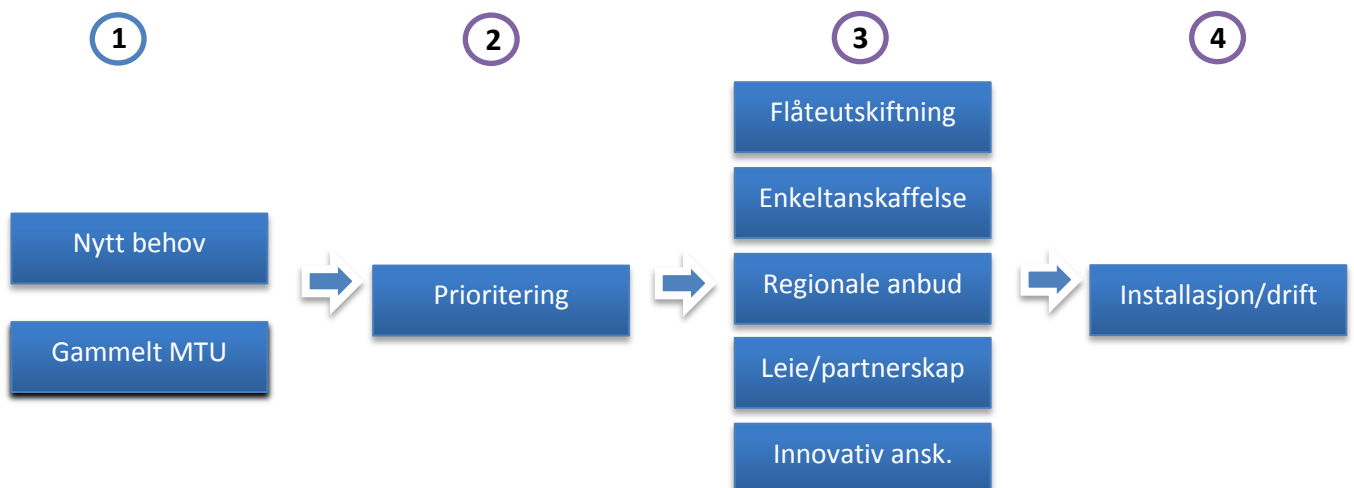
Figur 1: Aldersutviklingen for MTU-parken ved OUS. Lyseblå farge er gjennomsnittsalder der alle enheter teller likt, den mørkeblå er verdivektet gjennomsnittsalder pr investerte krone

3. Overordnede strategiske valg

Mens tidligere økonomiske langtidsplaner for MTU har vært fokusert på et overordnet investeringsnivå og hvilke årlige beløp som er nødvendige for å senke gjennomsnittsalderen på utstyrsparken, er denne rapporten første steg i å dreie fokus fra investeringsbeløp til investeringsprosessen, og deretter ned på innkjøpsgrupper og tilslutt anbuds pakkenivå innenfor rammen av tilgjengelig investeringsbeløp. Overordnet målsetting er å kunne svare på et relativt detaljert nivå hvilket utstyr som skal skiftes ut og når det skal byttes. Anskaffelsesprosessene ved OUS kan svært forenklet beskrives som i figur 2 og 3.

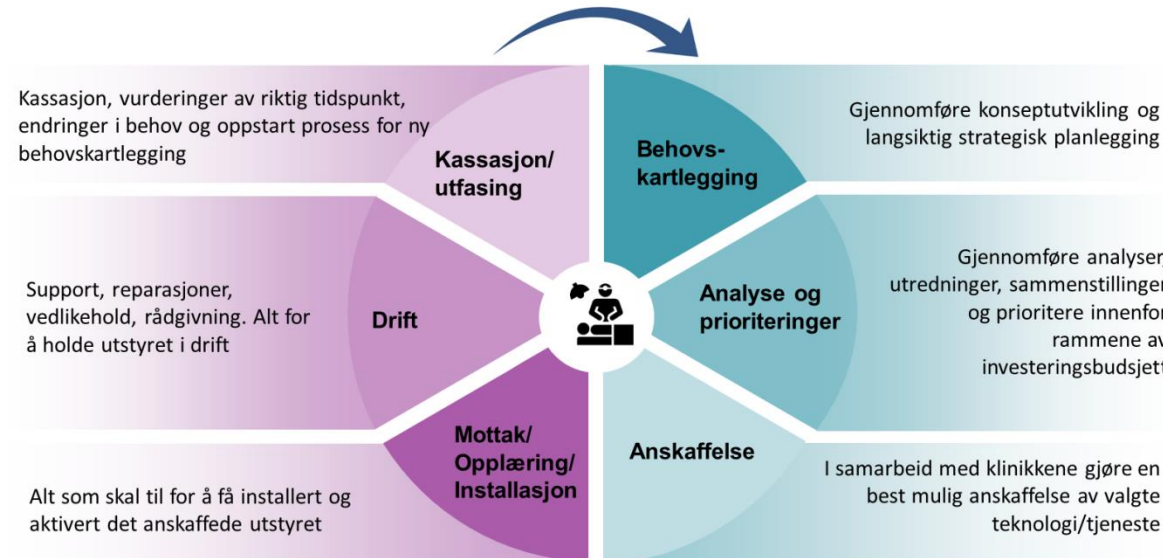


Figur 2: Sammenbrudds prosess i forenklet form. Et sammenbrudd utløser en innmelding som prioriteres(1), ved positivt vedtak i prioriteringsutvalget (PRU) og godkjenning av Koordineringsgruppen for innkjøp (KGI) eller Direktør Oslo Sykehusservice (2) gjennomføres en hasteanskaffelse (3) litt avhengig av sammenbruddets art og utstyrets betydning. Normalt er dette enkeltanskaffelser, eventuelt med opsjoner. Tilslutt installeres utstyret og settes i drift (4)



Figur 3: Elektiv prosess i forenklet form. Et nytt behov/utstyr som bør skiftes utløser innmelding til elektiv investeringsprosess, MTU (1) Etter prioriteringsprosess i PRU, KGI og ledermøtet i OUS (OUS-LM) blir anskaffelsene prioritert og vedtatt. Deretter velges hvordan anskaffelsen kan gjennomføres (3), flåteutskiftning skifter alle enheter av en gitt type, enkeltanskaffelser, større regionale anbud der MTU av samme type fra flere HF i HSØ inngår, ulike typer partnerskapsløsninger eller leieforhold og innovative anskaffelser.

Den overordnede MTU-strategien beskrives i figur 4:



Figur 4: overordnet strategi for forvaltning av MTU. I en sammenbruddsstyrt forvaltning utelukkes trinn 1 og deler av trinn 2

Det er tre hovedpunkter i den nye strategien som er av betydning:

- 3.1 Dreie mer av investeringene over fra sammenbruddsprosess til elektiv prosess
- 3.2 Optimalisere prioriteringsprosessen
- 3.3 Optimalisere anskaffelsesprosessen til å få mer MTU og bedre kvalitet for investeringsmidlene
- 3.4 Posisjonering av mobilt MTU
- 3.5 Utviklingen av nytt OUS

3.1 Dreining av investeringer fra sammenbrudd til elektiv prosess

OUS har en gammel medisinsk-teknologisk utstyrspark, det gir en høy andel sammenbrudd av utstyr med påfølgende sammenbruddsanskaffelser. I 2018 er de estimert at nesten halvparten av utstyrsinvesteringene vil komme i form av sammenbrudd. Dette har i hovedsak to ulemper, det er dyrt å gjøre enkeltanskaffelser under tidspress, og det låser utstyrsparken til den eksisterende konfigurasjon istedenfor å velge konfigurasjon etter behov.

For å ta et eksempel: Dersom en skjelettrøntgen bryter sammen ligger det i sammenbruddsordningen at den blir erstattet av et tilsvarende utstyr selv om behovet kanskje er større for andre typer utstyr som for eksempel ultralyd. Det er derfor viktig å få dreid mer av anskaffelsene fra sammenbrudd til elektiv prosess. For å få til dette må dagens investeringsrammeverk endres. Vårt forslag er å utvide elektiv prosess fra å skje en gang i året til to ganger i året. Alle innmeldinger fra klinikkene i hovedprosessen i elektiv prosess på høsten tas vare

på og revideres av klinikken i samarbeid med Medisinsk-teknologisk virksomhetsområde (MTV) og brukes i en elektiv prosess del 2 på våren. Dette vil gjøre det mulig å kutte betydelig i sammenbruddsinvesteringene til fordel for elektive anskaffelser. Fremdeles vil det være nødvendig å bruke en stor del av midlene på det utstyret som truer med å bryte sammen, men det kan gjøres i forkant og på en mer hensiktsmessig måte.

3.2 Optimalisering av prioriteringsprosessen

Det er en krevende oppgave å gjøre helhetlige prioriteringer på tvers av klinikker, enheter og seksjoner. I hovedsak vil det være klinikkens egne prioriteringer som fortsatt vil ligge til grunn, men i tillegg til primærinvesteringsbehovet til klinikkene er det mulig å legge til insentiver for å sikre bedre prioriteringer av MTU-investeringene på tvers:

- a. Noen større investeringer som får betydning for flere klinikker trekkes ut av klinikkens egen prioritet trekkes ut til en egen kategori
- b. Utstyr som kan erstatte gammelt MTU i et mindre antall får høyere prioritet
- c. Utstyr som klinikker som går sammen om å søke om MTU de skal drifte sammen får høyere prioritet
- d. Utvidet bruk av businesscase anskaffelser der investeringer som tjenes inn på driftsbudsjettet i løpet av 2 år blir prioritert
- e. Det settes av en reservepott som disponeres av administrerende direktør, denne kan dekke utstyrbehov som ikke passer inn i eksisterende investeringsløp.

3.3 Optimalisering av anskaffelsesprosessen

Som vist i figur 2 er det vesentlig flere muligheter i elektiv prosess, og enkelte av alternativene innebærer til dels betydelige besparelser for sykehuset. Det er et klart mål å utnytte dette potensialet maksimalt. Som eksempel kan nevnes regionale anskaffelser der størrelse og omfang på anskaffelsene gir vesentlig bedre betingelser for sykehuset. Vi ser flere eksempler på at vi nå er i stand til å spare store kostnader i anskaffelser vi har gjennomført på vegne av regionen. For eksempel har det vært gjennomført en regional anskaffelse av C-buer der resultatene viser at inngått avtale sikrer oss utstyret til omkring 30% lavere enn det vi betalte for eksakt samme utstyr da det ble anskaffet av OUS for år siden. Prisen er naturlig nok avhengig av volum og varighet på avtalene, men det er realistisk for de fleste grupper å anta en besparelse fra 15-20% opp til maksimalt 50% for de med størst potensiale. I tillegg er anskaffelsene fokusert på livstidskostnadene og inklusjon av alle kostnadssider i de regionale anskaffelsene gir signifikante reduksjoner i kostnader også for forbruksmateriell og serviceavtaler. Et annet eksempel er innovative anskaffelser slik som i D7 på Rikshospitalet, Intervensjonscenteret, der en innovasjonsavtale med Siemens sikrer sykehuset tilgang til helt ny teknologi til en lav investeringskostnad i tillegg til at sykehuset kan være med å påvirke utviklingen av utstyret slik klinikken selv mener er formålstjenlig.

Utfordringen er å styre anskaffelsene til riktig prosess, dette krever erfaring med utstyrgruppen og anskaffelsesprosesser, tett kontakt mellom MTV og klinikk og inngående markedskunnskap for det aktuelle utstyret.

3.4 Posisjonering av mobilt MTU

Det er dokumentert fra andre sykehus (Eks. Cambridge, England) at aktiv posisjonering av mobilt MTU gjør at mengden utstyr kan reduseres uten at det går ut over tilgjengeligheten. Akkurat hvor mye utstyrsmengden kan reduseres vil være avhengig av hvor godt utstyret administreres før posisjonering innføres og hvor godt det ligger til rette for utnyttelse på tvers. I Cambridge dokumenterte de en reduksjon i antall på om lag 25% for de utstyrsgruppene som ble inkludert i studien. I tillegg følger positive bieffekter som bedre kontroll over utstyrsparken, mindre tid til å lete etter utstyr og mindre svinn av utstyr som blir borte.

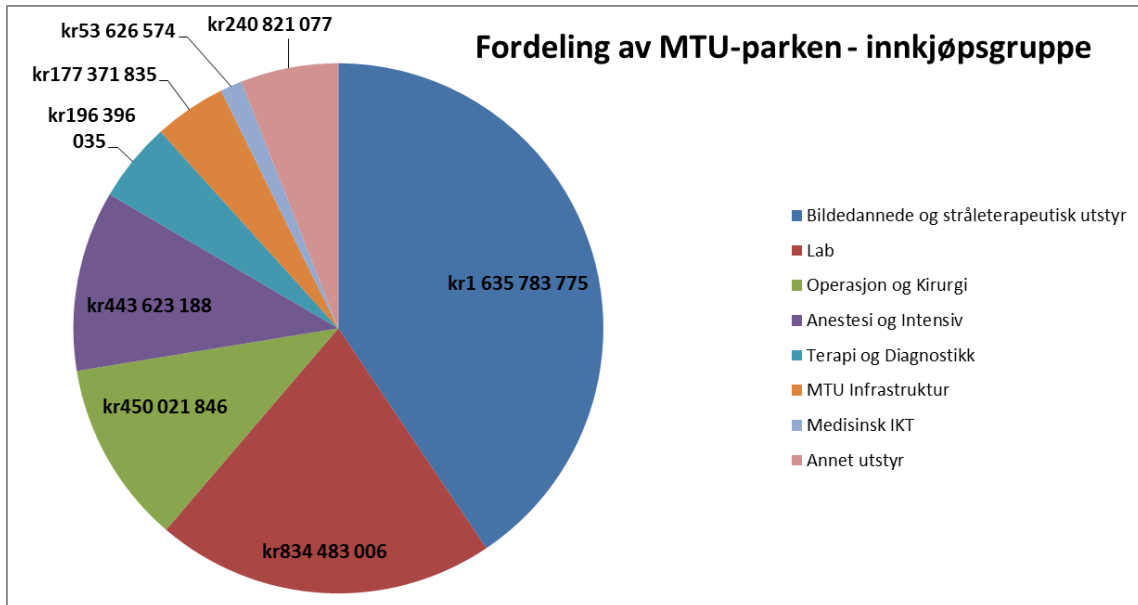
Det er startet et forprosjekt på posisjonering av utstyr som skal fullføres innen august 2018.

3.5 Utviklingen av nytt OUS

I hovedsak er det nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet som får betydning for strategiske valg når det gjelder anskaffelse av MTU. Det er vedtatt en overføringsgrad på omkring 27 % til nytt klinikkbygg, noe som gjenspeiler den dårlige tilstanden til utstyrsparken på Radiumhospitalet. Enkelte typer apparater er i en slik tilstand at de må byttes eller utbedres, men vi prøver å begrense nyanskaffelser mest mulig til utstyr som ikke krever store installasjoner. Det er imidlertid et mål at ikke alt som skal kjøpes nytt til nytt klinikkbygg kommer inn samme år som bygget er ferdig. All erfaring viser at det er vanskeligere å tilpasse en styrt utskiftning på et fornuftig nivå når det kommer en stor bolke med utstyr som skal skiftes på samme tid fordi det er kjøpt inn i samme år.

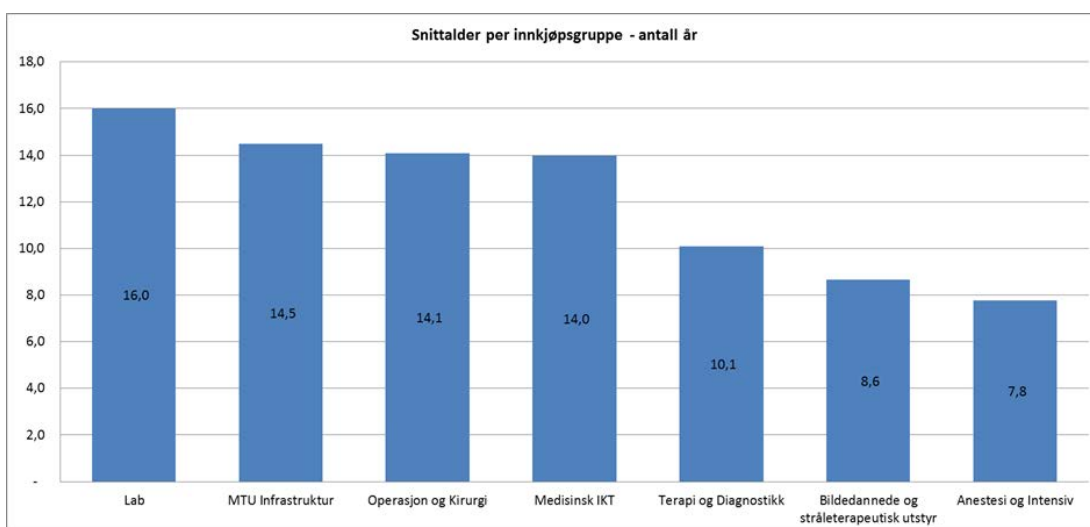
4.0 OUS Medisinsk teknisk utstyr i verdi og antall

Når alt MTU deles inn i innkjøpsgrupper (8 stk), blir fordelingen av historisk anskaffelseskostnad slik vist i figur 5.



Figur 5: Fordeling av historisk anskaffelseskostnad på de 8 ulike innkjøpsgruppene

Som figuren viser er en vesentlig del av verdien knyttet til billeddannende og stråleterapeutisk utstyr, samt laboratorie- og analyseutstyr. Disse to gruppene står for til sammen nesten 2/3-deler av verdien. Alderssammensetningen for de ulike innkjøpsgruppene er svært varierende av mange årsaker. Mens det for eksempel er en rask utvikling innenfor deler av billeddannende utstyr er det en vesentlig lavere utviklingstakt for en del enklere laboratorieutstyr som ristemaskiner, sentrifuger og liknende. Av den grunn vil det være ønskelig å ha en lavere gjennomsnittsalder for billeddannende utstyr enn for laboratorieutstyr. Det kan også være stor forskjell innenfor samme innkjøpsgruppe, og det er nødvendig å gå ned et trinn til underkategorinivå for å få en korrekt oppfatning av den faktiske tilstanden. Gjennomsnittsalder per innkjøpsgruppe er vist i figur 6.

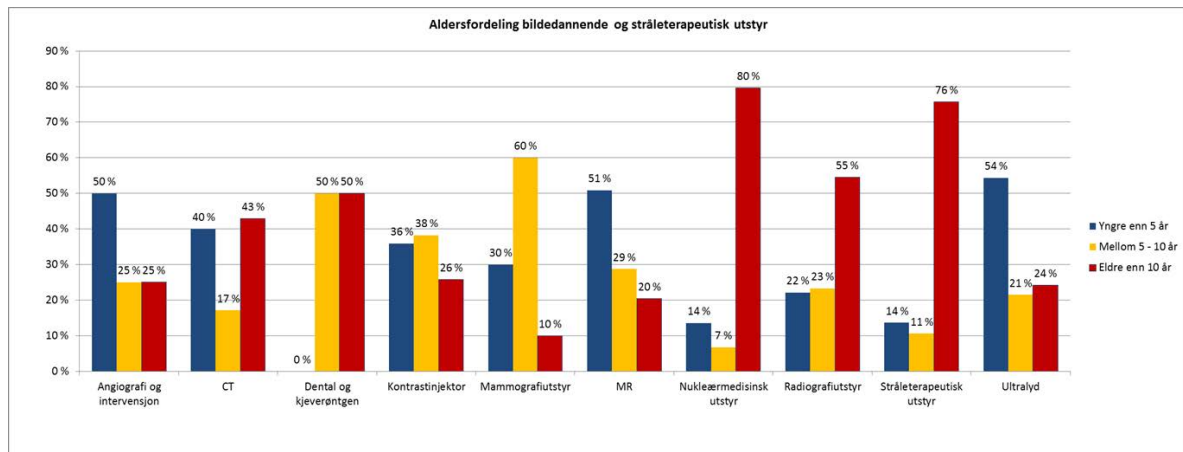


Figur 6: Gjennomsnittsalder per innkjøpsgruppe (år)

Dette er imidlertid en svært grov inndeling, og det vil være store variasjoner i levetider for underkategorier innenfor hver innkjøpsgruppe. Dette blir diskutert i påfølgende kapitler.

4.1 Billeddannende og stråleterapeutisk utstyr (Verdi 1 635 MNOK)

Dette er den største kategorien i verdi, og dermed vil mye av investeringene brukes på kategorien. Etersom denne er preget av få men dyre enheter er det viktig at det er en jevn utskiftingstakt på de store modalitetene. Aldersfordeling på underkategoriene som funksjon av akkumulert anskaffelseskostnad er vist i figur 7.

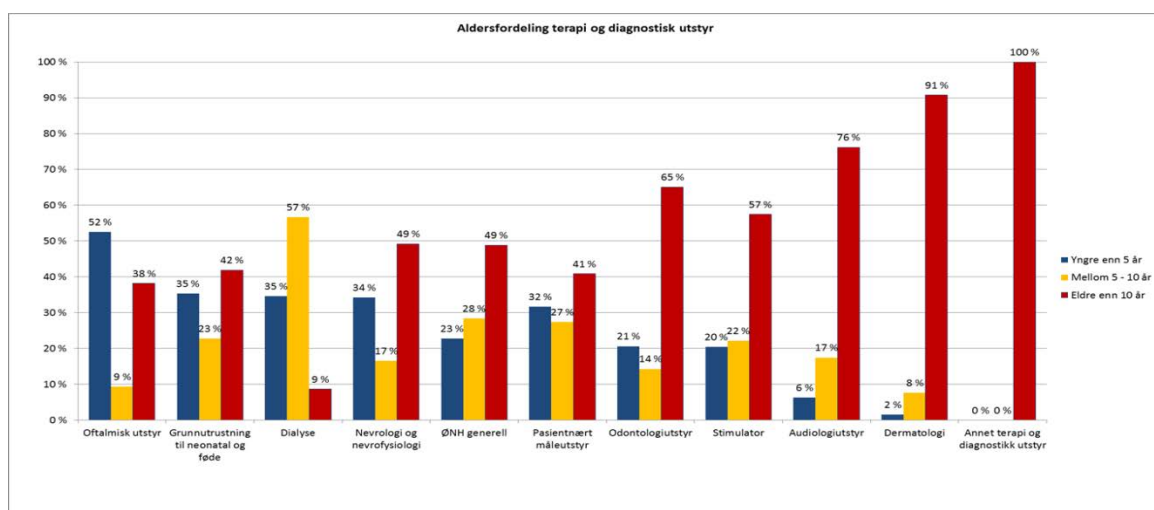


Figur 7: Aldersfordeling for underkategorier av billedannende og stråleterapeutisk utstyr som funksjon av verdi

Figuren viser klart resultatene av at denne kategorien har vært prioritert, tilstanden er bra for viktige kategorier som MR. Når det gjelder nukleærmedisinsk utstyr er tilstanden betydelig bedre enn figuren tilsier ettersom det har vært og er større utskiftninger på gang som ikke er fanget opp i gjeldende uttrekk. For stråleterapi er det imidlertid viktig å holde oppe utskiftingstakten selv om den totale strålekapasiteten skal ned.

4.2 Terapi og diagnostikk (Verdi 196 MNOK)

I denne gruppen er det stor variasjon i alder på utstyret vårt, noe som for en del også er forklart av variasjon i levetid på de forskjellige typene. Aldersfordelingen er vist i figur 8.

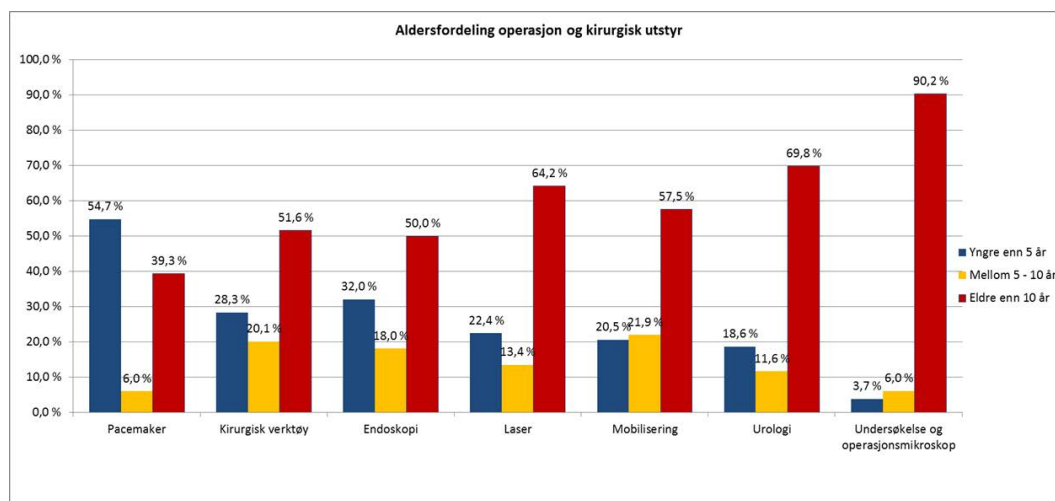


Figur 8: Aldersfordeling for underkategorier av terapi og diagnostisk utstyr som funksjon av verdi

Det må utarbeides en omforent og forankret vurdering av hva som er optimal levetid for hver underkategori, med hensyn på kvalitet og effektivitet i pasientbehandlingen, pasientsikkerhet og teknologisk utvikling. Audiologisk utstyr har svært lang levetid og skal ligge høyt, samme kan sies om deler av det dermatologiske og odontologiske utstyret. Det har vært prioritert utskiftning av svært gammelt utstyr på øye, det er årsaken til at oftalmisk utstyr har en relativt lav gjennomsnittsalder.

4.3 Operasjon og kirurgi (Verdi 450 MNOK)

Dette er utstyr som er nødvendig for å drive pasientbehandling på en operasjonstue, aldersfordelingen er vist i figur 9.

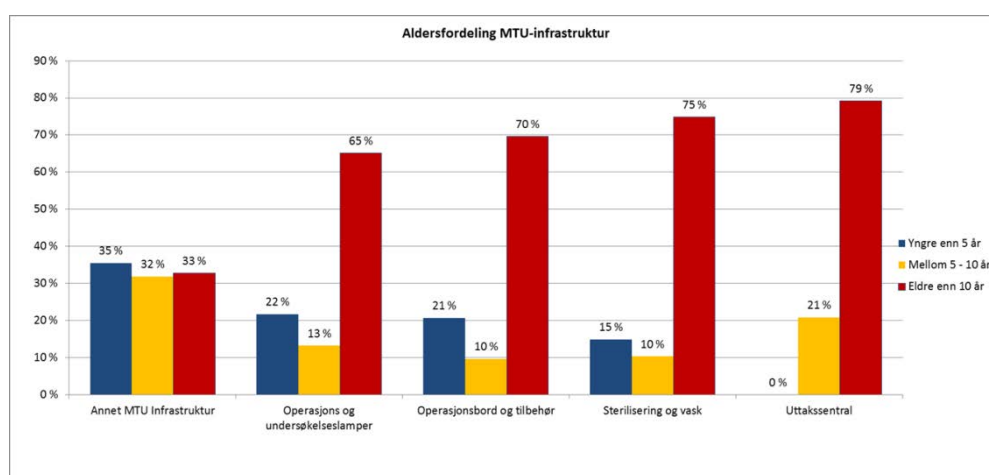


Figur 9: Aldersfordeling for underkategorier av operasjon og kirurgisk utstyr

Endoskopi ser ikke så ille ut i grafen, men det er viktig å presisere at dette er utstyr med høy slitasje og hyppige sammenbrudd. Gjennomsnittlig levetid for kategorien er 4 år. I tillegg viser dette at det er nødvendig med en viss utskiftning av mikroskop, selv om disse har lang levetid.

4.4 MTU-infrastruktur (Verdi 177 MNOK)

Dette er en liten kategori med utstyr som i utgangspunktet har lengre levetid enn de fleste andre. Aldersfordelingen er vist i figur 10.

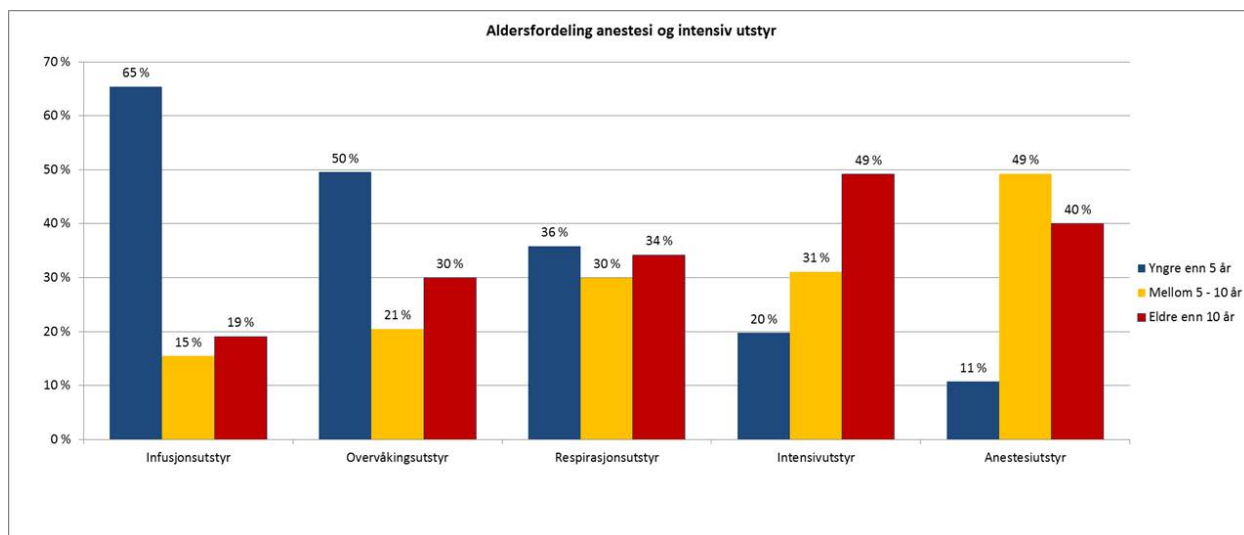


Figur 10, aldersfordeling for underkategorier av MTU-infrastruktur

Det pågår en større gjennomgang av alle operasjonsstuer på OUS og det er satt av en andel av investeringsbudsjettet 2018 til å dekke opp utskiftninger som følge av denne for operasjonsbord og operasjonslamper.

4.5 Anestesi og intensiv (Verdi 444 MNOK)

Underkategoriene representerer mye av utstyret som anvendes av anestesi og intensivavdelingene. Det vil være en gråsoner med denne innkjøpsgruppen og innkjøpsgruppen Terapi/Diagnostikk. Aldersfordelingen er vist i fig 11.

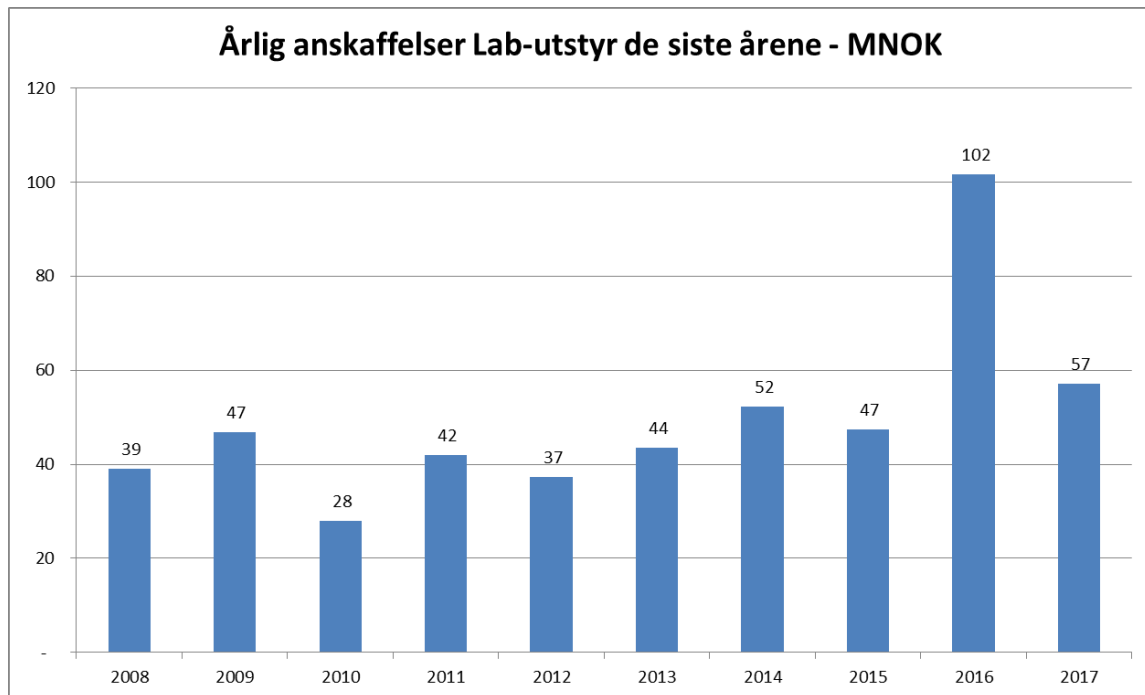


Figur 11: Aldersfordeling for underkategorier av anestesi og intensivutstyr

Disse underkategoriene er godt egnet for regionale anskaffelser. Kartlegging og analyse av respirasjonsutstyr og anestesiutstyr er gjennomført og arbeidet med regionale anbudspakker pågår. Infusjons og sprøytepumper er nylig skiftet ut som en flåteutskiftning og har derfor lav alder og bra tilstand. Samme gjelder overvåkingsutstyr der det har vært en større utskiftning som fullføres i 2018.

4.6 Laborerietstyr (Verdi 834 MNOK)

Denne gruppen er ikke kategorisert ennå fordi den har ligget i en annen innkjøpsgruppe enn "medisinsk-teknisk utstyr". Imidlertid vil alderssammensetningen gi et visst inntrykk av hvor mye som må reanskaffes hvert år framover, denne finnes i figur 12.



Figur 12: Årlige anskaffelser av laborerietstyr siste 10 år

Den store toppen i 2016 skyldtes en større installasjon av et laborerietautomasjonssystem på Rikshospitalet.

5.0 OUS Konkrete investeringsplaner i planperioden 2018 – 2022

5.1 Investeringsstabell 2018-2022 med forklaring

Av spesielle forhold som ligger til grunn for prioriteringene i tabell 2 nevnes konkret i følgende noter:

1. Det er ikke planlagt store flåteutskiftninger budsjettåret 2018, annet enn avslutning monitorprosjektet på US
2. Øvrige elektive behov er øvrige MTU-anskaffelser som ikke faller i kategorien store enkeltanskaffelser eller flåteutskiftninger, men som klinikkene selv prioriterer.
3. MR er en flaskehals på RH og med en normert levetid på 10 år svarer dette til en utskiftning av 1,8 MR (dvs 2 stk) per år i årene 2018 – 2021, og det legges derfor opp til en opptrapping til dette nivået fra senest 2020.
4. CT. ØLP 2015 – 2018 la til grunn en prioritering innen satsningsområder, sitert foran. For CT-maskiner prioriteres 2 per år fra og med 2019. Dette er i tråd med innstillingene fra fagmiljøene innen radiologi.
5. C-bue elektivt baserer seg på en re-anskaffelse av eksisterende utstyr (fra analog teknologi til digital teknologi), og en liten økning framover for å ta høyde for økt produksjon.
6. Ultralyd, billeddannende (UL) brukes i økende grad som veiledning ved ulike typer innstikk. OUS har mer enn 300 stk
7. Stråleterapiutstyret ved OUS er i snitt gammelt og må byttes ut, selv om strålekapasiteten ved OUS skal bygges ned
8. Laboratoriestyr, kombinasjon av nye analysatorer og automatiserte løsninger tilsier en økning i investeringene i laboratoriestyr over tid.
9. Kirurgirobot på Aker erstattes 2018, mulig utvidelse med en ny robot i 2020.
10. Operasjonsbordene på OUS RH (systembord) viser stor slitasje, routingsystem er inkludert for 2018
11. Operasjonslampene på OUS RH er gjennomgående i svært dårlig forfatning (dårlige bremses, slitasje og varme/brannskader og hyppige lyspæreskift). En god del av disse må skiftes de nærmeste årene.
12. Det er registrert om lag 300 fleksible endoskop i hele OUS og 84 tilhørende rack. Normert levetid er bare 4 år for fleksible endoskop, og det foreslås avsatt penger til egen post på budsjett for kommende budsjettår.
13. Monitorering er avslutning av RH + RAD, med utskifting av de siste monitorene på US som falt utenfor akuttsløyfen
14. 2 stk PET/CT – anskaffet i 2017, disse vil normalt være i drift i minimum 7 år før det er aktuelt å skifte disse ut.
15. SPECT/CT. Legges opp til utskiftning av to stk i perioden
16. Uttakssentralene på Radiumhospitalet må skiftes med minimumsløsning til nytt klinikkbygg er på plass
17. Business-case er sykehusets mulighet til å effektivisere driften ved hjelp av ny teknologi, anbefalt forsiktig økning.
18. Forskningsmidler er vanskelig å budsjettere, men det antas at sykehuset skal investere i noe forskningsutstyr framover og det er viktig at det settes av noe midler også til denne aktiviteten ved sykehuset.

19. Egen linje for televideokommunikasjonssystemer (TVK), beløpene er basert på beregning av total reanskaffelseskostnad for utstyret som når end-of-life (EOL) i henhold til egen områdeplan for telemedisin.
20. Respiratorer voksen/barn. Per dags dato er det 39 respiratorer som er 10 år eller eldre, det vil si at de har nådd sin tekniske levealder. I løpet av de neste 3 årene vil ytterligere 36 respiratorer ha nådd sin tekniske levealder.
21. Reserve er en konto for å kunne håndtere viktige investeringer som ikke er kjent ved års start og ikke faller inn under kategorien sammenbrudd eller står på elektiv liste. Denne posten disponeres av administrerende direktør
22. Sammenbrudd, antatt stabilisering av sammenbruddsraten etter hvert som mer penger får ut det dårligste utstyret.

Note	(MNOK)	2018 ØLP	2019 ØLP	2020 ØLP	2021 ØLP	2022 ØLP	Sum
	Total ramme (inkludert anskaffelseskostnader)	388	450	450	450	1475	3361
1	Flåteutskiftninger <u>elektivt</u>	8	31	27	45	35	146
2	Øvrige <u>elektive</u> behov, inkl. anskaffelseskostnader	72	84	82	91	84	413
3	MR <u>elektivt</u>	16	15	30	30	45	136
4	CT <u>elektivt</u>	25	15	30	30	30	130
5	C-bue <u>elektivt</u>	0	12	12	12	12	48
6	Ultral lyd <u>elektivt</u>	4	25	26	32	34	121
7	LINAC <u>elektivt</u>	30	66	66	66	66	294
8	Laboratorieutstyr <u>elektivt</u>	13	25	27	32	33	130
9	Kirurgirobot	25	0	25	0	0	50
10	Operasjonsbord	3	1	0	1	6	11
11	Operasjonslamper	1	5	2	0	3	11
12	Endoskopisk utstyr	1	6	8	12	12	39
13	Monitorering	8	1	0	2	4	15
14	PET/CT	0	0	0	0	0	0
15	SPECT/CT	0	7	0	8	0	15
16	Uttakssentraler Radiumhospitalet	5	1	0	0	0	6
17	Businesscase <u>elektivt</u>	5	10	10	10	10	45
18	Forskningsmidler <u>elektivt</u>	12	15	15	15	15	72
19	Telemedisin	0	4	2	1	3	10
20	Respiratorer	5	15	1	1	1	23
21	Reserve	5	12	12	12	12	53
22	Sammenbrudd*	150	100	75	50	45	420

Tabell 1: Økonomisk langtidsplan for MTU investeringer 2018 – 2022.* Se kommentar om sammenbrudd kap.3.1

6. Oppsummering og konklusjon

6.1 Konklusjon

Oslo Universitetssykehus har en stor og kompleks utstyrspark som er motoren i den spesialiserte pasientbehandlingen som drives ved sykehuset. For at denne skal fungere på en tilfredsstillende måte er det viktig å ha et nivå på MTU-parken som ikke er for dårlig i forhold til behovet. Det er igangsatt et stort arbeid for å etablere et system som:

- a. Gjør at OUS får mest mulig igjen for hver investerte krone
- b. Kan få en oversikt over eksakt hvilke utstyrstyper som skal anskaffes neste periode
- c. Kan få mer av anskaffelsene fra sammenbrudd til elektiv prosess

Dette nye systemet vil forbedre situasjonen på utstyrssiden, forhåpentligvis betydelig. Likevel vil det trolig fortsatt være nødvendig å øke investeringstakten noe for å få ned gjennomsnittsalderen på utstyret til et nivå som er nærmere måltallet fra Helse Sørøst på 7,4 år. Så må det også påpekes at de seneste års økte MTU-investeringer har gitt en effekt som særlig er synlig innenfor prioriterte områder som for eksempel billeddannende utstyr der situasjonen har gått fra å være svært bekymringsfull til å bli betydelig mye bedre. Det viser at det nytter å satse, og at summen av økte investeringer og tiltak for å optimalisere prioriteringer og anskaffelser vil gi pasienter og klinikere ved OUS et verktøy som holder et riktig nivå i forhold til den pasientbehandlingen sykehuset er pålagt å levere.

2019 - 2022



OMRÅDEPLAN IKT

Innhold

1. Innledning	2
2. Status på sentrale områder	3
2.1 Infrastruktur	3
2.2 Radiologiområdet	4
2.3 Laboratorieområdet	4
2.4 Stråleterapiområdet	5
2.5 Strukturert journal, DIPS Arena	5
2.6 Digitale innbyggertjenester	6
2.7 Forskning og innovasjon	6
2.8 Prehospitale tjenester	7
2.9 Økonomi, innkjøp og logistikk	7
2.10 Dokument- og sakarkiv	8
2.11 Klinisk datavarehus	8
2.12 Gevinstuttak	9
2.13 Risiko og sårbarhet	9
3. Målbildet og sentrale tiltak for planperioden 2018 – 2022	10
3.1 Overordnet målbilde	10
3.2 Pasienttjenester bidrar til at pasientene involveres i egen behandling	11
3.4 Pasientbehandling er kvalitetsmessig bedre og mer effektiv ved bruk av teknologi	12
3.4.1 Gjennomgående kurve	12
3.4.2 Strukturert EPJ	13
3.4.3 Multimedialt lager	13
3.4.4 Klinisk datavarehus	14
3.5 Forskning og innovasjon	15
3.6 Administrative prosesser	15
3.7 Regionale sentre og oppdrag	17
3.8 Dokumentere effekt av store IKT-satsninger	17
4. Rammefaktorer	18
4.1 Oversikt over investeringer i planperioden	18
4.2 Sykehuspartners leveranseevne	19
4.3 Tilgjengelighet av kompetanse og personalressurser i den samlede teknologifunksjonen ved Oslo universitetssykehus	19
5. Risikobildet	20

1. Innledning

De store forskjellene i helsesektoren de neste 10 årene vil dreie seg om hvordan og hvor fort helsesektoren evner å investere i og ta i bruk ny teknologi. Teknologien vil gjennomsyre alt vi gjør og arbeider med innen pasientbehandling, forskning og undervisning, og vil fremstå som et grunnleggende premiss med tanke på kvalitet og effektivitet i arbeidet med å oppfylle sykehusets mandat. Som eksempel vil vi kunne søke gjennom all tilgjengelig informasjon og bruke kunstig intelligens til å foreslå behandlingsplaner. Sensorer og nanoteknologi vil brukes til presis, nøyaktig leveranse av medisiner. Robotteknologien vil utvikles og helgenomsekvensering vil bidra til personifisert medisin der behandlingen tilpasses individets gener. I 2001 tok det 15 måneder og kostet 100 mill USD å analysere det humane genom. I dag kan hele genomet analyseres på 3 dager for 1000USD.

Flere forhold vil påvirke behovet for, og prioriteringene innen, teknologi og IKT ved Oslo universitetssykehus i de nærmeste årene. Føringer vil komme fra politiske beslutninger, eierstyring og strategier, samt endringer innen medisin og teknologi. I en utvikling der teknologiperspektivet er så sentralt for vår virksomhet, er det avgjørende at vi tar et selvstendig ansvar for hvordan organisasjonen skal utvikles med utgangspunkt i de muligheter teknologien gir. Dette stiller krav til oss om å videreutvikle vår kunnskap om feltet samt vår evne til å lede det. Virksomhetsarkitektur og teknologiledelse må stå sentralt i arbeidet med å utvikle fremtidens sykehus.

«Oslo universitetssykehus skal være en god samarbeidspartner og en engasjert samfunnsaktør».

I den grad egnede nye systemer kan etableres på regionalt og nasjonalt nivå, skal Oslo universitetssykehus understøtte dette. Der Oslo universitetssykehus har oppgaver som krever spesielle systemer, eller der vi er alene om å utføre oppgaven (regions- eller landsfunksjon), skal sykehuset ta høyde for dette og ha kompetanse på området.

Oslo universitetssykehus har vært gjennom en lang fusjonsprosess med betydelig endring og omstilling av virksomheten. Selv om denne fasen er ferdigstilt innenfor de fleste områdene, vil endringstakten ikke bli redusert ettersom det er planlagt betydelige investeringer i nye sykehusbygg i årene fremomver. I tillegg til å tilpasse virksomheten til mulighetene som ligger i den nye bygningsmassen vil driften måtte effektiviseres for å kunne finansiere investeringene som følger av nye sykehusbygg. Dette betyr at teknologien både må muliggjøre god bruk av ny bygningsmasse så vel som å understøtte effektivitets- og produktivitetsøkninger i virksomheten som helhet. Endringene som følger av å introdusere ny teknologi, defineres som effekter. Videre defineres positive effekter som gevinster, der det skilles mellom kvantitative (eksempelvis penger og tidsbruk) og kvalitative (eksempelvis pasientsikkerhet, kvalitet i pasientbehandlingen og bruker- og kundetilfredshet). Negative effekter vil typisk være kostnader og kvalitetsreduksjoner.

2. Status på sentrale områder

2.1 Infrastruktur

Oslo universitetssykehus og foretaksgruppen er avhengige av en hensiktsmessig lokal og regional IKT-infrastruktur (med dette menes servere, nettverk, klienter og bygningsmessige tilpasninger) for å kunne produsere helsetjenester sikkert og kostnadseffektivt. Helse Sør-Øst har hatt en tilnærming der helseregionen i hovedsak eier, drifter og forvalter regionens IKT-infrastruktur og IKT-tjenester gjennom den regionale fellesleverandøren Sykehuspartner HF. Sykehuspartners leveransekapasitet har satt klare rammer for hvilken utvikling det har vært mulig å realisere innenfor samtlige teknologiområder.

Etter å ha vurdert ulike alternativer, fant Helse Sør-Øst høsten 2016 det riktig å etablere et eksternt partnerskap med en ekstern leverandør innen modernisering og drift av IKT-infrastruktur-tjenester. Dette ville innebære kjøp av infrastruktur-tjenester der leverandøren vil ta ansvar for drift, kontinuerlig vedlikehold og modernisering av en samordnet og standardisert IKT-infrastruktur. Arbeidet med å modernisere infrastrukturen basert på et eksternt partnerskap var planlagt organisert som et prosjekt i Sykehuspartner (Imod). En grundig fremstilling av prosessen rundt dette fremkommer i vedlegg til Sykehuspartners styresak 055-2017. Av flere årsaker har Helse Sør-Øst i samarbeid med Sykehuspartner stilt aktiviteten Imod i bero.

Vedtaket om å stille aktiviteten «i bero» innebærer utsettelse av flere planlagte leveranser av kritisk infrastruktur til Oslo universitetssykehus. Det har derfor vært nødvendig å etablere egne innsatsgrupper på de mest kritiske områdene.

Det må etableres trådløst nettverk i Oslo universitetssykehus for å erstatte en utdatert løsning og dekke kritiske behov innen pasientbehandling, eksempelvis for å ta i bruk gjennomgående elektronisk kurve på sengepostene, tilbud til langtidsliggende barn, samt trådløs forbindelse med nytt og moderne medisinskteknisk utstyr. Dette arbeidet er nå igangsatt.

Videre er det kritisk for Oslo universitetssykehus å få oppgradert telefonsentralene i foretaket. Sentralbordene som Oslo universitetssykehus benytter i dag er dels foreldede og mangler både reserveløsninger ved feilsituasjoner, mulighet for samhandling og etablering av tjenester på tvers av sykehusene i foretaket. Leverandøren understøtter ikke lenger løsningene som benyttes, og reservedeler finnes ikke på markedet. Dette arbeidet er igangsatt.

I tillegg er det viktig at Oslo universitetssykehus etablerer løsninger for håndtering av multifunksjonsskrivere, og at det gjennomføres stabiliserings- og oppgraderingsaktiviteter innen IKT-støtte til forskere og medisinsk- og byggteknisk utstyr. På dette området er det fortsatt stor usikkerhet knyttet til hvilke leveranser Oslo universitetssykehus kan forvente.

Oslo universitetssykehus har et økende antall IKT-bestillinger til Sykehuspartner med til dels betydelig forsinket leveranse. I tillegg er vedlikehold av tjenester ikke på det nivået som er avtalt i tjenesteavtalen mellom Oslo universitetssykehus og Sykehuspartner. Den manglende kapasiteten hos Sykehuspartner medfører at det er utfordrende å få levert både vedlikehold og videreutvikling av eksisterende infrastruktur. Samtidig vil manglende kapasitet på infrastrukturområdene hos

Sykehuspartner påvirke evnen til å gjennomføre de funksjonelle prosjektene nevnt under. Dette forholdet er påpekt i flere brev til Sykehuspartner HF samt i møter og dialog med HSØ RHF.

For å ivareta krav og utvikle kravsett knyttet til sikker og stabil drift, samt nødvendig videreutvikling av teknologitjenestene, besitter Oslo universitetssykehus i dag god teknisk kompetanse. Dette gjør at Oslo universitetssykehus kan bistå Sykehuspartner med det ansvaret de har knyttet til teknisk drift og forvaltning. For å redusere dagens operasjonelle risiko er det også viktig med en løpende dialog rundt hva som er hensiktsmessige leveransemodeller sammen med HSØ RHF.

Sykehusets lokale fysiske IKT-infrastruktur som kabling, strøm og kjøling er av varierende kvalitet, alder, omfang og tilgjengelighet ved de mange ulike geografiske lokalisasjonene som inngår i Oslo universitetssykehus. Kommunikasjonsrom og kabling har flere steder en rekke mangler som setter begrensninger på mulighetene for utvidelse og som medfører ustabil drift på gammelt utstyr på grunn av plass- og kjøleproblemer.

Det pågår arbeid for å utbedre situasjonen, mens det fortsatt er store mangler ved mange lokalisasjoner. Dette legger også begrensninger på hvor og hvilke nye eller oppgraderte IKT-løsninger som kan implementeres på de ulike stedene.

2.2 Radiologiområdet

I 2013 ble det inngått avtale mellom Helse Sør-Øst RHF og Carestream Health Norway AS om anskaffelse av regional løsning på radiologiområdet. Det har imidlertid vist seg at leverandøren har betydelige problemer med sin leveranse til Sykehuset Innlandet HF. Arbeidet med å etablere en regional løsning for radiologiområdet er dermed vesentlig forsinket. Konsekvensen av dette er at Carestream Health Norway AS ikke har vært i stand til å levere en løsning til Oslo universitetssykehus.

Den nåværende situasjonen utgjør en pasientsikkerhetsrisiko og er et hinder for effektiv arbeidsflyt. Dette berører bildediagnostiske utredninger ved alle fagseksjoner i Klinikk for radiologi og nukleærmedisin og dermed for alle kliniske avdelinger i Oslo universitetssykehus.

Det er fra HSØ RHF besluttet å gjennomføre en utredning av videre planer for radiologiprojektet med leveransefrist innen 1. desember 2017. Utredningen skal blant annet identifisere alternative gjennomføringsplaner og et mål bilde som gir muligheter for etablering av lokale RIS/PACS-løsninger med ny radiologiavtale for foretak som ikke ønsker å bruke den regionale avtalen. Oslo universitetssykehus deltar i dette utredningsarbeidet.

Helse Sør Øst RHF besluttet i sitt styremøte 28.4-2018 (sak 0402018) å avbestille videre utrulling av Carstreamløsningen. I saken fremkommer det at administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF vil utforme et mandat hvor Oslo universitetssykehus HF gis i oppdrag å forestå en ny anbudsprosess for radiologiløsninger i regionen.

2.3 Laboratorieområdet

Oslo universitetssykehus har i dag flere ulike laboratedatasystemer (LIMS) som man ønsker å konsolidere for å oppnå effektiv arbeidsflyt og kostnadseffektiv drift. Dette ble spesielt viktig etter funksjonen og opprettelsen av Oslo universitetssykehus. Dette arbeidet har vært utsatt i påvente av det regionale laboratorieprosjektet. Det har imidlertid vist seg svært vanskelig å få på plass en felles

løsning i regional regi. Det er foreløpig kun gjort styrevedtak i HSØ om fornying og konsolidering av patologiområdet på regionalt system.

Oslo universitetssykehus deltar i dette regionale prosjektet, nå for utvikling og ibruktakelse av patologimodulen i Labvantage Medical Suite, LVMS. Oslo universitetssykehus vil fortløpende vurdere om driftssituasjonen med eksisterende øvrige LIMS er tilfredsstillende med tanke på pasientsikkerhet, sikker og stabil drift. Oppgraderinger og eventuellkonsolidering av lokale systemer vil være mulige og nødvendige strakstiltak dersom situasjonen krever dette. Iverksettelse av tiltak vil skje i dialog med Helse Sør-Øst RHF.

2.4 Stråleterapiområdet

I dag er Oncentra hovedsystemet for doseplanlegging knyttet til stråleterapi ved Oslo universitetssykehus. Leverandøren av Oncentra har varslet om at siste versjon av løsningen er frigitt, og all videre utvikling opphører. På bakgrunn av dette ble det gjennomført en foranalyse ved Oslo universitetssykehus for å avklare hvilke konsekvenser dette har for videre utvikling av området stråleterapi.

Hovedkonklusjonene i foranalysen var at Oncentra External Beam:

- Mangler nødvendig kapasitet for avansert doseplanlegging.
- Mangler nødvendig kapasitet for bildeprosessering og bildeanalyse.
- Understøtter ikke adaptiv stråleterapi.

I dag er det Oslo universitetssykehus, Sykehuset Innlandet og Sørlandet Sykehus som tilbyr stråleterapi i Helse Sør-Øst, men det er en regional målsetning om å etablere stråleterapi i de andre sykehusområdene. Et system for doseplanlegging er derfor hensiktsmessig å håndtere på et regionalt nivå.

Oslo universitetssykehus er i brev fra Helse Sør-Øst RHF bedt om å ta ansvar for en anskaffelse og implementering av et doseplansystem og at dette vurderes gjennomført i dialog med Sykehuset Sørlandet HF. Arbeidet er påstartet.

2.5 Strukturert journal, DIPS Arena

Områdeplan for IKT ved Oslo universitetssykehus har som målsetning at helseforetaket skal ha innført strukturert journal (en journal med mindre fritekst og større grad av predefinert arbeidsflyt, kalt DIPS Arena) tidlig i 2020-årene. For å nå denne målsetningen, kreves det et omfattende arbeid på klinisk side for å standardisere kliniske begreper (arketyper), en aktiv og kompetent styring av leverandøren DIPS ASA og en klar plan som må påbegynnes nå. Oslo universitetssykehus har investert mye tid og ressurser i DIPS, i den hensikt å bidra til å utvikle en fremtidsrettet løsning. Programstyret i det regionale programmet for kliniske løsninger (RKL) har prioritert å videreutvikle DIPS Arena. Oslo universitetssykehus ønsker at Helse Sør-Øst RHF skal følge opp dette vedtaket.

For at DIPS Arena skal bli et godt verktøy for klinikere, legges det også opp til at Oslo universitetssykehus tar et ansvar for hvordan løsningen utvikles, etablerer arketypeutvikling på viktige kliniske områder og innfører løsningene etter hvert som de blir tilgjengelige med tilfredsstillende kvalitet. Dette gjøres blant annet gjennom lokale initiativer opp mot Kreftklinikken

som elektronisk rapportering til Kreftregisteret og bedre oversikt over kreftforløp. Arbeidet skjer i samråd med RKL.

2.6 Digitale innbyggertjenester

Oslo universitetssykehus har lang erfaring med pasienttjenester og har vært ledende innen bruk, forskning og innovasjon innen området. Pasientene ved Oslo universitetssykehus har i dag muligheten til å benytte elektroniske tjenester i kommunikasjon med sykehuset. Brukerutvalget og pasientorganisasjoner har tatt, og fortsetter å komme med, initiativ til nye tjenester. I tillegg ser våre klinikere nytten av digitale innbyggertjenester, og det jobbes med områder som gir en verdi både for pasienter og klinikere.

Sykehusets satsning på dette området har resultert i MinJournal, som i dag leverer en rekke tjenester til foretakets pasienter, som sikker kommunikasjon, innsyn i egen journal, dialog knyttet til timer og diverse skjema for kvalitetssikring og oppfølging av behandlingen (PreOp skjema, forberedelsesskjema, Brukerundersøkelse, Blodspor, bestille Klamydia hjemmetest etc.). Løsningen benyttes også av de andre sykehusene i regionen. Alle helseforetakene i Helse Sør-Øst, samt Diakonhjemmets sykehus og Lovisenberg diakonale sykehus, benytter timehåndteringstjenesten i MinJournal. Helse Bergen og Oslo universitetssykehus benytter tjenesten for å bestille Klamydia hjemmetest. Sykehuset Østfold benytter tjenesten for innsyn i journal. Enkelte avdelinger på flere foretak benytter også sikker melding.

Det er besluttet i Helse Sør-Øst at Helsenorge.no skal være plattformen for pasienttjenester i fremtiden. Oslo universitetssykehus stiller seg bak denne beslutningen, men ser samtidig at det er lenge til Helsenorge.no kan levere tilsvarende tjenester på samme nivå som MinJournal leverer i dag.

2.7 Forskning og innovasjon

Oslo universitetssykehus har en omfattende aktivitet innen forskning og innovasjon, men forskningen har ikke tilstrekkelig IKT-støtte. Forskernett, som ble etablert i 2006 som en løsning for Rikshospitalets og Radiumhospitalets forskere, har ikke blitt oppgradert i tråd med beste praksis i påvente av en ny regional løsning. Forskernettløsningen er heller ikke breddet til resten av Oslo universitetssykehus, og IKT-verktøy for forskning ved Ullevål og Aker er også mangelfullt. Ved Ullevål har situasjonen i en årrekke blitt håndtert ved at man har gitt utvidede tilganger til UiO-nett for mange sykehusansatte forskere, men dette er nå strammet betydelig inn fra Universitetets side.

Oslo universitetssykehus målsetting var at etablering av et nytt forskernett burde ses i sammenheng med Infrastrukturmoderniseringsprogrammet (IMod). Når dette programmet nå er stilt i bero, påvirker dette fremdriften i arbeidet med å etablere nye tjenester for forskningen. Konsekvensene av dette er at forskerne opplever ustabile tjenester som i dag leveres på en gammel og lite funksjonell plattform. I tillegg er løsningene for datalagring som tilbys ikke tilfredsstillende i henhold til sikkerhetskrav. Det er også behov for standardisering av løsninger for registerverktøy. Sykehusnettet vil dekke behovet for mange kliniske forskere, men det vil i tillegg være behov for å benytte UiOs TSD-løsning (tjenester for sensitive data) for å kunne håndtere personsensitive data for mange prosjekter. UiOs IKT-verktøy for forskere er bedre og mer fleksible i bruk (også ut over lagringstjenester), og det vil startes en dialog med UiO om tilgang for et økt antall sykehusansatte forskere til UiOs nett.

Det er likevel en forutsetning, for å kunne levere de tjenester som er nødvendig for å understøtte forskning i sykehuset, at arbeidet med å fornye infrastrukturen og grunnleggende infrastruktur tjenester kommer i gang raskt. Tiltak som kan iverksettes umiddelbart innenfor gjeldende strukturer - blant annet å tilby forskere å bruke standard plattform i sykehuset - er iverksatt.

2.8 Prehospitale tjenester

Oslo universitetssykehus gjennomførte en foranalyse i 2015 for å avklare umiddelbare IKT-tiltak for akuttmedisinsk kommunikasjonsentral uavhengig av det nasjonale prosjektet på samme område. Foranalysens anbefaling var å anskaffe et system for flåtestyring med prediksjonsverktøy, samt en elektronisk utgave av medisinsk indeks. Det ble likevel anbefalt å vente med å erstatte dagens logistikkverktøy, AMIS, til det nasjonale prosjektet hadde ferdigstilt anskaffelsen. I april 2017 avsluttet det nasjonale prosjektet sitt arbeid uten at det er inngått kontrakt med noen leverandør. IKT-systemene i akuttmedisinsk kommunikasjonsentral Oslo har til dels høy risikoprofil, blant annet fordi systemene er gamle og at integrasjonene mellom disse ikke er tilfredsstillende. Flere av systemene er tett koplet og gjensidig avhengige av hverandre, derfor er det alvorlig at integrasjonene mellom systemene ikke virker tilfredsstillende.

Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral Oslo må ha et IKT-system som tilfredsstillende det volumet og behovet som eksisterer i dag og frem i tid. Det er derfor igangsatt et arbeid i forhold til AMIS slik at systemet har en tilstrekkelig driftsstabilitet og understøtter de behov vår virksomhet har til et slikt system.

Det er også viktig for Oslo universitetssykehus at det nasjonale og regionale arbeidet med å etablere systemstøtte for det prehospitale området raskt kommer i gang. Det ligger betydelige gevinster i å få løsninger rundt flåtestyring og prehospital journal på plass. I dag er situasjonen slik at det nasjonale programmet for IKT-støtte til prehospitale tjenester, som ble ledet av Nasjonal IKT HF, er stanset.

2.9 Økonomi, innkjøp og logistikk

I 2013 inngikk Helse Sør-Øst avtale med Accenture om leveranse av en ERP-løsning, («Enterprise Resource Planning», i praksis en økonomi-, innkjøp- og logistikk-løsning) basert på programvare fra Oracle og Basware.

Høsten 2015 ble det gjennomført en funksjonell gap-analyse for å avdekke i hvilken grad den regionale løsningen, som det altså er forutsatt at Oslo universitetssykehus skal over på, dekker Oslo universitetssykehus' behov for systemstøtte på de berørte områdene. Analysen viste et vesentlig omfang av funksjonelle gap. En konsekvensanalyse gjennomført i 2016 viste at det å ta i bruk regional løsning ved Oslo universitetssykehus kan gjøre det vanskelig å opprettholde driften i helseforetaket dersom gapene ikke lukkes. Arbeidet med å lukke de funksjonelle gapene startet sommeren 2017.

I tillegg til de funksjonelle manglene, er det også avdekket at den regionale løsningen er installert på en teknisk plattform som ikke tilfredsstillende Oslo universitetssykehus' krav til sikkerhet. Det er ennå ikke avklart hvor mye den regionale ERP-løsningen må endres for at minimumsbehovene til Oslo universitetssykehus skal løses, hvor lang tid som vil gå med til gjennomføring av endringene, eller hva endringene vil koste. I løpet av forbedringsprosessen har imidlertid følgende fakta blitt avklart:

- Løsningen må i sin helhet flyttes til en plattform med et tilfredsstillende sikkerhetsnivå. Denne plattformen er ment å være den nye regionale plattformen som skal leveres som en del av infrastrukturprosjektet som inntil videre er stilt i bero. Når den nødvendige plattformmigreringen for regional ERP-løsning kan være ferdigstilt er dermed uavklart, men migreringen vil neppe finne sted før i neste tiår.
- Den regionale ERP-løsningen har vært brukt til oppbevaring av sensitive personopplysninger i forbindelse med fakturering av pasienter, noe som ikke er lovlig. Korrektive tiltak må dermed iverksettes, men den overordnede løsningsskissen som er presentert av prosjektet vil ikke ivareta behovene ved OUS. Det er dermed uavklart om OUS kan bruke løsningen på en lovlig måte.
- Det er i dag store utfordringer med løsningens stabilitet og ytelse, noe som må løses før OUS kan ta i bruk løsningen som største foretak i foretaksgruppen. Bakenforliggende årsaker til problemene er ikke fullt ut avklart.
- I gapanalysen gjennomført i 2015 ble det avdekket vesentlige gap mellom OUS' behov og systemstøtten i regional ERP-løsning. Arbeidet med å lukke gapene ble påstartet i 2017, og krever endringer i både regional ERP-løsning og relaterte tjenester. For de mest omfattende områdene er det ikke avklart hvilke endringer som må gjennomføres samt hva som er konsekvensene av disse endringene. På grunn av nye oppgaver pålagt OUS (eksempelvis innfusjonering av Rettsmedisinsk fagområde og etablering av nytt regionalt forsyningscenter) har det imidlertid blitt introdusert nye gap siden forrige gapanalyse. Med tanke på hvor mange år det vil være til OUS kan ta i bruk løsningen vil det måtte gjennomføres en ny gap analyse før OUS trer inn i regional løsning.

Oslo universitetssykehus benytter i dag samme programvare som det regionale programmet, Oracle og Basware. Dagens OUS-løsning dekker nå sykehusets behov på områdene økonomi, innkjøp og logistikk.

2.10 Dokument- og sakarkiv

I 2016 startet prosjektet for å innføre regional sakarkivløsning basert på programvare fra leverandøren Tieto, og løsningen ble innført høsten 2017. Innføring av regional sakarkivløsning gjør en revitalisering av arkivprosessene i Oslo universitetssykehus mulig, og gir brukerne bedre systemstøtte enn i dag. Oslo universitetssykehus er det siste sykehuset i foretaksgruppen som har tatt i bruk sakarkivløsningen Public 360.

2.11 Klinisk datavarehus

I tråd med prioriteringene i de to foregående områdeplanene, er det nå etablert et klinisk datavarehus som gjør det mulig å sammenstille og analysere data fra elektronisk pasientjournal, kurve, laboratorier, røntgen og patologi. Planen er i løpet av 2018 å komplettere disse data med data fra det nye systemet for medikamentell kreftbehandling, operasjoner og pakkeforløp. Klinisk datavarehus vil gi nye muligheter for måling og analyse av arbeidsprosesser, pasientforløp og kvalitet i diagnostikk og behandling. Det er dialog med Helse Sør-Øst om hvorvidt det er formålstjenlig å etablere denne løsningen som en løsning for hele foretaksgruppen.

Med strukturert journal (DIPS Arena) og et velutviklet klinisk datavarehus på plass, kan kvalitetssikring av behandling gjennomføres i klinisk datavarehus. Dermed vil et stort antall lokale kvalitetsregistre kunne avvikles som frittstående løsninger. Kvalitetsregistre som har behov for ytterligere data eller funksjonalitet kan få overført data fra klinisk datavarehus.

2.12 Gevinstuttak

Høsten 2017 ble prosjektet «Effekt av store IKT-satsninger» etablert under program «Forbedring av driften i Oslo universitetssykehus HF 2017-2020», omtalt i styresak 46/2016.

Prosjektet arbeider med en foranalyse for å kartlegge hvilke arbeidsprosesser som benyttes i dag, identifiserer tidstyver og vurderer hvorvidt Oslo universitetssykehus har en god elektronisk arbeidsflyt gjennom hele pasientforløpet. Tidstyver i denne sammenhengen er oppgaver som er uforholdsmessig arbeids- og tidskrevende sammenlignet med definerte målsetninger ved Oslo universitetssykehus. Det kan være dobbeltarbeid og dobbeltregistreringer, uhensiktsmessige rutiner, arbeidsflyt mellom yrkesgrupper, feilrettinger og kontroll etc.

Prosjektet skal i første omgang levere en rapport som viser til de største utfordringsområdene samt forslag til generiske tiltak for Oslo universitetssykehus.

2.13 Risiko og sårbarhet

I arbeidet med å drifte, vedlikeholde og utvikle IKT-tjenester er gode avveininger mellom ulike risikoelementer essensielt for at det etableres hensiktsmessige og trygge tjenester.

De siste 12 til 18 månedene har det funnet sted flere IKT-sikkerhetshendelser der også helseinstitusjoner har blitt rammet. Hendelsene omfatter både infeksjoner av krypterings- og destruksjonsvirus (for eksempel mot sykehusene i England) og målrettede angrep med kompromitteringer av pasientdata som konsekvens.

For å gi ledelsen en oversikt over cybertrusselbildet som Oslo universitetssykehus står overfor utarbeider IKT-avdelingen årlig en trusselvurdering for dette området. Vurderingen viser at situasjonen gradvis blir mer alvorlig.

Basert på trusselvurderingen anser IKT-avdelingen at Oslo universitetssykehus i rapportperioden fortsatt vil bli utsatt for eksterne angrep som har til hensikt å kompromittere sensitive personopplysninger. Det vil fremdeles kunne forekomme interne angrep med hensikt å etablere tilgang til sensitive personopplysninger som kan utnyttes til eget formål eller kan videregives til tredjeparter. Helseforetakets ledere og ansatte vil trolig fortsatt bli utsatt for angreps- og svindelforsøk som har til hensikt å oppnå eller gjennomføre transaksjoner for økonomisk vinning. Vurderingen gir også et tydelig bilde av et økt trusselnivå ved bruk av tredjepartsleverandører.

Oslo universitetssykehus har siden 2013 utarbeidet dokumentene «Verdi- og hendelsesvurdering av IKT og data ved Oslo universitetssykehus» og «Krav til IKT tjenester ved Oslo universitetssykehus». Disse dokumentene oppdateres jevnlig og danner grunnlag for de krav og føringer Oslo universitetssykehus setter til Sykehuspartner i forbindelse med IKT-løsninger ved Oslo universitetssykehus. I tillegg gis det jevnlig informasjon til medarbeidere i forbindelse med endringer i trusselbildet.

På teknisk side er arbeidet med å redusere mulige angrepsflater og øke mulighetene for detektering av sikkerhetshendelser en grunnleggende designfaktor i ny infrastruktur. Oslo universitetssykehus har finansiert og implementert nye overvåkningsløsninger som nå også blir tatt i bruk regionalt.

Oslo universitetssykehus har et tett og godt samarbeid med Sykehuspartner sikkerhet for kontinuerlig å utbedre deteksjons- og håndteringsmekanismer, samt håndtering av hendelsene som avdekkes.

3. Målbilde og sentrale tiltak for planperioden 2018 – 2022

Målbildet for informasjons- og kommunikasjonsteknologiområdet i Oslo universitetssykehus frem mot 2022 realiseres både gjennom regionale og lokale prosjekter.

Det er avgjørende at de delene av porteføljen som realiseres gjennom regionalt eide prosjekter, skjer i tett dialog med de som besitter den nødvendige kunnskap og kompetanse rundt kjernevirksomheten i sykehuset. Dette sikrer at man ikke bare gjør ting riktig, men at man i tillegg gjør de riktige tingene. Behovene i sykehusene må veie tyngst også i regionalt eide prosjekter.

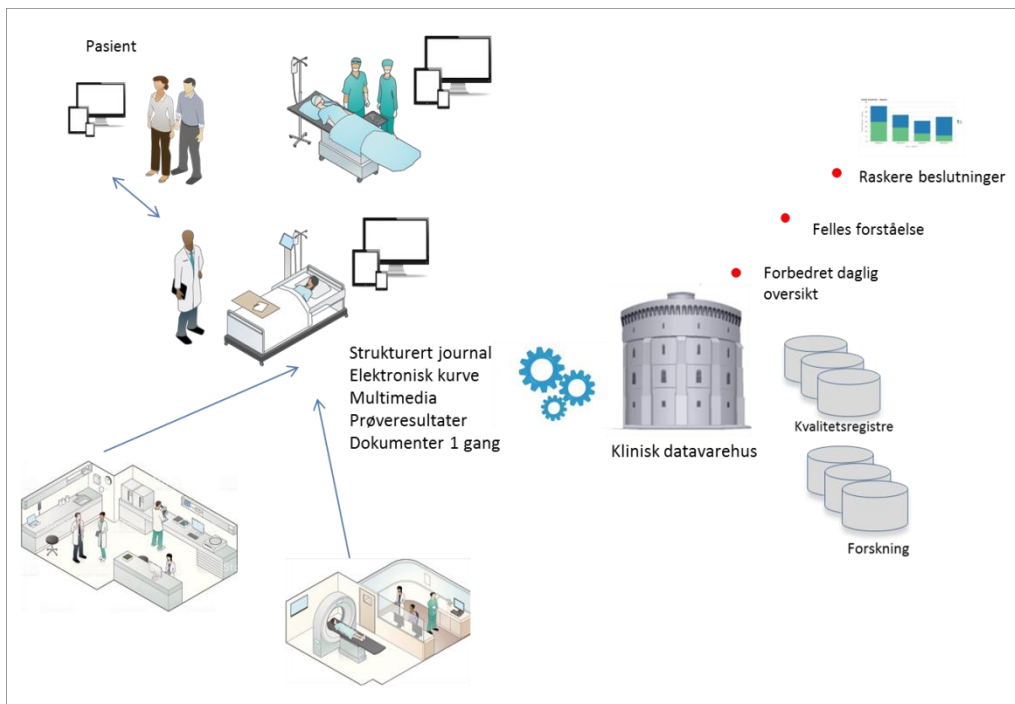
«Oslo universitetssykehus skal være et fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende»

3.1 Overordnet målbilde

I 2022 vil elektronisk journal være standardisert, strukturert og har erstattet en rekke spesialistsystemer. Grensesnittet mellom elektronisk journal og elektronisk kurve er sømløst og rapportering til nasjonale kvalitetsregistre foregår elektronisk slik at klinikerne kun dokumenterer en gang. Oslo universitetssykehus har felles RIS/PACS og felles laboratoriedatasystem i hele foretaket. Data fra de kliniske systemene hentes inn i klinisk datavarehus slik at oversikt og analyse for kvalitetssikring og forskning forenkles. Infrastrukturen er moderne og understøtter nye medisinske prosedyrer samt forskning og innovasjon på en helt ny måte. Pasientene deltar som likeverdige samarbeidspartnere med tilgang til dokumentasjon, selvbetjeningsverktøy og kommunikasjon.

Digitale pasientforløp er innført for flere pasientgrupper, og bidrar til økt kapasitet i poliklinikker. Det er etablert et system for Prehospitale tjenester, med sammenhengende journal, beslutningsstøtte og flåtestyring av ambulanser og helikoptre. De administrative systemene understøtter virksomhetens administrative prosesser med høy grad av effektivitet. Styringsverktøy er videreutviklet, og lederne kan fatte løpende operative og strategiske beslutninger på bakgrunn av akkumulert informasjon fra kliniske og administrative produksjonssystemer.

Frem mot 2022 skal sykehuset ha gjennomført prosjekter for utvikling og etablering av løsninger for klinisk beslutningsstøtte basert på stordata.



Figur 1: Arbeidsprosessene er preget av standardisering og bruk av beste praksis

Det er en målsetning at arbeidsprosessene i regionen optimaliseres og standardiseres, med basis i beste praksis. Oslo universitetssykehus vil bidra til å utvikle og tilslutte oss de standardene som etableres både regionalt og nasjonalt. Fremfor å ta i bruk enda et nytt system, vil vi prioritere gjenbruk og videreutvikling av eksisterende løsninger. Bruk av felles løsninger i muliggjør etablering av felles praksis i form av prosedyrer og arbeidsprosesser. Økt digitaliseringsnivå bidrar også til at data om arbeidsprosessene forefinnes i produksjonssystemene, noe som gjør det mulig å analysere hvordan arbeidsprosessene fungerer over tid med utgangspunkt i reelle data fra produksjonen.

3.2 Pasienttjenester bidrar til at pasientene involveres i egen behandling

I 2022 deltar pasientene i egen behandling på en helt annen måte enn i dag. De har innsyn i egen journal, deltar i behandlingsvalg, gjennomfører behandling hjemmefra, setter dagsorden for oppfølgingen, gir tilbakemeldinger, kommuniserer og oppdaterer egne data via elektroniske hjelpemidler. De utfører selvbetjeningsoppgaver og deltar aktivt i e-konsultasjoner, både som forberedelse til, under behandling og i oppfølgingen etter behandling. Blodgivere registrerer selv avtale for blodgivning via WEB booking og blodgiverinformasjon på elektroniske spørreskjemaer før konsultasjon og blodgivning.

I defaserapporten for fremtidens OUS har en målsetning om at nye bygg skal tilrettelegge for fremtidsrettede behandlingsformer, som økt dagbehandling/poliklinikk og utnyttelse av ny teknologi for å få en mer effektiv logistikk og pasientflyt. Rapporten har en målsetning om at i 2030 vil antall polikliniske besøk være redusert med 25 % og antall innleggelser med 15 %. Arbeidet for å tilrettelegge dette må startes nå. Oslo universitetssykehus har kompetanse og systemer for å være det ledende miljøet i Norge når det gjelder å pilotere nye pasienttjenester gjennom et samarbeid mellom Senter for pasientmedvirkning og samhandlingsforskning, Stab kommunikasjon og IKT-avdelingen. Dette vil være et supplement til nasjonale tjenester som vil tilbys gjennom den nasjonale plattformen, helsenorge.no.

Helsenorge.no er laget for å bidra til å gjøre den enkelte pasient, pårørende og innbyggers møte med helsetjenesten enklere, og hjelpe dem med å oppnå økt mestring, en styrket pasientrolle og en bedret helse. Helsenorge.no er etablert som den nasjonale pasientportalen, og ambisjonene er store. Oslo universitetssykehus vil sammen med Helse Sør-Øst RHF fortsette dialogen med Direktoratet for E-helse for å sikre at arbeidet med pasientrettede tjenester i Oslo universitetssykehus kan vedlikeholdes og videreutvikles.

«Oslo universitetssykehus skal ta utgangspunkt i pasientenes perspektiv»

Tiltak

Det regionale prosjektet for digitale innbyggertjenester estimerer at det vil ta fra 4 til 8 år før helsenorge.no kan tilby samme funksjonalitet som MinJournal.no. Oslo universitetssykehus mener derfor det er viktig at MinJournal utvikles, driftes og forvaltes på en god måte, inntil de enkelte tjenestene kan overføres til den nasjonale løsningen.

For å utvikle helsetjenesten videre er det viktig å teste ut digitale forløp, e-konsultasjoner, samvalg (støtte til å ta egne valg ut fra mulige alternativer), pasientens forberedelse før innleggelse og oppfølging i etterkant, samt deltagelse i forskning med mulighet for elektronisk samtykkehåndtering. Dette er områder som krever innovasjon, utvikling og pilotering, gjerne med tilhørende forskning og som kan gjennomføres nå i MinJournal. Innovasjoner som egner seg for nasjonal bredding kan deretter overføres til helsenorge.no.

Nye pasienttjenester kan etableres og utprøves i MinJournal før egnede tjenester løftes nasjonalt. Alternativt vil en rekke innovasjonsprosjekter utvikle egne løsninger. Av den grunn må Helse Sør-Øst RHF tilbakeføre ansvaret for MinJournal til Oslo universitetssykehus.

Et tett samarbeid mellom Senter for pasientmedvirkning og samhandlingsforskning, Stab kommunikasjon og IKT-avdelingen kan gi pasienter og klinikere ved Oslo universitetssykehus et løft. Noen av områdene som tenkes gjennomført i 2018 er å ferdigstille «Levende samtykke», elektroniske søknader for Behandlingsreiser, bredding av pre operative skjema, innføring av elektroniske forløp/e-konsultasjon, understøtte samvalg og smitteoppfølging per sms.

3.4 Pasientbehandling er kvalitetsmessig bedre og mer effektiv ved bruk av teknologi

3.4.1 Gjennomgående kurve

I 2022 har Oslo universitetssykehus en gjennomgående kurve i alle pasientbehandlingende avdelinger. Elektronisk kurve henter data fra medisinsk teknisk utstyr, genererer en elektronisk kurve og gir mulighet for elektronisk forordning og dokumentasjon av legemidler som er gitt. I 2022 vil all legemiddelhåndtering foregå her. Legene får ferdige doseringsforslag og varsles ved medikamentallergier, eller uheldige medikamentkombinasjoner. OUS bruker lukket medikamentsløyfe, der nøkkelinformasjon skannes og overføres elektronisk til kurveløsningen. Riktig bruk av legemidler vil bidra til færre uønskede hendelser og pasientskader. I tillegg vil forbedret klinisk praksis og behandlingsoppfølging og forbedret legemiddelsikkerhet kunne føre til reduksjon i antall liggedøgn per planlagt.

Tiltak

Prosjektet Regional kurve og medikasjon er i ferd med å bredde kurveløsningen i hele foretaket som skal ferdigstilles i 2018. For å kunne ferdigstille bredding og få med lukket legemiddelsløyfe, er det nødvendig å bredde teknisk infrastruktur for trådløse nett i foretaket. Ettersom regional innføring er forsinket, gjennomfører OUS lokal innføring.

«Sykehuset er en pådriver i utvikling av gode regionale IKT-systemer»

3.4.2 Strukturert EPJ

I 2022 vil strukturert EPJ basert på DIPS Arena være innført, og tett integrert med kurvesystemet. Registreringsarbeidet er mer automatisert, det er mindre behov for dobbeltregistreringer og systemet kan gi beslutningsstøtte til klinikerne. Datakvaliteten øker, og Oslo universitetssykehus kan håndtere data både til primær- og sekundærbruk. IKT-løsningene støtter opp under enhetlig pasientbehandling basert på pakkeforløp og nasjonale retningslinjer. Utveksling av data til samarbeidende helseinstitusjoner og pasienter forenkles, fordi innholdet er mer standardisert. Dette bidrar til mer effektive pasientforløp. Tett samarbeid med DIPS ASA har gitt bedre støtte til det pasientadministrative arbeidet, som, sammen med gode arbeidsrutiner, har ført til færre forsinkelser i pasientforløpet. OUS oppfyller dermed eierpålagte målsettingene knyttet til håndtering av pasientlogistikken.

Tiltak

For at DIPS Arena skal bli et godt verktøy for klinikerne, må OUS delta med full tyngde i utvikling av løsningen, vi må bidra til å utvikle arketyper på viktige kliniske områder og innføre disse etter hvert som de blir tilgjengelig med tilfredsstillende kvalitet. Det er viktig å erstatte hele arbeidsprosesser med ny Arena funksjonalitet slik at klinikerne i minst mulig grad blir avhengig av å bruke både DIPS Arena og DIPS Classic. OUS vil arbeide sammen med nasjonale kvalitetsregistre og klinikere knyttet til de samme diagnoser for å etablere relevante arketyper. På denne måten kan dokumentasjon av behandlingen overføres til nasjonale kvalitetsregistre uten dobbeltregistrering.

3.4.3 Multimedialt lager

Et felles multimedialt lager med stor kapasitet er innført, slik at det er enkelt å legge til bilder i journal, finne frem multimedialt innhold av alle typer, redigere og merke innhold samt håndtere veksten i datamengdene. God billedkvalitet som tillater sammenligning med tidligere undersøkelser bidrar til økt kvalitet i pasientbehandlingen og, i akutte tilfeller, til raskere oppstart av riktig behandling. Samtidig vil sikkerheten øke. Et slikt lager reduserer behovet for spesialistsystemer.

Tiltak

Et regionalt multimediasystem er under anskaffelse i Helse Sør-Øst. OUS deltar med kompetanse i prosjektet for å sikre at riktig leverandør blir valgt og at OUS blir pilot for systemet i 2018, fortrinnsvis med EKG som pilotsystem.

3.4.4 Klinisk datavarehus

I løpet av perioden vil klinisk datavarehus ha samlet strukturerte, kliniske data fra en rekke elektroniske behandlingssystemer. Når alle disse dataene er samlet, gir det store muligheter for å kvalitetssikre, optimalisere og analysere behandlingen på tvers av mange pasienter. Kliniske datavarehus gir også mulighet for å overvåke infeksjonsindikatorer kontinuerlig, og på den måten oppdage sykehusinfeksjoner på et tidligere stadium. Klinisk datavarehus vil levere data til lokale og nasjonale kvalitetsregistre, og til dels erstatte slike kvalitetsregistre. Forskerne vil kunne effektivisere datainnsamling og slippe manuelle søk i mange ulike systemer og på den måten kan de bruke tiden på å finne ny kunnskap om sykdom og behandling.

Tiltak

IKT-avdelingen vil videreføre arbeidet med å legge til nye kilder, optimalisere klinisk datavarehus for raske søk og etablere bedre tilgang til data ved å etablere dashboards, rapporter, søkemuligheter og uttrekk av data til andre kilder. Arbeidet med strukturert journal, klinisk datavarehus, rapportering til nasjonale kvalitetsregistre og gevinstrealisering henger tett sammen.

«Sykehuset utnytter kvalitetsregistre og indikatorer i forbedring av tjenester»

3.4.5 Medisinske kvalitetsregistre

Medisinske kvalitetsregistre er viktige verktøy for oppfølging av kvalitetsmål og kvalitetsindikatorer. Helse og omsorgsdepartementet har en strategi på området nasjonale kvalitetsregistre som går frem til 2020. Oslo universitetssykehus har ansvaret for 19 nasjonale kvalitetsregistre og har fått et regionalt oppdrag for å drive Servicemiljø for nasjonale kvalitetsregistre i Helse Sør-Øst. Oslo universitetssykehus har plikt til å registrere i de fleste av dagens 54 nasjonale kvalitetsregistre. Ved innføring av strukturert journal og klinisk datavarehus vil innregistrering til nasjonale kvalitetsregistre kunne gjennomføres elektronisk og uten dobbeltarbeid. I tillegg vil mange lokale kvalitetsregistre kunne avvikles da muligheten for kvalitetssikring og forskning kan gjennomføres basert på data i klinisk datavarehus. Både klinisk datavarehus og kvalitetsregistre vil føre til økt fokus på kvalitet, både i innregistrering og bruk av data. Dette vil gi ledelsen gode verktøy for å igangsette kvalitetsforbedringsinitiativ der det er nødvendig.

Tiltak

Tilrettelegge for gode kvalitetsindikatorer, kvalitetsarbeid i klinikk, publiseringsløsninger, registre og rapportering i tråd med nasjonal og regional handlingsplan. En av målsetningene knyttet til kvalitetsregistre er å knytte utviklingen av disse tettere opp mot journalssystemene, i første omgang sørge for at klinikerne slipper dobbeltregistrering. Dette krever strukturert journal samt omstrukturering av kvalitetsregistrene.

3.4.6 Europeisk samarbeid (European Reference Networks – ERN)

EU direktivet om anvendelse av pasientrettigheter i grensekryssende helsetjenester (pasientrettighetsdirektivet) trådte i kraft april 2011. European Reference Networks er etablert i Europa for å bistå i diagnostisering og behandling for sjeldne diagnoser. Helse Sør-Øst RHF er ansvarlig for en rekke av disse diagnosene og deltar aktivt i disse nettverkene gjennom sine

helseforetak, spesielt Oslo universitetssykehus. EU har nylig lansert en IKT plattform for virtuelle konsultasjoner.

Tiltak

Oslo universitetssykehus vil være en pådriver for å få etablert gode, sikre løsninger for å delta i dette samarbeidet elektronisk.

3.5 Forskning og innovasjon

Oslo universitetssykehus har en infrastruktur som understøtter forskning gjennom tilgang til kliniske data (klinisk datavarehus), standardiserte registerløsninger (eReg og MedInsight), dokumentasjon og gjenfinning av biologisk materiale (biobank) og understøttelse av samtykkehåndtering. Viktige verktøy er elektronisk samtykkeløsning, lagring og håndtering av store datamengder, utprøving av ny teknologi i medisinsk bruk, samt strukturert, fleksibel og sikker deling av elektroniske ressurser mellom forskere og forskningsgrupper internt og eksternt.

«OUS driver fremragende forskning og pasientbehandling som gjensidig styrker hverandre. Forskning, innovasjon og utdanning er en integrert del av virksomheten»

Helse Sør-Øst har etablert et eget program med fokus på IKT for forskning. Oslo universitetssykehus vil spille inn forslag til prosjekter som vil understøtte den omfattende forskningsvirksomheten.

Ny teknologi gir muligheter for innovasjon og endret praksis, eksempler på dette vil kunne være bruk av sensorer, utvidet bruk av hjemmediagnostikk og behandling, utvidet samarbeid mellom forskjellige nivå både innenfor spesialisthelsetjenesten, men også med sykehjem, hjemmesykepleie og fastlegene.

Tiltak

Oslo universitetssykehus HF deltar tungt i det regionale programmet for IKT for forskning (RIF) og etablerer teknologi for å understøtte forskning og innovasjon, gjenbruk av data og forenkling av administrative prosesser rundt forskning. Oslo universitetssykehus vil ferdigstille Levende samtykke i MinJournal som understøtter bruk av brede samtykker til forskning, tilrettelegge for enklere tilgang til kliniske data gjennom bruk av klinisk datavarehus og modernisere maskinparken for forskerne.

3.6 Administrative prosesser

Oslo universitetssykehus har siden fusjonen arbeidet med å etablere felles løsninger for de viktigste administrative prosessområdene. Et viktig område i tiden fremover vil være å bruke de eksisterende løsningene til å arbeide mer effektivt, det vil si å redusere brukernes tidsbruk og/eller øke kvaliteten i arbeidet.

Siden 2015 har Oslo universitetssykehus bidratt i arbeidet med å forbedre regional ERP-løsning under forutsetning om å være neste foretak på løsningen.

Med tanke på hvor lenge det er til å OUS kan ta i bruk regional løsning, vurderes det ikke hensiktsmessig for OUS å bruke mer ressurser på denne prosessen nå, prosjekt «forberedelse til mottak» stilles derfor i bero. Oslo universitetssykehus vil bruke ressursene på en kombinasjon av

forbedringsprosjekter basert på kartlagte og forventede effekter, samt å ta i bruk eksisterende løsninger på delområder som i dag mangler god systemstøtte. På det administrative området vil følgende områder bli prioritert:

3.6.1 Tiltak for opplærings- og kompetansestyring

Flere enheter i sykehuset har personale som skal ha strukturert og verifisert opplæring i interne instrumenter, rutiner og prosedyrer for øvrig. Dersom enheten er ISO-sertifisert stilles det ytterligere krav til oppfølging og dokumentering av kompetansetiltakene og varighetene av disse. I dag håndteres de administrative rutinene knyttet til denne typen kompetansestyring i stor grad ved hjelp av manuelle rutiner eller ved bruk av lokale og hjemmelagede løsninger. Etablering av en felles løsning for kompetansestyring (Dossier) for å dekke dette behovet vil øke kvaliteten generelt, samt redusere det administrative merarbeidet relatert til dagens manuelle rutiner.

3.6.2 Tiltak for effektivisering av innkjøp

Analyser viser at kun deler av innkjøpene ved OUS håndteres gjennom foretakets innkjøpsløsning. I tillegg til at dette reduserer kontrollen med korrekt bruk av innkjøpsfullmakter risikerer man å velge feil leverandør og å betale for mye for innkjøpet. Denne problemstillingen gjør seg særlig gjeldende ved kjøp av tjenester.

Et viktig forbedringstiltak vil være å la innkjøpsløsningen støtte tjenestekjøp i vesentlig større grad enn i dag slik at det blir enklere å følge innkjøpsrutinene ved Oslo universitetssykehus.

«OUS skaper rom for utvikling gjennom standardiserte arbeidsprosesser, god bemanningsstyring og effektiv drift av sengeposter, poliklinikker og operasjonsenheter»

3.6.3 Tiltak for forbedring og effektivisering av fakturering

Fakturering av utført aktivitet finner i dag sted fra fagsystemer på klinisk område og på laboratorieområdet, samt fra økonomisystemet. I tillegg gjennomføres det omfattende fakturering fra frittstående faktureringsløsninger som er etablert i årenes løp. Det planlegges en foranalyse for å kartlegge hvordan fakturering totalt sett utføres i dag, samt vurdere hvordan de frittstående faktureringsløsningene skal håndteres i fremtiden. Ettersom mesteparten av aktiviteten som skal faktureres er pasientrelatert, vil hensynet til sikkerhet og personvern være et viktig moment i denne vurderingen.

3.6.4 Tiltak for intern og ekstern kommunikasjon

Oslo universitetssykehus har mange ansatte som skal kunne nås med kommunikasjon fra sykehuset. Intranettet ble etablert i 2010 som en intern kommunikasjonskanal, men selv om intranettet over tid har blitt beriket med en rekke nye tjenester er selve nyhetskanalen i intranettet i hovedsak den samme som ved etableringen.

Etter at sykehusets internettsider først ble regionalisert, og deretter overflyttet til helsenorge.no, har disse sidene blitt en lite egnet kanal for å formidle informasjon til egne ansatte. I tiden fremover vil det dermed være et betydelig behov for forbedring av interne og eksterne kommunikasjonskanaler med særlig fokus på egne ansatte.

3.7 Regionale sentre og oppdrag

Oslo universitetssykehus HF er tildelt flere oppdrag fra regionen om å opprette og drifte regionale sentre med virksomhetsutvikling og anvendelse av teknologi som hovedoppgaver. Her nevnes Servicemiljøet for kvalitetsregistre i Helse Sør-Øst og Regionalt senter for kliniske IKT-løsninger. Det er viktig for OUS som regionssykehus at vi fortsetter å bygge kompetanse rundt og gjennom disse sentrene.

Tiltak

Oslo universitetssykehus vil drifte tildelte regionale sentre i tråd med oppdraget og behovet til alle foretakene i Helse Sør-Øst RHF. Sentrene skal utvikles til å bli en drivende kraft i dagens og fremtidens bruk av IKT-løsninger i sykehusene.

3.8 Dokumentere effekt av store IKT-satsninger

I langtidsplanen er det forutsatt et resultat med overskudd. Et bidrag til dette skal realiseres gjennom effektivisering av utnyttelsesgraden i eksisterende systemer.

Oslo universitetssykehus har gjennomført betydelige investeringer på IKT-området siden fusjonen. Implementering av kliniske IKT-løsninger som DIPS og MetaVision har muliggjort etablering av blant annet felles arbeidsprosesser og prosedyrer for å sikre effektivitet og kvalitet på tjenestene vi leverer.

Høsten 2017 ble prosjektet «Effekt av store IKT-satsninger» etablert under program «Forbedring av driften i Oslo universitetssykehus HF 2017-2020», omtalt i styresak 46/2016.

Tiltak

Prosjektet «Forbedring av driften i Oslo universitetssykehus HF 2017-2020» skal realisere mulige gevinster fra implementeringen av de store IKT-satsningene de siste årene, særlig DIPS. Prosjektet vil først gjennomføre et forprosjekt som skal kartlegge hvilke arbeidsprosesser som benyttes per i dag, identifiserer tidstyver og vurdere hvorvidt Oslo universitetssykehus har en elektronisk arbeidsflyt gjennom hele pasientforløpet. Basert på forprosjektet skal prosjektet identifisere de største utfordringsområdene og hvilke problemstillinger det er mest hensiktsmessig å se nærmere på. Prosjektet skal også etablere hensiktsmessige indikatorer for kontinuerlige målinger av de ulike utfordringsområdene.

I tillegg vil prosjektet vurdere om det finnes spesielt tungvinte overganger som med fordel bør prioriteres som investering (GAT/DIPS/MV/RAD/LAB).

Når det gjelder arbeidet med realisering av effekter og gevinster generelt vil Oslo universitetssykehus arbeide videre med å internalisere dette både i de enkelte prosjektene, så vel som for den totale IKT-porteføljen. Helse Sør-Øst har gjennom Teknologi og eHelse utarbeidet et godt metodeverk som kan både anvendes og videreføres ved Oslo universitetssykehus.

Som tidligere nevnt vil IKT-avdelingen i tett samarbeid med klinikkene etablere et regime for å hente ut effektene av de store IKT-investeringene. I tillegg vil det bli utarbeidet et forslag til etablering av en tydelig styringsstruktur for å sikre effektiv endringsledelse og gevinstuttak av IKT-investeringer ved OUS.

4. Rammefaktorer

4.1 Oversikt over investeringer i planperioden

Estimatene knyttet til behov for lokale investeringer er avhengige av i hvilken grad og med hvilket tempo Helse Sør-Øst regionaliserer tjenester og derav også klargjør hvilke investeringer som vil være regionale og hvilke som vil være lokale. Der regionale investeringer eller prosjekter ikke dekker sykehusets behov, vil lokale investeringer måtte økes. Slik regimet for investeringer på teknologiområdet er praktisert i HSØ frem til nå, er Oslo universitetssykehus HF helt avhengig av at Helse Sør-Øst RHF etablerer regionale tjenester i tråd med strategiske føringer. Dette har i begrenset grad vist seg realiserbart frem til i nå. Foreløpig foreligger ikke regionale planer for hele ØLP-perioden fram til 2037.

Det er usikkerhet knyttet til hvem som vil finansiere investeringer de kommende årene nå som etablering av en samarbeidsavtale mellom Sykehuspartner og en ekstern tjenesteleverandør er stilt i bero. Men uavhengig av dette, vil det være Oslo universitetssykehus som må dekke avskrivningene som del av tjenestepriis fra Sykehuspartner.

Tabellen legger til grunn en fordeling mellom regional og lokal finansiering av investeringsmidlene der alle regionale tjenester finansieres regionalt. Tallene for regionale investeringer er sammenstilt på bakgrunn av tall og planer mottatt fra Helse Sør-Øst og Sykehuspartner.

Tabell 1 Estimert bruk av investeringsmidler i 2018 – 2021

	2018	2019	2020	2021
Lokale investeringer	60	35	35	35
Regionale investeringer	300	300	300	300
Totalt IKT investeringer OUS	360	335	335	335

Tabell 2 Estimert bruk av lokale driftsmidler i 2018 – 2021

	2018	2019	2020	2021
Driftsbudsjett til prosjekter	50	30	30	30
Total driftskostnad IKT, utenom prosjekt	1082	1 115	1 158	1 200
Totalt IKT driftsmidler OUS	1 132	1 145	1 188	1 230

Behovene innen persontilpasset medisin vil øke, og med det behovene for tungregning og lagring av svært store datamengder, som også innebærer en kostnad på investeringssiden. IKT-langtidsbudsjettet har usikkerhet knyttet til omfang og fremdrift av regionaliseringen av IKT-løsningene og usikkerhet knyttet til hastighet og volum på persontilpasset medisin. I tallene over er det ikke tatt høyde for at volum på persontilpasset medisin øker eksponentielt innenfor denne planperioden.

4.2 Sykehuspartners leveranseevne

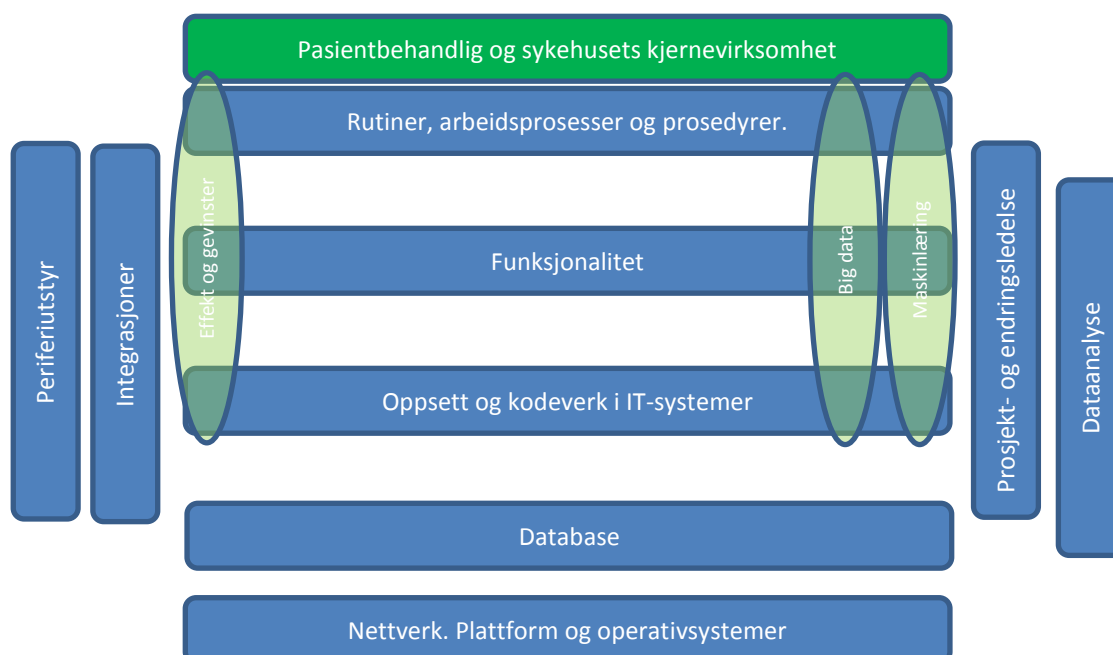
Oslo universitetssykehus HF vurderer at manglende kapasitet hos Sykehuspartner medfører at vedlikehold og videreutvikling av eksisterende infrastruktur ikke er i tråd med kravene sykehuset stiller til sikker og stabil drift av IKT- tjenester. Sykehuset må fortsette å bygge kompetanse på området teknisk drift og forvaltning for å kunne bistå Sykehuspartner på dette området. Der leveranser fra Sykehuspartner IKT ikke viser seg å være mulig må OUS og Sykehuspartner vurdere alternative leveransemodeller.

4.3 Tilgjengelighet av kompetanse og personalressurser i den samlede teknologifunksjonen ved Oslo universitetssykehus

Mange av dagens oppgaver krever kompetanse på områdene rutiner, arbeidsprosesser og prosedyrer, samt prosjektledelse og endringsledelse. Basert på utviklingstrekkene i tiden fremover forventer imidlertid Oslo universitetssykehus at kompetansen må styrkes på de mer teknologinære områdene, eksempelvis funksjonalitet, oppsett og kodeverk, dataanalyse og integrasjoner. Også innenfor områder som utvikling og bruk av algoritmer, maskinlæring og kunstig intelligens er det viktig å tidlig bygge og rekruttere kompetanse, ikke bare i IKT-avdelingen, men også ute i klinikken.

Behovet for kompetanse har, i Helse Sør-Øst, i betydelig grad vært dekket ved ekstern innleie. Erfaringen så langt tilsier at det er uheldig å ikke ha en større andel av nødvendig kompetanse i egen organisasjon. OUS vil legge betydelig vekt på å videreutvikle og etablere intern kompetanse på sentrale områder. Det skal gjøres ved en større grad av intern samordning av dagens kompetanse på teknologiområdet, samt gjennom å vektlegge at rekrutteringsprosesser og kompetanseutvikling fremmer kompetanse innen de områdene virksomheten vil trenge fremover.

Figuren gir en oversikt over sentrale kompetanseområder som er nødvendige for å levere teknologiske løsninger som understøtter sykehusets kjernevirksomhet på en hensiktsmessig måte.



Figur 2: Overordnede kompetanseområder innenfor teknologiområdet

For å sette teknologifunksjonen i stand til å understøtte planlagt strategi og utvikling av sykehuset vil følgende tiltak iverksettes:

- Kartlegging av forventede kompetansebehov som følge av utviklingsplaner på kort, mellomlang og lang sikt.
- Kartlegging av eksisterende kompetanser i teknologifunksjonen.
- Kartlegging av hvilke områder som må styrkes både kvalitativt og kvantitativt.
- Identifisering og gjennomføring av tiltak for løpende håndtering av underdekkede kompetanseområder.
- Rekruttering av kompetanse for å sikre at sykehuset har en kompetanseprofil som er tilpasset endringer i teknologibildet.
- Kompetanseheving og – endring av eksisterende personell er planlagt gjennomført gjennom for eksempel videreutdanning, kurs, selvstudier og internundervisning. Det vil i tillegg bli lagt stor vekt på deltakelse i lokale, regionale og nasjonale prosjekter.

5. Risikobildet

Risiko	Konsekvens	Tiltak
Manglende leveranseevne hos tjenesteleverandør (Sykehuspartner (SP))	Påvirker leveranseevnen til det enkelte prosjekt. Påvirker leveranseevnen og kvaliteten på daglig drift. Hindrer utvikling, effektiv drift og kvalitetsforbedringer. Kostnadsdrivende.	SP deltar i foranalyser SP kundeansvarlig involveres i planlegging av hvordan leveransekapasiteten kan sikres SP oppfordres til virksomhetsnær forvaltning SP oppfordres til å skalere aktivitet etter oppgavens størrelse og kompleksitet
Infrastrukturmoderniseringsprogrammet er stilt i bero.	Begrensede leveranser knyttet til infrastrukturmodernisering, «Digital fornying» og lokale leveranser.	OUS må sammen med SP vurdere alternative leveransemodeller.
Avhengigheter til løsning eller ressurser mellom prosjekter eller	Prosjekter forsinkes, fordyres eller leveres med redusert kvalitet om ikke	Etablerer avhengighetsmatrise både på prosjekt og porteføljenivå.

fagområder løses ikke	<ul style="list-style-type: none"> • Riktige ressurser er tilgjengelige • Fysisk IKT-infrastruktur blir bygd ut raskt nok til å understøtte IKT-behov • Løsninger som prosjektet er avhengige av kommer på plass 	Klare mandater, forankring og reell fristilling av ressurser. Realisme!
Manglende avklaringer av finansieringen av prosjekter som involverer regionale løsninger	Regionale løsninger skal finansieres regionalt. Hvis regionen ikke ønsker å prioritere videreutvikling av regionale løsninger i tråd med OUS' behov, vil det være vanskelig å finansiere disse utviklingsbehovene lokalt.	Sikre realistiske planer definere tydelige leveranser som kan forankres hos HSØ RHF og foretaksgruppen for øvrig.
Manglende avklaringer av hvilke regionale løsninger som skal tas i bruk, samt hvilke konsekvenser en ibruktagelse medfører.	Enkelte regionale prosjekter medfører så store økonomiske, organisatoriske og praktiske konsekvenser at ibruktagelse vil få svært store konsekvenser for resten av aktiviteten i sykehuset (eksempelvis regional ERP)	Gjennomføre realistiske konsekvensanalyser av hva prosjektgjennomføring/ ibruktagelse vil innebære for resten av foretaket. Vurdere og hensynta samtlige konsekvenser ifm. beslutning om gjennomføring
Sykehuspartners evne til å tilpasse seg en tjenestebasert leveransemodell.	<p>Redusert kvalitet og kvantitet på leveransene.</p> <p>Redusert motivasjon hos alle parter til å finne fram til gode løsninger</p>	<p>Ha stort fokus på å etablere effektive rutiner</p> <p>Høyt ledelsesmessig fokus på utviklingen</p>
Manglende eller forsinkede leveranser innenfor de funksjonelle programmene	Fortsatt fragmenterte løsninger innenfor fagområdene laboratorie og radiologi har medført alvorlige pasienthendelser og lite effektiv drift. Forskernes behov støttes ikke. Etablerte pasienttjenester (MinJournal) vedlikeholdes og utvikles ikke. Dette medfører at OUS ikke klarer å møte samfunnets forventninger til pasienttjenester.	Sikre at det er fokus på de funksjonelle behovene som sykehuset har for å utføre sitt oppdrag og at dette må være styrende for prioriteringer som gjøres både på OUS og regionalt.

2019 - 2022



OMRÅDEPLAN ØVRIGE INVESTERINGER

Innhold

1. Investeringsplaner for øvrige investeringer	2
1.1 Lastebiler/biler/trucker o.a.	2
1.2 Senger med tilhørende utstyr	2
1.3 Renholdutstyr	2
1.4 Kjøkkenutstyr.....	2
1.5 Behandlingshjelpemidler til hjemmebehandling (BHM)	2
1.6 Ambulanser	2
1.7 AV-utstyr i Auditorier og større møterom.....	2
1.8 Posisjoneringsutstyr	3
1.9 Uforutsette behov	3
2. Målbilde for planperioden 2019 - 2022	3
2.1 Lastebiler/biler/trucker o.a.	3
2.2 Senger med tilhørende utstyr	3
2.3 Renholdutstyr	3
2.4 Kjøkkenutstyr.....	4
2.5 Behandlingshjelpemidler til hjemmebehandling (BHM)	4
2.6 Ambulanser	4
2.7 AV-utstyr i Auditorier og større møterom.....	4
2.8 Posisjoneringsutstyr	5
2.9 Uforutsette behov	5
2.10 Aggregert investeringsnivå for øvrige investeringer	5
3. Videre utvikling fra 2023 til 2038	5

1. Investeringsplaner for øvrige investeringer

Planen består av investeringer innenfor senger, vaskeri, behandlingshjelpemidler (BHM), kjøkkenutstyr, ambulanser og andre kjøretøyer. Planen dekker alle investeringsbehov utover de behov som er beskrevet i investeringsplanene for IKT, MTU og bygg.

1.1 Lastebiler/biler/trucker o.a.

Sykehuset disponerer i 2018 ca 100 enheter rullende utstyr (eksklusive ambulanser) med en gjennomsnittsalder på ca 9 år. Lastebilene brukes til mat-, tekstil- og varetransport. Minibusser og personbiler brukes til pasienter mellom sykehusene. De siste årene er det investert i underkant av plan og gjennomsnittlig levealder har vært noe økende.

1.2 Senger med tilhørende utstyr

Sykehuset disponerer ca. 3000 senger med tilhørende sengehester, stativ og madrasser. Det er investert for lite i senger de siste årene og behovet for nye senger er derfor stort. Det finnes flere forskjellige senger herunder barnesenger, intensivsenger og fødesenger. Det er størst behov for utskifting av normale voksensenger.

1.3 Renholdutstyr

Samlet for alle lokalisasjoner har renholdsavdelingen ca 55 store maskiner for daglig hygienisk vask av mopper og kluter. Maskinparken er gammel med risiko for at kvalitetskrav ikke overholdes. Avdelingen har utarbeidet plan for utskifting over 5 år.

1.4 Kjøkkenutstyr

Oslo universitetssykehus HF har to hovedkjøkken, ett lokalisert på Ullevål og ett på Rikshospitalet. Kjøkkenet på Ullevål er gammelt og ikke egnet for videre drift uten en oppgradering av bl.a. kjøle-/fryserom. Kjøkkenet på Rikshospitalet er bygget i år 2000, og heller ikke tilrettelagt for moderne matproduksjon.

1.5 Behandlingshjelpemidler til hjemmebehandling (BHM)

BHM har vært økende de senere årene, og det forventes en jevn økning i investeringsbehov for dette utstyret. Hjemmebehandling er blitt en mer aktuell behandlingsform enn tidligere ettersom pasienter sendes hjem tidligere fra sykehusene.

1.6 Ambulanser

Områdene som Ambulansetjenesten betjener, opplever en sterk befolkningsvekst. Forutsigbar utskifting av ambulanser er nødvendig for å kunne tilby befolkningen en forsvarlig ambulanseberedskap. En lavere gjennomsnittlig kilometerstand reduserer antall verkstedbesøk, og færre biler vil være ute av drift.

1.7 AV-utstyr i Auditorier og større møterom

Det foreligger en utskiftingsplan for AV-utstyr i Auditorier og større møterom. Det vil foregå større utskiftinger fra analogt til digitalt utstyr første del av planperioden før behovet reduseres siste del av planperioden.

1.8 Posisjoneringsutstyr

For å sikre mest mulig effektiv bruk av utstyr så er det behov for posisjoneringsutstyr som kan vise hvor utstyr er til en hver tid, og for å analysere bruken av utstyret. Dette gjelder kostbart medisinskteknologisk utstyr samt senger med mer.

1.9 Uforutsette behov

I en så stor virksomhet som Oslo universitetssykehus vil det alltid dukke opp enkeltbehov som ikke dekkes av planene over. Eksempel fra tidligere år er mikrofilmskanner, 2 sengevaskemaskiner som enkeltvis har anskaffelseskostnader på over 1mnok.

2. Målbilde for planperioden 2019 - 2022

2.1 Lastebiler/biler/trucker o.a.

Gitt en utskiftingstakt som er skissert i figur 1 kommer bilparken på sykehuset til å holde seg på en noe økende gjennomsnittlig levealder på om lag 9 år.

År	2019	2020	2021	2022
Investering (mnok)	4	4	4	4

Figur 1

2.2 Senger med tilhørende utstyr

Det er de senere årene vært behov for en utskifting av ca 200 senger med tilleggsutstyr og 300 madrasser for å opprettholde behovet og standarden på utstyret. I 2018 blir antallet vesentlig lavere, og genererer et etterslep som må tas igjen i de neste årene. Figur 2 angir et beregnet investeringsnivå knyttet til senger i planperioden.

År	2019	2020	2021	2022
Investering (mnok)	6	6	6	6

Figur 2

2.3 Renholdutstyr

Maskinparken er spredt rundt på alle lokalisasjoner og er gammel med risiko for at kvalitetskrav ikke overholdes.

År	2019	2020	2021	2022
Investering (mnok)	1	1	1	1

Figur 3

2.4 Kjøkkenutstyr

Oslo universitetssykehus HF sine to hovedkjøkken er ikke tilrettelagt for moderne og effektiv matproduksjon. Produksjonslinjene og vareflyten er ikke hensiktsmessige, og selv med store investeringer i dagens bygningsmasse vil ikke OUS sine hovedkjøkken bli optimale. Det er ikke lagt inn betydelige investeringer knyttet kjøkken i planperioden da det er antatt at denne type investeringer vil komme lenger frem i tid. Figur 4 angir antatt investeringsnivå knyttet til kjøkken i planperioden og gjelder utskifting av utstyr som gryter og maskiner. Investeringsnivået er nødvendig for å opprettholde drift og gi tilstrekkelig kapasitet i planperioden

År	2018	2019	2020	2021
Investering (mnok)	2	2	2	2

Figur 4

2.5 Behandlingshjelpemidler til hjemmebehandling (BHM)

Den teknologiske utviklingen innenfor medisinsk teknisk utstyr til hjemmebehandling forventes å fortsette i årene som kommer. Leverandører kan i dag tilby stadig mer avansert/kostbart MTU, og forskning på området vil føre til at nye utstyrstyper blir utviklet, som igjen vil medføre flere utleveringer av utstyr fra sykehuset. OUS får hvert år ansvar for nye utstyrsområder fra Helse – og omsorgsdepartementet og det er stor sannsynlighet for at BHM vil få nye ansvarsområder i løpet av perioden. Figur 5 angir antatt investeringsnivå knyttet til BHM i planperioden.

År	2019	2020	2021	2022
Investering (mnok)	23	23	23	23

Figur 5

2.6 Ambulanser

Ambulansetjenesten har en målsetting om utskifting av ambulanser ved 300 000 km. Det betyr at sykehuset bør ha en gjennomsnittlig kilometerstand på ambulanseflåten på 150 000 km. Sykehuset har i dag et gjennomsnitt på om lag 200 000 km. Etter avhending av biler har sykehuset fortsatt flere ambulanser som har kjørt over 250 000 km. Figur 6 angir antatt investeringsnivå knyttet til ambulanser i planperioden.

År	2019	2020	2021	2022
Investering (mnok)	30	30	30	30

Figur 6

2.7 AV-utstyr i Auditorier og større møterom

Det foreligger en utskiftingsplan for AV-utstyr i Auditorier og større møterom. Det vil foregå større utskiftninger fra analogt til digitalt utstyr første del av planperioden før behovet reduseres siste del av planperioden.

År	2019	2020	2021	2022
Investering (mnok)	2	2	1	1

Figur 7

2.8 Posisjoneringsutstyr

For å sikre mest mulig effektiv bruk av utstyr så er det behov for posisjoneringsutstyr som kan vise hvor utstyr er til en hver tid, og for å analysere bruken av utstyret. Dette gjelder kostbart medisinskteknologisk utstyr samt senger med mer.

År	2019	2020	2021	2022
Investering (mnok)	1	1	1	1

Figur 8

2.9 Uforutsette behov

I en så stor virksomhet som Oslo universitetssykehus vil det alltid dukke opp enkeltbehov som ikke dekkes av planene over. Eksempel fra tidligere år er mikrofilmskanner, 2 sengevaskemaskiner som enkeltvis har anskaffelseskostnader på over 1mnok.

År	2019	2020	2021	2022
Investering (mnok)	2	2	3	3

Figur 9

2.10 Aggregert investeringsnivå for øvrige investeringer

Figur 6 viser aggregerte investeringsnivået for å nå målbildet i perioden.

År	2019	2020	2021	2022
Investering (mnok)	71	71	71	71

Figur 10

3. Videre utvikling fra 2023 til 2038

Det er i denne områdeplan ikke vurdert vesentlig endring i investeringsnivå som følge av endrede driftskonsepter. Med nye bygg, og flytting av mellom lokalisasjoner vil behov for nye servicearealer måtte vurderes. Det vil kunne innebære vesentlige investeringer innen i matproduksjonsutstyr, utlevering av tekstiler, leveranse av varer med mer. Dette vil bli kartlagt ifm planlegging av nybygg.

PROTOKOLL

Det er avholdt drøftingsmøte i henhold til hovedavtalen kap. 7, jf arbeidsmiljøloven kap. 8

<i>Dato:</i>	07.05.2018
<i>Sted:</i>	Oslo universitetssykehus
<i>Sak:</i>	Økonomisk langtidsplan 2019-2022(38)
<i>Tilstede fra arbeidsgiver:</i>	Bjørn Erikstein (AD), Morten Reymert (Stab ØK), Ørjan Angel Sandvik (Stab ØK), Anne Karlsen (Stab ØK), Geir Teigstad (OSS), Glenn Ruud (Stab ØK), Susanne Flølo (Stab HR), Referent: Mari Torset (Stab HR)
<i>Tilstede fra arbeidstaker:</i>	<i>Inviterte til drøftingen er foretakstillitsvalgte og foretaksverneombud. Disse deltok:</i> Rebekka Stabrun (NPF), Bjørn Wølstaad-Knudsen (Fagforbundet), Bård Eirik Ruud (NSF), Lene Stokke (Delta), Dag Kristiansen (Samfunnsviterne), Per Oddvar Synnes (foretaksverneombud), Eli Skorpen (NRF)

Økonomisk langtidsplan 2019-2022(38)

Morten Reymert presenterte siste utkast til styresak om økonomisk langtidsplan 2019-2022(38), inkludert områdeplan for bygg, IKT og MTU.

Det ble i presentasjonen redegjort for følgende:

- Planforutsetninger fra HSØ
- Styrebehandling og vedtaksprosess
- Dialog med HSØ og endringer etter styremøtet 24.04
- Hovedtrekk ØLP - utvikling i varige driftsmidler bygg, langsiktig gjeld, egenkapital, varige driftsmidler MTU
- Planforutsetninger og hovedproblemstillinger på kort sikt i budsjett 2018-2019, mellomlang sikt 2019-2022 og lang sikt 2023-2038

Arbeidstakersidens kommentarer

- Det justerte målbildet i ØLP er nødvendig, men det knyttes fortsatt bekymring til hvilke konsekvenser effektiviseringskravene vil ha på arbeidsmiljøet og om sykehuset er underfinansiert mtp drifts- og investeringsmidler
- Situasjonen med eldre bygg og begrensninger i fysiske løsninger og infrastruktur påvirker mulighetene for å effektivisere, og også muligheter for innovasjon
- Det bør arbeides videre med et pleiekategoriseringsverktøy, for riktig og god bruk av bemanningen

Det vises for øvrig til protokolltilførsler fra Norsk sykepleieforbund og Norsk radiografforbund, og fra Vernetjenesten ved OUS.

Konklusjon

- Protokollen ferdigstilles 8. mai og legges ved styresak 29/2018
- Protokolltilførsler tas med i protokollen

Arbeidsgivers signatur
(godkjent per e-post)

Arbeidstakers signatur
(godkjent per e-post)

Vedlegg: protokolltilførsler

Protokolltilførsel

Drøfting av Økonomisk langtidsplan Oslo universitetssykehus 7. mai 2018

Ut i fra foretakets økonomiske og driftsmessige situasjon er forslaget om å redusere målsettingen i ØLP for perioden 2019 – 2022 nødvendig. Det er likevel en sterk bekymring om det er realistisk å levere et resultat i henhold til det justerte målbildet. Det påpekes at virksomheten synes å være underfinansiert med hensyn til drifts – og investeringsmidler, og ber om at dette vektlegges i dialogen med HSØ.

Videre er det viktig at arbeidet med innføring av et pleiekategoriseringssystem fremskyndes. Dette er et nødvendig verktøy for å kunne dokumentere pleietyngde og derigjennom sikre riktig ressursfordeling og faglig forsvarlig bemanning.

Norsk Sykepleierforbund

Bård Eirik Ruud

2. Stedfortredende foretakstillitsvalgt

Norsk radiografforbund

Eli B. Skorpen

Foretakstillitsvalgt

Drøftinger Økonomisk langtidsplan 2019 – 2022 (2038)

Innspill til protokoll fra vernetjenesten

Økonomisk langtidsplan (ØLP) skisserer store utfordringer for ansatte i OUS. Årlige effektiviseringskrav i størrelsesorden ca 2% pr år i perioden 2019 – 2022 uten vekst i personell utgjør betydelig risiko i et arbeidsmiljøperspektiv. Effektivisering i sykehus dreier seg i stor grad om forbedret logistikk og implementering av ny teknologi. Nye og tilrettelagte fysiske rammevilkår (nybygg) er her helt essensielt. Frem til 2026/27, når nye bygg er ferdigstilt, vil effektiviseringstiltakene nærmest utelukkende måtte foregå i gamle bygg med gammel infrastruktur og uhensiktsmessige fysiske løsninger. Når vi kombinerer dette med nullvekst i antall årsverk, vurderer vernetjenesten dette som hovedutfordring i langtidsplanen. Sykehusets fokus fremover må derfor rettes mot hvordan disse effektiviseringskravene kan gjennomføres uten å kompromisere med kravene til et fullt forsvarlig arbeidsmiljø. Dette betinger evne til nytenkning og innovasjon utover de «historisk» vanlige grep som at ansatte må løpe raskere. Høy arbeidsbelastning over tid er en av de vanligste årsakene til turnover, kompetanseflukt og utbrenthet. Årlige krav til effektivisering vil øke risiko for slike negative utfall. Dette må forebygges. **Det etterlyses derfor noen klare strategier for dette i langtidsplanen.**

Mvh

Per Oddvar Synnes

foretaksverneombud

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 15. mai 2018

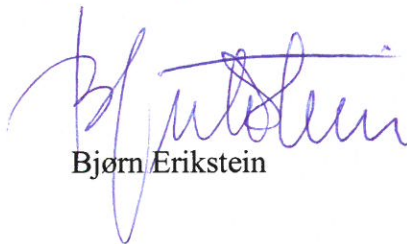
Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg:

SAK 37/2018 RAPPORT PER APRIL 2018

Endelige resultater for april foreligger ikke ved utsendelse av styresakene. Styret får tilsendt en kort status i forkant av styremøtet og det vil bli redegjort for saken i møtet.

Oslo, den 8. mai 2018


Bjørn Erikstein

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 15. mai 2018

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør økonomi og finans

Vedlegg:

SAK 37/2018 KOMMENTARER TIL RAPPORTERT ØKONOMISK RESULTAT OG AKTIVITET PER APRIL 2018

Som meldt i sak 37/2018 ettersendes her en kort status i forkant av styremøtet.

Økonomisk resultat

Det økonomiske resultatet for Oslo universitetssykehus HF viser etter april 2018 et regnskapsmessig overskudd på 34,2 millioner kroner, mot et budsjettert overskudd på 58,3 millioner kroner. Dette gir isolert sett et negativt avvik fra budsjett på 24,1 millioner kroner. Nye pensjonskostnadsberegninger for 2018, viser en reduksjon på 141 millioner kroner sammenlignet med budsjett, hvorav 41,4 millioner kroner inngår i rapportert resultat hittil i år. Helse Sør-Øst RHF har bedt foretakene bokføre de nye pensjonskostnadene, men samtidig korrigere resultatet for effekten av redusert pensjonskostnad som forventes å føre til tilsvarende rammereduksjon i Revidert nasjonalbudsjett for å få fram det reelle budsjettavviket. Når denne forventede rammereduksjonen tas hensyn til øker det negative avviket til minus 65,5 millioner kroner etter april. Isolert for april er det et negativt budsjettavvik på 4,7 millioner kroner, også korrigert for redusert pensjonskostnad. Selv om resultatet også for april er svakere enn budsjettert, er det negative avviket noe mindre enn de første månedene av året.

Som tidligere måneder er det negative avviket i hovedsak knyttet til lavere aktivitet, og dermed lavere aktivitetsbaserte inntekter, enn budsjettert innenfor de somatiske klinikkene.

Tabellen under (høyre kolonne) viser avvik hittil i år for ulike inntekts- og kostnadstyper tilknyttet ordinær drift med korte kommentarer. Avvik som gjelder øremerkede prosjekter og pensjon er her holdt utenom.

Tall i MNOK	Budsjett 2018	Avvik per april		Kommentarer til avvik justert for avvik ØM og pensjon
		Rapportert avvik	Justert avvik	
Basisramme	11 889	0	-	
Aktivitetsbaserte inntekter	8 447	-76	-79	Avvik skyldes lavere aktivitet enn budsjettert innenfor somatikken, inkludert lavere gjestepasientinntekter og økt negativ effekt av ISF-regelverket for 2018.
Andre inntekter	2 715	31	4	
Sum driftsinntekter	23 051	-45	-75	
Lønn- og innleiekostnader	15 829	20	-30	Når positivt avvik for pensjon holdes utenom er det et negativt avvik for øvrige lønns- og innleiekostnader på 30 mnok.
Kjøp av helsetjenester	492	-12	-9	Noe høyere kostnader til kjøp av helsetjenester enn budsjettert. En stor del av dette er knyttet til kjøp av overnattinger ved syke- og pasienthotellene.
Varekostnader mv	2 623	34	37	Noe lavere varekostnader enn budsjettert, i stor grad som følge av lavere aktivitet.
Andre driftskostnader	3 966	-16	16	Noe lavere avskrivninger/nedskrivninger. Mindrekostnader innenfor IKT og stab mv.
Sum driftskostnader	22 909	26	15	
Driftsresultat	142	-19	-60	
Netto finans	33	-5	-5	Avviket gjelder i hovedsak datterselskapene.
Resultat OUS	175	-24	-65	
Endrede pensjonskostnader		41	0	
Resultat justert for endret pensj.kostnad	175	-65	-65	

Aktivitet somatikk

Hittil i 2018 er det rapportert et negativt avvik på nærmere 2 600 ISF-poeng, tilsvarende 3,1 prosent.

Tabellen under viser avvik per klinikk hittil i år og endring fra perioden januar – april 2017 til samme periode i 2018:

Oppdatert per 4/5-2018					
Periode: APRIL 2018	HITTIL I ÅR			Sammenligning 2017	
Klinikk	Resultat	Avvik	Avvik i %	Endring	i %
Medisinsk klinikk	9 433	17	0,2 %	352	3,9 %
Hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	6 422	-574	-8,2 %	-310	-4,6 %
Neuroklinikken	8 728	-539	-5,8 %	-217	-2,4 %
Ortopedisk klinikk	7 852	-28	-0,4 %	110	1,6 %
Barn- og ungdomsklinikken	5 252	-130	-2,4 %	64	1,2 %
Kvinneklinikken	6 795	-112	-1,6 %	134	2,0 %
Kirurgi, inflammasjonsmedisin og transpl	12 571	-595	-4,5 %	-114	-0,9 %
Kreftklinikken	10 231	-324	-3,1 %	-111	-1,1 %
Hjerte-, lunge- og karklinikken	11 396	-179	-1,5 %	-89	-0,8 %
Akuttklinikken	443	-165	-27,1 %	-149	-25,2 %
Laboratoriemedisin	73	11	17,7 %	13	21,7 %
SUM TOTALT	81 259	-2 560	-3,1 %	-403	-0,5 %

Årsaken til avviket knyttes til både økt negativ groupereffekt, forsinket effekt av tiltak, mangelfull tilgang på operasjonssykepleiere, periodisering av budsjettet, endret pasientsammensetning (særlig innenfor nyfødt-intensiv) og redusert pasienttilgang på enkelte områder. Deler av avviket skyldes at det er færre pasienter som er tracheostomert hittil i 2018 enn i samme periode i 2017.

Aktivitet psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Innenfor psykisk helsevern rapporteres det høyere aktivitet enn budsjettet for alle områder i april. Innenfor barne- og ungdomspsykiatrien er det etterregistrert en del aktivitet for tidligere måneder i april. Dette er særlig innenfor psykosomatisk område, og ikke ved poliklinikkene innenfor Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling. Den polikliniske aktiviteten er fortsatt lavere enn budsjettet hittil i år. Innenfor rusområdet er aktiviteten siste måned noe lavere enn budsjettet. Tabellen under gir informasjon om status hittil i år og endring fra samme periode i 2017 for de aktuelle indikatorene:

Rapporteringsperiode: APRIL 2018	Hittil i år				2018 mot 2017	
Oslo universitetssykehus HF	Hittil i år	Budsjett	Avvik	%	Endring	%
Psykisk helsevern - voksen						
Antall utskrevne pasienter døgntil behandling	762	761	1	0,2 %	82	12,1 %
Antall liggedøgn døgntil behandling	24 389	23 727	662	2,8 %	-253	-1,0 %
Antall polikliniske konsultasjoner	31 841	32 209	-368	-1,1 %	-120	-0,4 %
Psykisk helsevern - barn og unge						
Antall utskrevne pasienter døgntil behandling	76	57	19	32,6 %	12	18,8 %
Antall liggedøgn døgntil behandling	3 955	2 802	1 153	41,1 %	1 392	54,3 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	1 271	1 265	6	0,5 %	121	10,5 %
Antall polikliniske konsultasjoner	16 242	16 784	-542	-3,2 %	-333	-2,0 %
TSB						
Antall utskrevne pasienter døgntil behandling	754	779	-25	-3,2 %	25	3,4 %
Antall liggedøgn døgntil behandling	8 260	8 143	117	1,4 %	275	3,4 %
Antall polikliniske konsultasjoner	8 020	8 337	-317	-3,8 %	-11	-0,1 %

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 15. mai 2018

Saksbehandler: Direktør for fag, pasientsikkerhet og samhandling

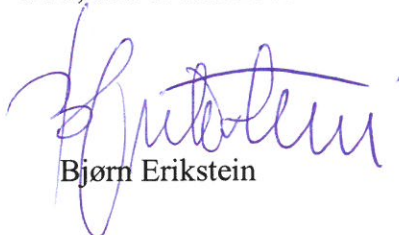
Vedlegg: Vedtak om pålegg – overtredelsesgebyr til Oslo universitetssykehus HF av 19. april 2018
Varsel om vedtak av 24. oktober 2017 (utrykt)
Helse Sør-Øst RHF, Rapport fra ekstern gjennomgang av programmet for modernisering av IKT-infrastruktur (iMod) av 22. juni 2017 (utrykt)

SAK 38/2018 VEDTAK OM PÅLEGG – OVERTREDELSESGEBYR TIL OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF

Forslag til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Oslo, den 8. mai 2018



Bjørn Erikstein

Sammendrag/innledning

Saken var kort omtalt i administrerende direktørs orienteringer i styremøte 15. desember 2017. Oslo universitetssykehus HF har nå mottatt *vedtak om pålegg – overtredelsesgebyr* på 800 000 kroner av Datatilsynet. Overtredelsesgebyret er gitt for brudd på bestemmelsene i pasientjournalloven, personopplysningsloven og personopplysnings-forskriften i forbindelse med beslutningen om å tjenesteutsette driften av helseregionens IKT-infrastruktur.

Helse Sør-Øst RHF stod for beslutningen og arbeidet med tjenesteutsettingen ble gitt til Sykehuspartner HF. Samtlige helseforetak i Helseregion Sør-Øst, bortsett fra Sykehuspartner HF, har mottatt tilsvarende vedtak og likelydende gebyr.

Kort oppsummert går kritikken og bruddene på at Oslo universitetssykehus HF:

- Som behandlingsansvarlig helseforetak ikke har hatt tilstrekkelig eierskap til, eller kontroll med de planlagte endringene knyttet til informasjonssystemet.
- Foretaket har overlatt ansvaret for beslutninger som har betydning for pasientenes personvern og informasjonssikkerheten knyttet til behandling av personopplysninger, til databehandleren og til ansatte lenger ned i organisasjonen.
- Det ble ikke gjennomført nødvendige risiko- og sårbarhetsvurderinger før det ble besluttet å konkurranseutsette avtale om strategisk partnerskap, herunder drift og vedlikehold av IKT-infrastruktur.
- Det ble ikke gjennomført nødvendige risiko- og sårbarhetsanalyser i forkant av at det ble besluttet å velge underleverandør i Bulgaria.
- Valgt underleverandør har i et begrenset tidsrom hatt tilgang til pasientopplysninger i strid med ledelsens forutsetning om tilgangskontroll.

I denne saken gjøres det kort rede for saksbehandlingsprosessen med Datatilsynet og Oslo universitetssykehus' rolle og ansvar i prosessen med å tjenesteutsette IKT-infrastrukturen. Videre gis en beskrivelse av hva foretaket har gjort og kommer til å gjøre for å sørge for at Oslo universitetssykehus vil forvalte sitt ansvar fremover.

Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Med store utfordringer i IKT-infrastrukturen i regionen valgte Helse Sør-Øst RHF å bruke en ekstern profesjonell aktør for å modernisere regionens totale infrastruktur. Valget om å bruke en underleverandør til Sykehuspartner HF ble gjort ut fra hensynet til pasientsikkerhet, forutsigbarhet, kapasitet og trygg drift. Overtredelsesgebyret fra Datatilsynet er et resultat av at Oslo universitetssykehus og de øvrige helseforetakene som databehandlingsansvarlige ikke har vært tilstrekkelig aktivt med i vurderinger og beslutninger i prosessen med å inngå avtale med en underleverandør for Sykehuspartner HF. Datatilsynet viser til at svikten er på særlig tre områder: Ledelse og ansvar, risikovurdering og tilgangskontroll. Det er helseforetaket som er pliktsubjektet for regeletterlevelse og som har og skal utøve den formelle myndighet og kompetanse som besluttende organ i disse sakene. Det ble ikke gjort i tilstrekkelig grad.

Vedtaket om overtredelsesgebyret er gjenstand for vanlig klageadgang etter forvaltningsloven og kan påklages til Personvernemnda. Foretaket har erkjent sitt juridiske ansvar, så selv om størrelsen på gebyret er gjenstand for skjønnsmessige avveininger som kan diskuteres, anbefales det at Oslo universitetssykehus ikke

påklager vedtaket. Det er imidlertid viktig at helseforetaket følger opp erfaringene fra saken og at det etableres rutiner og en modell som sikrer at Oslo universitetssykehus ivaretar sine plikter på personvern- og informasjonssikkerhetsområdet fremover

Datatilsynet har i sitt pålegg kommentert prosjektorganiseringen i saken med å bruke ordet ansvarspulverisering. Det er en kjennsgjerning at foretakene og regionalt helseforetak som del av felles styring i regionen har sin arbeidsform gjennom felles prosjekter og arbeidsgrupper. Dette er hensiktsmessig for å gå i takt og få til de mål en har definert skal være et felleseie. Skal styringsmodellen respekteres må en i dette fellesskapet samtidig opptre formelt og korrekt i sine roller som er definert i et rettslig rammeverk for det enkelte helseforetak.

I en operativ hverdag har et felleskap som dette samtidig sine utfordringer som denne saken har vist der prosjektorganiseringen ikke fanget opp de enkelte foretakenes selvstendige ansvar etter personopplysningsloven og pasientjournalloven som databehandlingsansvarlig. Et annet foretak har i sine kommentarer til Datatilsynet reist spørsmålet og anført et rettslig delt databehandlingsansvar mellom helseforetaket og regionalt helseforetak, slik at det dermed skulle foreligge en selvstendig plikt også for Helse Sør Øst RHF til å oppfylle kravene til informasjonssikkerhet. Det argumenteres for at dette er nødvendig for å oppfylle hensynene bak styringsmodellen og en premiss for overordnet regional styring. Datatilsynet har tilbakevist dette ved å fastholde at det er helseforetakene som er databehandlingsansvarlige for pasientopplysninger. Det er av interesse å følge myndighetenes initiativ og utredning om problemstillingen idet dette ble omtalt i Direktoratet for e-helse sin rapport "Informasjonssikkerhet ved bruk av private leverandører i helse- og omsorgstjenesten" fra desember 2017

Det skal her også nevnes at det gjøres mye bra innen informasjonssikkerhet og personvern, og at Oslo universitetssykehus er opptatt av å ivareta pasientenes integritetsvern. Dette blir anerkjent av Datatilsynet. I denne saken har også revisjonsfirma PricewaterhouseCoopers AS omtalt kontrakten og de krav som ble stilt til leverandøren som en internasjonal standard og beste praksis innen informasjonssikkerhet.

Organiseringen av prosjektet i denne saken har imidlertid vist svakheter, og det har i ettertid vært et felles arbeid i regionen der foretakenes selvstendighet og ansvar er tydeliggjort i rutineene. I tillegg har en skjerpet metoden for gjennomføring av risikovurderinger med vurdering i det enkelte helseforetak om restrisiko kan aksepteres eller om det er behov for ytterligere tiltak. Alt dette skal dokumenteres og spores. Avtalen med Sykehuspartner vil også bli gjennomgått med henblikk på dette. Disse innstrammingene legger vi til grunn i kommende prosesser som måtte berøre behandling av pasientopplysninger i våre og regionens IKT-løsninger, enten det dreier seg om innføring av nye applikasjoner eller endringer i eksisterende.

Generelt betraktet må samhandling organene imellom gjenspeile helseforetakenes autonomi og dette må inngå som en del av styringsmodellen.

Administrerende direktør kan også opplyse at erfaringene og oppfølgingspunktene av denne saken vil bli tatt inn i det pågående arbeidet med å innføre ny personopplysningslov i virksomheten som trer i kraft 1. juli i år. Som oppfølgingspunkter vil vi se på avtalen med Sykehuspartner HF, regeletterlevelse generelt på området, innføringen i helseforetaket og kunnskapsheving/opplæring. Det vil komme en egen styresak om tema på juni-møtet.

Faktabeskrivelse

Helse Sør-Øst RHF har etablert Sykehuspartner HF som felles leverandør av IKT-tjenester for foretakene. Dette er regulert i tjenesteavtale og databehandleravtale mellom de enkelte helseforetakene og Sykehuspartner HF. Sykehuspartner er databehandler for helseforetakene som hver for seg er databehandleransvarlig.

Styret i Helse Sør-Øst RHF besluttet i 2016 (sak 069/2016) å modernisere infrastrukturen i regionen ved hjelp av ekstern leverandør. Bakgrunnen var en kombinasjon av regionens totale behov for oppgradering og fornying av infrastrukturen, og at framtidige fellesregionale løsninger ville kreve meget store investeringer i infrastruktur. Dagens infrastruktur er fragmentert og til dels utdatert og vurderingen var at en modernisering i egen regi ville ta lengre tid enn ved bruk av ekstern leverandør. Kombinasjonen av de store investeringene som kreves framover for å opprettholde et forsvarlig nivå på infrastrukturen, samt de store investeringene som kreves for å gjennomføre de funksjonelle programmene ledet fram til beslutningen. Sentralt i valget var den stadig økende risiko i gammel infrastruktur i forhold til funksjonalitet, pasientsikkerhet og informasjonssikkerhet.

Helse Sør-Øst RHF organiserte videre arbeidet med å anskaffe og inngå avtale med en underleverandør som et prosjekt som ble ledet av Sykehuspartner. Sykehuspartner fikk en sentral rolle som regionens part i avtalen som ble inngått. Sykehuspartner skulle ved inngåelse av avtale med underleverandør, fremdeles ha hovedansvaret som databehandler, og fikk et utvidet kontrollspenn i rollen som hoveddatabehandler. Dette innebar at selv etter overføring av deler av driften fra Sykehuspartner til underleverandør, ville Sykehuspartner fremdeles være hovedansvarlig for driften overfor helseforetakene. Sykehuspartner selv vil være ansvarlig for tilgangsstyring, og ha utøvende kontroll på at tilganger gis i henhold til lov, forskrift, gjeldende retningslinjer og akseptabel restrisiko. Dette omfatter også tilgang for underleverandører, herunder også planlagt tjenesteutsetting.

I avtaler mellom det enkelte helseforetak og Sykehuspartner var det forutsatt at det skulle gjennomføres en risikovurdering av informasjonssikkerhet av hver enkelt databehandlingsansvarlige, det vil si hvert helseforetak. Først når databehandleransvarlige (helseforetaket) kunne akseptere restrisiko, ville endringer kunne gjennomføres.

Datatilsynet, som tilsynsmyndighet, har undersøkt om helseforetaket har handlet i samsvar med lovpålagte plikter. Det ble undersøkt hvilke tiltak som ble gjort for å sikre etterlevelse av lovens krav i forbindelse med at det ble besluttet å benytte ekstern leverandør til drift av IKT-infrastruktur. Undersøkelsen ble gjort med utgangspunkt i pasientjournalloven § 22 jf. § 5, personopplysningsloven §§ 13-15 og personopplysningsforskriften kapittel 2 og 3.

Helseforetaket har et juridisk ansvar for at personopplysninger, i dette tilfellet pasientopplysninger, behandles i slik loven pålegger. Denne rollen betegnes som databehandleransvarlig og innebærer en rekke plikter. Sentralt i denne saken er plikten til å vurdere risiko og personvernkonsekvenser ved tjenesteutsetting av IKT-drift og infrastruktur. Oppgaven med avtaleinngåelse med ekstern part kan databehandlingsansvarlig delegere, men beslutning om en tjenesteutsetting er forsvarlig, om ivaretagelse av personvern er ivaretatt, om det foreligger tilstrekkelig informasjonssikkerhet og aksept av restrisiko kan ikke delegeres til andre som for eksempel Sykehuspartner eller Helse Sør-Øst RHF.

Datatilsynet varslet Oslo universitetssykehus i brev av 24/10 2017 om at tilsynet ville fatte følgende vedtak:

"Oslo universitetssykehus HF pålegges å betale et overtredelsesgebyr til statskassen, pålydende kr 800 000,- kroner åttehundretusen,-, for

1. overtredelse av bestemmelsene i personopplysningsforskriften om sikkerhetsledelse og organisering av sikkerhetsarbeidet i virksomheten jf §§ 2-3, 2-7 og 2-15,
2. brudd på krav om å gjennomføre risikovurdering ved endringer som har betydning for informasjonssikkerheten i samsvar med kravene i § 2-4 jf 2-1 pasientjournalloven § 22 samt
3. overtredelse av bestemmelsene om tilgangskontroll i personopplysningsforskriften §§ 2-11 og 2-13 til 2-15".

Datatilsynet vurderte det som svært alvorlig at avtale med eksternt part ble inngått uten at det forelå tilstrekkelige risikovurderinger og uten at restrisiko ble vurdert og akseptert av de databehandlingsansvarlige i forkant av avtaleinngåelsen.

Det er fem forhold som trekkes fram som brudd på bestemmelsene i pasientjournalloven § 22 og personopplysningsloven §§ 13-15:

- De behandlingsansvarlige helseforetakene ikke har hatt tilstrekkelig eierskap til, eller kontroll med de planlagte endringene knyttet til informasjonssystemet.
- Helseforetakene har overlatt ansvaret for beslutninger som har betydning for pasientenes personvern og informasjonssikkerheten knyttet til behandling av personopplysninger, til databehandleren og til ansatte lenger ned i organisasjonen.
- Det ble ikke gjennomført nødvendige risiko- og sårbarhetsvurderinger før det ble besluttet å konkurranseutsette avtale om strategisk partnerskap, herunder drift og vedlikehold av IKT—infrastruktur.
- Det ble ikke gjennomført nødvendige risiko- og sårbarhetsanalyser i forkant av at det ble besluttet å velge underleverandør i Bulgaria.
- Valgt underleverandør har i et begrenset tidsrom hatt tilgang til pasientopplysninger i strid med ledelsens forutsetning om tilgangskontroll.

Foretakets holdning og kommentarer til varselet ble formidlet i brev av 5. desember 2017 til Datatilsynet. Foretaket erkjente sitt juridiske ansvar og hadde ingen innsigelser til at foretaket har et selvstendig juridisk ansvar. Imidlertid påpekte foretaket enkelte hensyn som vi anmodet ble tatt i betraktning ved vurdering og utmåling av det endelige vedtaket. Dette ble ikke gjort fordi foretaket var uenig i Datatilsynets vurderinger, men fordi den underleggende bestemmelsen for overtredelsesgebyret inviterer til flere momenter som særlig skal tillegges vekt ved vurdering av om gebyr skal pålegges ved lovbrudd og hvor stort gebyret eventuelt skal være jf. pasientjournalloven § 29.

Datatilsynet formidlet i brev av 19. april 2018 vedtak om overtredelsesgebyr i tråd med varselet som er omtalt ovenfor. Ut over å ta foretakets innspill til etterretning har synspunktene ikke hatt påvirkning på vurdering av gebyrets størrelse. Datatilsynet er opptatt av at størrelsen skal ha en signaleffekt.

For ordens skyld påpekes at det er en faktafeil i brevet fra Datatilsynet på s. 4 og som for øvrig ikke angår denne tilsynssaken. Det sies at «I etterkant av at vi sendte vårt varsel om vedtak er vi i brev av 9. november 2017 informert om at også IKT-

medarbeidere i India har hatt tilgang til pasientopplysninger i forbindelse med tjenesten OEBS fra Evry AS.» Dette gjelder ikke Oslo universitetssykehus og formuleringen, som vi antar også inngår i brev til andre helseforetak, skulle ikke stått i brevet til Oslo universitetssykehus HF.

OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF
Postboks 4956 Nydalen
0424 OSLO

Deres referanse
16/01531

Vår referanse
16/01531-80/GRA

Dato
19.04.2018

Vedtak om pålegg - overtredelsesgebyr til Oslo universitetssykehus HF

Vi viser til vårt varsel om vedtak av 24.10.2017 og deres svar datert 05.12.2017.

Datatilsynet gir med dette vedtak om overtredelsesgebyr i tråd med vårt varsel av 24. oktober 2017. Vedtaket er gitt med hjemmel i pasientjournalloven § 27. Nærmere begrunnelse gis i det følgende.

1. Kort oppsummering av saken

Datatilsynets varsel om vedtak gjelder pålegg mot Oslo Universitetssykehus HF om å betale overtredelsesgebyr for brudd på bestemmelsene i pasientjournalloven, personopplysningsloven og personopplysningsforskriften i forbindelse med beslutningen om å tjenesteutsette driften av helseregionens IKT-infrastruktur.

Saksforholdet og Datatilsynets vurderinger er utførlig beskrevet i vårt varsel om vedtak og vi har valgt å ikke gjengi hele innholdet her.

Bakgrunnen for saken er at Datatilsynet i brev av 26. mai 2017 ba alle helseforetakene i Helse Sør-Øst RHF redegjøre for hvilke risikovurderinger og aksept av restrisiko som lå til grunn for beslutningen om å tjenesteutsette ansvaret for IKT-drift i regionen. Vi mottok likelydende svar fra alle helseforetakene datert 14. juni 2017 der det ble gjort rede for hvilke vurderinger som er gjort i forbindelse med at det ble inngått avtale med eksternt leverandør om strategisk samarbeid og IKT-drift.

Kort oppsummert er det fem forhold knyttet til den konkrete kontraktsinngåelsen som etter vår vurdering innebærer brudd på bestemmelsene i pasientjournalloven § 22 og personopplysningsloven §§ 13-15:

- De behandlingsansvarlige helseforetakene ikke har hatt tilstrekkelig eierskap til, eller kontroll med de planlagte endringene knyttet til informasjonssystemet.
- Helseforetakene har overlatt ansvaret for beslutninger som har betydning for pasientenes personvern og informasjonssikkerheten knyttet til behandling av personopplysninger, til databehandleren og til ansatte lenger ned i organisasjonen.

- Det ble ikke gjennomført nødvendige risiko- og sårbarhetsvurderinger før det ble besluttet å konkurranseutsette avtale om strategisk partnerskap, herunder drift og vedlikehold av IKT-infrastruktur.
- Det ble ikke gjennomført nødvendige risiko- og sårbarhetsanalyser i forkant av at det ble besluttet å velge underleverandør i Bulgaria.
- Valgt underleverandør har i et begrenset tidsrom hatt tilgang til pasientopplysninger i strid med ledelsens forutsetning om tilgangskontroll.

Datatilsynet mener det er svært alvorlig at denne avtalen ble inngått uten at det forelå tilstrekkelige risikovurderinger og uten at restrisiko ble vurdert og akseptert av de behandlingsansvarlige i forkant av avtaleinngåelsen. Vi varslet derfor i medhold av pasientjournalloven §§ 29 jf. 22 og 5 følgende pålegg i vårt vedtak av 24. oktober 2017:

Oslo Universitetssykehus HF pålegges å betale et overtredelsesgebyr til statskassen, pålydende Kr. 800 000,- -kroner åttehundretusen- , for

1. *overtredelse av bestemmelsene i personopplysningsforskriften om sikkerhetsledelse og organisering av sikkerhetsarbeidet i virksomheten jf. §§ 2-3, 2-7 og 2-15,*
2. *brudd på krav om å gjennomføre risikovurdering ved endringer som har betydning for informasjonssikkerheten i samsvar med kravene i § 2-4 jf. 2-1 pasientjournalloven § 22 samt*
3. *overtredelse av bestemmelsene om tilgangskontroll i personopplysningsforskriften §§ 2-11 og 2-13 til 2-15.*

2. Datatilsynets kommentarer til innspill fra helseforetaket

Vi har vurdert helseforetakets merknader i brev av 5. desember 2017 og gjennomgår disse kronologisk i det følgende.

Innledningsvis bemerker Oslo Universitetssykehus HF at virksomheten ikke har innsigelser til at foretaket, som databehandlingsansvarlig, har et selvstendig ansvar for etterlevelse av regelverket, men at de har enkelte merknader som de ber om at Datatilsynet tar i betraktning i vurdering, utforming og utmåling av det endelige vedtaket.

2.1 Strukturelle forhold – felles i regionen

Helseforetaket påpeker at Helse Sør-Øst RHF har etablert Sykehuspartner som en felles leverandør av IKT-tjenester for foretakene og at dette er regulert i tjenesteavtalen og databehandleravtalen mellom de enkelte helseforetakene og Sykehuspartner. Videre skriver de at Oslo universitetssykehus har fullt ansvar som databehandlingsansvarlig og Sykehuspartner er hoveddatabehandler og har en rekke underleverandører.

Det bemerkes videre at Sykehuspartner ved inngåelse av avtale med underleverandør fremdeles har hovedansvaret som databehandler, men får et utvidet kontrollspenn i rollen som hoveddatabehandler. Dette innebærer ifølge foretaket at selv etter overføring av deler av driften fra Sykehuspartner til underleverandør, vil Sykehuspartner være hovedansvarlig for driften. Dette innebærer at Sykehuspartner selv vil være ansvarlig for tilgangsstyring og ha utøvende kontroll på at tilganger gis i henhold til lov, forskrift, gjeldende retningslinjer og akseptabel restrisiko. Dette omfatter også tilgang for underleverandører, inkludert planlagt

outsourcing. I henhold til inngått avtale vil det først etter gjennomført risikovurdering og etter at databehandlingsansvarlig kan akseptere restrisiko, kunne gjøres endringer i dette.

Oslo universitetssykehus har tatt til etterretning Datatilsynets vurdering om at foretaket som databehandlingsansvarlig skulle vært mer aktiv med vurderinger og beslutninger i prosessen med å inngå avtale og etablere underleverandører for Sykehuspartner. Dette følges opp ved at det innføres forbedringer i system og rutiner for informasjonssikkerhet og personvern slik at det tas hensyn til foretakets databehandlingsansvar også ved regionale løsninger og tjenester.

Helseforetaket orienterer videre om at det er påbegynt et felles arbeid i regionen der foretakenes selvstendighet og ansvar skal sikres formelt og reelt. Arbeidet innebærer en tydeliggjøring og styrking av metoden for gjennomføring av risikovurderinger, inkludert det enkelte foretakets vurdering og aksept av restrisiko. Helseforetaket skal i den forbindelse også gjennomgå avtalen med Sykehuspartner med tanke på nødvendige oppfølgingspunkter. Det opplyses videre at det ved innføring av nye applikasjoner er etablert gjennomføring av risikovurderinger slik at hvert enkelt foretak må gjøre sine vurderinger, herunder vurdere om restrisiko kan aksepteres. Rutinen skal ytterligere dokumenteres og sikres slik at det tas hensyn til sykehusets databehandlingsansvar også ved regionale løsninger og tjenester.

Datatilsynet tar foretakets merknader om strukturelle forhold, felles for regionen, til etterretning. Tiltakene som er iverksatt for å sikre ivaretagelse av de databehandlingsansvarliges ansvar og plikter vurderes som nødvendige for å sikre at helseregionens organisasjonsstruktur ivaretar de enkelte foretakenes selvstendige ansvar.

Ut over at vi tar foretakets innspill til etterretning, oppfatter vi svaret fra Oslo universitetssykehus slik at det ikke gjøres innsigelser mot de vurderingene som ligger til grunn for vårt varsel om vedtak.

2.2 Virksomhetsoverdragelsen ble utsatt uavhengig av medieomtale

Helseforetaket viser til 7.2.7 *Andre reaksjoner?* der Datatilsynet har skrevet følgende: «vår vurdering er at offentlig omtale av saken har bidratt til å begrense konsekvensene av de feil som er begått ved at Helse Sør-Øst har stanset fremdriften av prosjektet».

Helseforetaket presiserer i sitt svar at virksomhetsoverdragelsen ble utsatt av faglige grunner og ikke som følge av mediens oppmerksomhet. Virksomhetsoverdragelsen var planlagt gjennomført 1. mai 2017. Videre skriver de at forutsetningen for gjennomføringen av virksomhetsoverføringen var 19 definerte kriterier som skulle vurderes og gi grunnlag for beslutning om man var klar til virksomhetsoverdragelse eller ikke. Virksomhetsoverdragelse ble besluttet utsatt 20. april 2017, basert på at blant annet informasjonssikkerhetskriteriet ikke var tilfredsstillende imøtekommet.

Vi tar helseforetakets presisering til etterretning. Dette endrer ikke vår oppfatning av at medias omtale har påvirket utviklingen i denne saken.

Uavhengig av årsaken til at prosjektet ble stanset er det et faktum at prosjektet ble stanset og tiltak iverksatt. Vårt vedtak om overtredelsesgebyr er basert på lovbrudd som fant sted i prosjektets planleggingsfase.

Delkonklusjon: Denne presiseringen fra helseforetakets side har ingen betydning for de vurderingene som ligger til grunn for vårt varslede vedtak.

2.3 Drift av dagens infrastruktur

Helseforetaket viser til punkt 6.3.3 om opplysninger fremkommet i saken der vi skriver at noen av representantene fra de ulike helseforetak var bekymret som følge av risiko knyttet til å «legge driften til Bulgaria». Helseforetaket gjør oppmerksom på at den planlagte overføring av drift av dagens infrastruktur til underleverandør, var driften i hovedsak planlagt fra Norge i den første fasen og med ressurser virksomhetsoverdratt fra Sykehuspartner.

Videre vises det til foretaket i sitt brev av 15. juni 2017 viste til at Oslo universitetssykehus i avtalen med underleverandør er sikret kontroll med risikovurderingene og eventuell aksept av restrisiko ved behandling av personopplysninger utenfor Norge, jf. avtalens Appendix 1-A-6 punkt 2.1. Det påpekes at dette bidrar til å sikre Oslo Universitetssykehus kontroll med informasjonssikkerheten.

Vår kommentar til dette er at vårt vedtak er basert på at det ikke er foretatt risikovurderinger i forkant av beslutningen om å tjenestestutsette IKT-drift, vedlikehold og infrastruktur. Arbeidet med risikovurderinger er en kontinuerlig prosess og må derfor også være en del av avtaleforholdet med valgt underleverandør. At det finnes vedlegg i kontrakten som sikrer foretakenes kontroll er en nødvendighet, men endrer ikke vår vurdering når det gjelder avvik fra lovens krav i forkant av avtaleinngåelsen. I denne sammenhengen er det heller ikke avgjørende at man har planlagt en trinnvis overdragelse. Det er ikke bestridt at underleverandører fra Bulgaria i et begrenset tidsrom har hatt tilgang til pasientopplysninger.

I etterkant av at vi sendte vårt varsel om vedtak er vi i brev av 9. november 2017 informert om at også IKT-medarbeidere i India har hatt tilgang til pasientopplysninger i forbindelse med tjenesten OEBS fra EVRY AS. Det er opplyst at det ikke er utført risiko- og sårbarhetsvurderinger relatert til denne tjenesten og databehandleravtaler mangler. Sykehuspartner har iverksatt tiltak for å lukke avviket.

Delkonklusjon: Merknadene fra helseforetaket har ingen betydning for den vurderingen som ligger til grunn for vårt varslede vedtak. Saken det informeres om i brev av 9. november 2017 viser i tillegg at denne saken ikke er enestående og at det finnes flere liknende avvik.

2.4 Tilsynets henvisning til helseforetakenes vurdering av krav til tidspunkt for risikovurdering - feilsitat

Helseforetaket viser til vårt varsel punkt 5.4 om Helseforetakenes redegjørelse, avsnitt 3 og påpeker at det er gjort et feilsitat fra foretakets brev av 15. juni. Datatilsynet har skrevet at helseforetakene legger til grunn at det ikke er et krav at risikovurderinger skal gjennomføres før behandling av personopplysninger iverksettes eller før man iverksetter endring som kan ha betydning for informasjonssikkerheten. Det vises til at foretaket i sitt brev har skrevet at

«Risikovurdering må foretas før behandling av personopplysninger iverksettes eller før man iverksetter endring som kan ha betydning for informasjonssikkerheten og at dette innebærer at sykehuset skal kunne akseptere restrisiko før endringer i tjenester og drift kan gjennomføres».

Vår kommentar til dette er at vi viser til vårt varsel der vi i punkt 6.3 redegjør for hvorfor risikovurderinger må gjennomføres i forkant av beslutningen om å tjenesteutsette IKT-drift og i forkant av beslutningen om å legge driften til utlandet. Det er selve beslutningen om å tjenesteutsette som innebærer endring av betydning for informasjonssikkerhet og personvern. Det er åpenbart at man også må vurdere om nødvendige sikkerhetstiltak er på plass før man iverksetter behandling av personopplysninger i regi av databehandler, men før dette må det vurderes om tjenesteutsetting i det hele tatt kan finne sted.

Delkonklusjon: Merknaden om feilsitat har således ingen betydning for vår vurdering.

2.5 Tilgangskontroll

Helseforetaket viser til punkt 6.2.3 Datatilsynets vurdering/tilgangen som ble gitt til tjenesteleverandør i Bulgaria der vi har skrevet at det er uklart om opplysninger har kommet på avveie.

Sykehuset viser til at det ikke foreligger indikasjoner eller bevis på at det har vært misbruk eller forsøk på misbruk av tilgang til helseopplysninger. Konklusjonen er basert på gjennomgang av de logger som finnes. Det opplyses også at det ikke er oppdaget fravær av tjenester og at Sykehuspartners analyseplattform har en sentral funksjon for å sikre infrastrukturen og data i Helse Sør-Øst og oppdage kompromitterende angrep i tidlig fase. Det vises til at angrep så langt har vært avverget.

Vår kommentar er at vi i senere tid har sett at alvorlige avvik har blitt oppdaget og at det ikke finnes systemer for å avdekke hva som skjer når uvedkommende er inne i systemet.

I og med at det er uklart hvilke konsekvenser tilgangen har fått, er vårt vedtak kun basert på at det er gitt tilgang til pasientopplysninger i strid med ledelsens forutsetning om at eksterne leverandører ikke skulle ha tilgang til pasientopplysninger. Vi viser til vår konklusjon i varsel om vedtak punkt 6.2.4 andre avsnitt og fastholder at det er gitt tilgang til pasientopplysninger i strid med ledelsens forutsetninger og dermed uten forankring i ledelsen. Dette innebærer overtredelse av personopplysningsforskriften §§ 2-11 og 2-13 til 2-15.

Delkonklusjon: Helseforetakets merknad har ingen betydning for vår vurdering.

2.6 Styringssystem for informasjonssikkerhet og organisering av arbeidet med informasjonssikkerhet og personvern i Oslo universitetssykehus

Oslo universitetssykehus forklarer at sykehuset har et omfattende styringssystem for informasjonssikkerhet. Vi tar dette til etterretning. Det vises også til at det gjennom databehandleravtale med Sykehuspartner er etablert et sikkerhetsrammeverk for behandling av personopplysninger på vegne av foretaket og databehandlere også har et selvstendig ansvar for å påse at behandlingen skjer i overensstemmelse med lovpålagte krav.

Datatilsynets vurdering er at våre funn i denne saken ikke betyr at de enkelte helseforetakene isolert sett, eller generelt ikke har retningslinjer eller systemer som tilfredsstillende kravene i regelverket. Vårt vedtak er ikke basert på at vi har gjennomført tilsyn med helseforetakenes internkontroll og informasjonssikkerhet generelt. De avvikene som er avdekket i vår rapport er relatert til avtaleinngåelsen med DXC, det sikkerhetsfaglige arbeidet og vurderingene som ikke ble utført i forkant av beslutningen om å tjenesteutsette oppdraget, i forkant av anskaffelsesprosessen og før avtaleinngåelsen var et faktum.

Vår vurdering er basert på forhold som er avdekket fordi vi ba om en redegjørelse fra de databehandlingsansvarlige om deres rolle i prosjektet og forankringen av de beslutninger som ble tatt.

Saken har vist at det til tross for at helseforetakene har systemer for å sikre tilfredsstillende informasjonssikkerhet er åpenbart at organiseringen av prosjektet har bidratt til at gjennomføringen ikke har skjedd i samsvar med disse rutinene., Det kan også være at eksisterende rutiner for konsernovergripende prosjekter ikke har vært gode nok, eller at de ikke har vært godt nok forankret i et prosjekt i denne størrelsesorden. Resultatet er at de behandlingsansvarlige ikke har oppfylt sine plikter etter regelverket. Overtredelsene har skjedd innledningsvis, før og i forbindelse med anskaffelsesprosessen, før avtale ble inngått og før endringene ble implementert og satt i drift. Som forklart i vårt varsel er det ikke tilstrekkelig i denne type saker at det utføres risikovurderinger under vegs i prosjektet, etter at avtale er inngått.

Delkonklusjon: Vi tar deres kommentarer til etterretning, men ser ikke at forholdene som påpekes endrer vår vurdering.

2.7 Forberedelse til ny personvernregulering

Oslo universitetssykehus informerer om sitt arbeid med forberede overgangen til ny personopplysningslov og at Sykehuspartner fortsatt vil ha en sentral rolle i arbeidet med å sikre felles rutiner og prosedyrer i regionen, samtidig som man sikrer den enkelte databehandlingsansvarlige muligheten til å ivareta sitt ansvar etter loven.

Vi tar informasjonen til etterretning.

2.8 Foretaksmodellen og håndtering av databehandlingsansvaret

Oslo universitetssykehus informerer om at helseforetaksstrukturen i noen grad utfordrer databehandlingsansvaret som tilligger helseforetakene når sentrale myndigheter og Helse Sør-Øst fatter beslutninger som har konsekvenser for som sitter med databehandlingsansvaret. Inntil det eventuelt kommer endringer i regelverket som løser disse utfordringene har regionen iverksatt tiltak som skal sikre at blant annet restrisikovurderinger forankres i de databehandlingsansvarliges virksomhet. Vi vurderer de forslåtte tiltakene som nødvendige for å lukke de avvik som er identifisert både i PwC rapporten og i vårt varslede vedtak. Dette har imidlertid ikke betydning for utmåling av overtredelsesgebyr som er ilagt som følge av avvik.

Vi tar denne informasjonen til etterretning.

2.9 Vurdering av om gebyr skal ilegges og vurdering av gebyrets størrelse

Oslo universitetssykehus anfører at det er formildende omstendigheter for helseforetaket og anmoder Datatilsynet om å vektlegge disse i vurderingen av overtredelsesgebyret og gebyrets størrelse.

For det første vises det til at sykehuset har stor oppmerksomhet på informasjonssikkerhet og personvern og et omfattende styringssystem knyttet til dette. Foretaket er underlagt et regionalt system for IKT, men databehandleravtalen har betingelser som skal sikre foretaket kontroll med informasjonssikkerheten.

Datatilsynet anser det ikke som formildende at helseforetakene har gode rutiner for informasjonssikkerhet generelt, når det i denne saken så tydelig fremkommer at ledelsesforankring og sikkerhetsarbeid ikke har vært utført i samsvar med lovens krav.

Datatilsynet er klar over at helseforetakene er underlagt regional styring når det gjelder system for IKT- drift og infrastruktur. Konsekvensen av den regionale styringen er at de behandlingsansvarlige sitter med ansvaret etter personopplysningsloven, til tross for at det regionale helseforetaket er de som har tatt beslutningene i prosjektet. Etter gjeldende rett er det den databehandlingsansvarlige som er pliktsubjekt etter personopplysningsloven. Det er helseforetakene som med hjemmel i lov har behandlingsgrunnlag for å behandle pasientopplysninger.

Denne saken har vist at det er svært viktig å ha klarhet i hvilke virksomheter som er ansvarlig for etterlevelse av regelverket.

Sykehuset viser videre til at de ikke har hatt noen interesse av eller fordeler som følge av avvikene eller som motivasjon for å unnlate å følge lovpålagte krav. De viser også til at det ikke er funnet bevis for at pasientopplysninger har vært misbrukt eller kommet på avveie.

Hvorvidt foretaket har hatt eller kunne ha oppnådd fordeler ved overtredelsen viser vi til vårt varsel punkt 7.2.4 og 7.2.5. Hvorvidt det er den behandlingsansvarlige eller helseregionen som drar nytte av fordeler ved gjennomføring av felles prosjekter kan sikkert diskuteres, men objektivt sett må vi legge til grunn at det er en fordel for det enkelte foretak at store anskaffelser gjennomføres en gang fremfor at hvert helseforetak må utføre en egen anskaffelsesprosess. Ut over dette er heller ikke dette forholdet tillagt avgjørende vekt i vår vurdering.

Når det gjelder betydningen av at det ikke er dokumentert eller bevist at pasientopplysninger er kommet på avveie viser vi til punkt 2.5 over.

Helseforetaket påpeker avslutningsvis at innholdet i vårt varsel er bredt anlagt og at overtredelsesgebyr gis det enkelte foretak og at utmålingen skal skje individuelt jf. forvaltningsloven kapittel IX. Helseforetaket bemerker for ordens skyld at avtalen med DXC omfatter hele regionen og ikke bare Oslo universitetssykehus. Foretaket stiller dermed spørsmål ved om det er riktig å legge kontraktens verdi til grunn når Datatilsynet vurderer gebyrets størrelse.

Når det gjelder utmåling av gebyrets størrelse viser vi til vår vurdering i varsel om vedtak kapittel 7.3.

For å understreke hvorfor vi ikke har gått langt i å vurdere om det individuelle forskjeller mellom helseforetakene og deres økonomiske bæreevne som tilsier at gebyrets størrelse bør individualiseres, viser vi til at gebyrets størrelse først og fremst har en signaleffekt. Vi legger dette til grunn fordi gebyrets samlede størrelse for helseforetakene i Helse Sør-Øst utgjør 1 promille av kontraktens verdi og om lag 0,1 promille av Helse Sør-Østs årlige omsetning.

For det enkelte foretak utgjør 800.000,- uavhengig av helseforetakets størrelse, en svært liten del av den totale omsetningen. Gebyret anses ikke å være i en størrelsesorden som påvirker det enkelte helseforetak på en måte som setter det i en vanskelig økonomisk situasjon.

Sunnaas sykehus hadde som eksempel i 2016 en årlig omsetning på ca. 580.000.000,- og et positivt driftsresultat på 23.000.000,-. Gebyrets størrelse utgjør 1,4 promille av sykehusets omsetning og 3,5 prosent av det positive driftsresultatet.

Et annet eksempel er Oslo Universitetssykehus HF, som hadde en årlig omsetning på i overkant av 22 milliarder og et driftsresultat på ca. 285 millioner. Gebyret utgjør 0,004 promille av omsetningen til helseforetaket og 2,8 promille av driftsresultatet.

Det er derfor riktig at det er åpenbare forskjeller mellom helseforetakenes økonomiske evne, men vi kan ikke se at det er dokumentert forhold som skulle tilsi at gebyrets størrelse skal justeres ned for noen av foretakene.

Konklusjon

Vi har vurdert kommentarene fra Oslo universitetssykehus og tar disse til etterretning.

Vår konklusjon er at det ikke er gjort innsigelser mot vår vurdering av avvik. Det er ikke kommet innspill som påvirker vår vurdering av om overtredelsesgebyr bør ilegges og vi kan heller ikke se at det foreligger omstendigheter som tilsier at gebyrets størrelse skal endres.

3. Vedtak om overtredelsesgebyr

Oslo Universitetssykehus HF pålegges å betale et overtredelsesgebyr til statskassen, pålydende Kr. 800 000,- -kroner åttehundretusen- , for

1. overtredelse av bestemmelsene i personopplysningsforskriften om sikkerhetsledelse og organisering av sikkerhetsarbeidet i virksomheten jf. §§ 2-3, 2-7 og 2-15,
2. brudd på krav om å gjennomføre risikovurdering ved endringer som har betydning for informasjonssikkerheten i samsvar med kravene i § 2-4 jf. 2-1 pasientjournalloven § 22 samt
3. overtredelse av bestemmelsene om tilgangskontroll i personopplysningsforskriften §§ 2-11 og 2-13 til 2-15.

Overtredelsesgebyret forfaller til betaling fire uker etter at vedtaket er endelig. Vedtaket er tvangsgrunnlag for utlegg. Inndrivelse av kravet vil bli gjennomført av Statens innkrevingsentral.

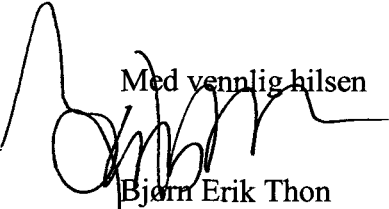
4. Klagemulighet

Dere kan klage på vedtaket. En eventuell klage må sendes til oss **innen tre uker** etter at dette brevet er mottatt (jf. forvaltningsloven §§ 28 og 29). Dersom vi opprettholder vårt vedtak vil vi sende saken videre til Personvernemnda for klagebehandling.

5. Innsyn og offentlighet

Dere har rett til innsyn i sakens dokumenter (jf. forvaltningsloven § 18). Vi vil også informere dere om at alle dokumentene i utgangspunktet er offentlige (jf. offentlighetsloven § 3), men understreker samtidig at sikkerhetsdokumentasjon som hovedregel er unntatt offentlighet (jf. offentlighetsloven § 13, jf. personopplysningsloven § 45).

Med vennlig hilsen


Bjørn Erik Thon
direktør


Grete Alhaug
seniorrådgiver

Kopi til: Helse Sør-Øst RHF, Postboks 404, 2303 HAMAR
Helsetilsynet, Postboks 8128 Dep, 0032 OSLO
Sykehuspartner HF, Postboks 3562, 3007 DRAMMEN

Oslo Universitetssykehus HF
Postboks 4956 Nydalen
0424 OSLO

Deres referanse
2017/8715

Vår referanse
16/01531-51/GRA

Dato
24.10.2017

Varsel om vedtak – overtredelsesgebyr – Oslo Universitetssykehus HF

Innhold

1	Innledning.....	2
2	Datatilsynets vurdering –oppsummert	3
3	Varsel om pålegg -Vedtak om overtredelsesgebyr	4
4	Generelt om bruk av databehandlere i helsesektoren.....	4
5	Sakens bakgrunn	6
5.1	Om foretaksmodellen	6
5.2	Nærmere om avtalen som er inngått med ekstern leverandør	7
5.3	Datatilsynets saksbehandling.....	7
	Vårt krav om redegjørelse	8
5.4	Helseforetakenes redegjørelse	9
6	Datatilsynets vurdering og begrunnelse	9
6.1	Ledelsesforankring/ansvarlighet.....	9
6.1.1	Rettslig grunnlag	9
6.1.2	Opplysninger fremkommet i saken	10
6.1.3	Datatilsynets vurdering	10
6.1.4	Konklusjon	11
6.2	Tilgangskontroll.....	11
6.2.1	Rettslig grunnlag	11
6.2.2	Opplysninger fremkommet i saken	11
6.2.3	Datatilsynets vurdering	11
6.2.4	Konklusjon	13
6.3	Risikovurdering	13

6.3.1	Rettslig grunnlag	13
6.3.2	Nærmere om formålet med risikovurdering og når den må gjennomføres	14
6.3.3	Opplysninger fremkommet i saken	22
6.3.4	Datatilsynets vurdering	24
6.3.5	Konklusjon	26
7	Varsel om vedtak -Overtredelsesgebyr	26
7.1	Datatilsynets vurdering.....	26
7.1.1	Konklusjon	27
7.2	Vurdering av om overtredelsesgebyr skal ilegges	27
7.2.1	Alvorlighetsgrad, vurdering av §29 a.....	27
7.2.2	I hvilken grad den databehandlingsansvarlige har utvist skyld, vurdering av §29b	28
7.2.3	I hvilken grad kunne overtredelsen vært unngått , vurdering av §29 c.....	29
7.2.4	Har overtredelsen fremmet den de behandlingsansvarliges interesser? Vurdering av §29 d).....	30
7.2.5	Har de behandlingsansvarlige oppnådd en fordel ved overtredelsen? Vurdering av §29 e).....	31
7.2.6	Foreligger gjentakelse? Vurdering av §29 f).....	31
7.2.7	Andre reaksjoner? Vurdering av §29 g).....	31
7.3	Vurdering av gebyrets størrelse	32
8	Orientering om videre fremdrift.....	33
9	Innsyn og offentlighet	33

1 Innledning

Datatilsynet sendte den 26. mai 2017 brev til alle helseforetakene i Helse Sør-Øst RHF. I brevet ba vi om en redegjørelse blant annet for hvilke risikovurderinger og aksept av restrisiko som lå til grunn for beslutningen om å tjenesteutsette ansvaret for IKT-drift i regionen. Vi viser til likelydende brev fra alle helseforetakene datert 14. juni 2017 der det er gjort rede for hvilke vurderinger som er gjort i forbindelse med at det er inngått avtale med ekstern leverandør om strategisk samarbeid og IKT-drift.

I det følgende vil vi vurdere saken og besvare redegjørelsene samlet.

Innledningsvis ønsker vi å understreke at Datatilsynet er positiv til at det gjøres tiltak for å etablere en robust og sikker IKT-infrastruktur og drift av denne. Modernisering av de

eksisterende løsningene kan gi økt robusthet, bedre funksjonalitet, økt pasientsikkerhet og informasjonssikkerhet.

Det er grunn til å understreke at saken er spesiell fordi det er første gang norske helseforetak har besluttet å legge drift av hele helseregionens IKT-infrastruktur til ekstern leverandør i utlandet. Driften omfatter behandling av helseopplysninger om mer enn halve Norges befolkning og saken er av den grunn også prinsipiell med tanke på liknende prosjekter som er under planlegging i helsesektoren.

2 Datatilsynets vurdering –oppsummert

Vi har gjennomgått svarene fra helseforetakene. Svarene som er gitt i redegjørelsen samt informasjon vi har mottatt i forbindelse med våre undersøkelser ligger til grunn for følgende hovedkonklusjoner:

- De behandlingsansvarlige helseforetakene ikke har hatt tilstrekkelig eierskap til, eller kontroll med de planlagte endringene knyttet til informasjonssystemet.
- Helseforetakene har overlatt ansvaret for beslutninger som har betydning for pasientenes personvern og informasjonssikkerheten knyttet til behandling av personopplysninger, til databehandleren og til ansatte lenger ned i organisasjonen.
- Det ble ikke gjennomført nødvendige risiko- og sårbarhetsvurderinger før det ble besluttet å konkurransenutsette avtale om strategisk partnerskap, herunder drift og vedlikehold av IKT-infrastruktur.
- Det ble heller ikke gjennomført nødvendige risiko og sårbarhetsanalyser i forkant av at det ble besluttet å velge underleverandør i Bulgaria.
- Valgt underleverandør har i et begrenset tidsrom hatt tilgang til pasientopplysninger i strid med ledelsens forutsetning om tilgangskontroll.

Manglende sikkerhetsledelse og manglende rutiner for å sikre kontroll anses å være i strid med kravene i pasientjournalloven § 22 jf. § 5, personopplysningsloven §§ 13- 15 og personopplysningsforskriften §§ 2-3, 2-7 og 2-15.

Manglende etterlevelse av plikten til å gjennomføre risikovurdering ved endringer som har betydning for informasjonssikkerheten er i strid med kravet i personopplysningsforskriften §§ 2-4 jf. 2-1 og pasientjournalloven § 22.

Tilgang til pasientopplysninger er gitt i strid med ledelsens forutsetninger og dermed uten forankring i ledelsen. Dette innebærer overtredelse av personopplysningsforskriften §§ 2-11 og 2-13 til 2-15. Tilgang gitt i strid med ledelsens beslutning viser også manglende ledelsesforankring som omtalt i forrige punkt.

Datatilsynet mener det er svært alvorlig at denne avtalen ble inngått uten at det forelå tilstrekkelige risikovurderinger og uten at restrisiko ble vurdert og akseptert av de behandlingsansvarlige i forkant av avtaleinngåelsen.

Alle tiltak som er satt i verk i etterkant av avtaleinngåelsen, og som følge av at saken har vært løftet i media vurderes som nødvendige for å avhjelpe situasjonen som har oppstått. Datatilsynet er tilfreds med at det tas ansvar for å rette opp de feilene som er avdekket og at Helse Sør-Øst har stanset prosjektet inntil videre.

På grunnlag av disse konklusjonene varsler vi følgende pålegg:

3 Varsel om pålegg -Vedtak om overtredelsesgebyr

Dette er et varsel om at Datatilsynet, i medhold av pasientjournalloven §§ 29 jf. 22 og 5 vil fatte følgende vedtak:

Oslo Universitetssykehus HF pålegges å betale et overtredelsesgebyr til statskassen, pålydende Kr. 800 000,- -kroner åttehundretusen- , for

- 1. overtredelse av bestemmelsene i personopplysningsforskriften om sikkerhetsledelse og organisering av sikkerhetsarbeidet i virksomheten jf. §§ 2-3, 2-7 og 2-15,*
- 2. brudd på krav om å gjennomføre risikovurdering ved endringer som har betydning for informasjonssikkerheten i samsvar med kravene i § 2-4 jf. 2-1 pasientjournalloven § 22 samt*
- 3. overtredelse av bestemmelsene om tilgangskontroll i personopplysningsforskriften §§ 2-11 og 2-13 til 2-15.*

Overtredelsesgebyret forfaller til betaling fire uker etter at vedtaket er endelig. Vedtaket er tvangsgrunnlag for utlegg. Inndrivelse av kravet vil bli gjennomført av Statens innkrevingsentral.

4 Generelt om bruk av databehandlere i helsesektoren

Lovpålagte krav om klare ansvarslinjer, sikkerhetsledelse, ledelsesforankring og kontroll er nødvendige for å sikre at den behandlingsansvarlige behandler personopplysninger i samsvar med prinsippet om ansvarlighet. Ansvarlighetsprinsippet er grunnleggende i personvernretten, på lik linje med prinsippene om bl.a. rettferdig og gjennomiktig behandling av personopplysninger og prinsippet om forholdsmessighet.

Helseforetakenes handlingsrom når det gjelder tjenesteutsetting og bruk av databehandlere i utlandet er ikke særregulert, og følger derfor av de alminnelige bestemmelsene i personopplysningsloven jf. pasientjournalloven § 5 og personopplysningsloven § 15. Dette betyr at helseopplysninger kan overføres til en databehandler og behandles av denne på den måten som er skriftlig avtalt med den databehandlingsansvarlige. Skriftlig avtale er også et krav dersom opplysningene skal overføres til noen andre (en tredjepart) for lagring eller bearbeidelse. Dette betyr at det må foreligge skriftlig avtale mellom den databehandlingsansvarlige og databehandleren dersom databehandleren ønsker å benytte underleverandører for deler av virksomheten.

Dersom en databehandler befinner seg i utlandet kommer også bestemmelsene i personopplysningsloven § 29 og 30 til anvendelse. Lovens utgangspunkt er at overføring av opplysninger til utlandet er forbudt, med mindre staten sikrer en forsvarlig behandling av opplysningene. Stater som har gjennomført EUs personverndirektiv om beskyttelse av fysiske personer i forbindelse med behandling av personopplysninger og om fri utveksling av slike opplysninger, oppfyller i prinsippet kravet til forsvarlig behandling.

Regelverket åpner derfor for bruk av databehandlere i helsesektoren forutsatt at den behandlingsansvarlige forsikrer seg om at lovens øvrige krav er oppfylt. Dette gjelder uavhengig av om formålet er å tjenestestutsette lagring, infrastruktur, applikasjon, drift eller administrasjon av hele eller deler av virksomheten.

Overføring av personopplysninger til en ekstern leverandør eller databehandler, er bare tillatt dersom leverandøren tilfredsstiller kravene i personopplysningsforskriftens kapittel 2 jf. § 2-15. Formålet med bestemmelsene i kapittel 2 er å sikre konfidensialitet, tilgjengelighet og integritet for opplysningene, i den grad det er nødvendig for å hindre fare for tap av liv og helse, økonomisk tap eller tap av anseelse og personlig integritet. Det følger av § 2-1 siste ledd at informasjonssikkerhetstiltak som treffes i medhold av forskriften skal stå i forhold til sannsynligheten og konsekvensen av sikkerhetsbrudd.

Tiltakene som treffes skal være planlagte og systematiske. Dette følger av pasientjournalloven § 22 og forskriften § 2-1. Ansvar for at kravene i forskriften er oppfylt er plassert hos den som har det daglige ansvaret for virksomheten.

Den behandlingsansvarlige skal etablere klare ansvars og myndighetsforhold overfor eksterne leverandører og beskrive disse i en egen avtale. Den databehandlingsansvarlige plikter også å ha kunnskap om sikkerhetsstrategien hos leverandøren og jevnlig forsikre seg om at strategien gir tilfredsstillende informasjonssikkerhet. Den behandlingsansvarlige er derfor pålagt å gjennomføre jevnlig revisjoner med databehandler jf. § 2-5.

Dersom databehandleren vurderer å gjøre endringer som har betydning for informasjonssikkerheten i sitt informasjonssystem, ut over det som er avtalt med den behandlingsansvarlige, er det følgelig også et krav etter § 2-7, jf. §§ 2-4 og 2-15 jf. personopplysningsloven § 15, at slike endringer krever autorisasjon fra den behandlingsansvarliges daglige leder.

Plikten til å gjennomføre risikovurdering er regulert i forskriften § 2-4. Formålet med en slik vurdering er å skaffe slik oversikt over og informasjon om hvilke konsekvenser endringen kan få som er nødvendig for å sette den behandlingsansvarlige i stand til å ta riktige beslutninger. Når virksomheten vurderer å gjøre endringer som kan påvirke de kriteriene virksomheten har satt for akseptabel risiko, må ledelsen ta stilling til spørsmålet før de beslutter at endringen er gjennomførbar. Dersom tjenestestutsetting påvirker den behandlingsansvarliges plikt til å sikre etterlevelse av krav om konfidensialitet, må det vurderes om dette kan avhjelpest, eller om risikoen blir så stor at den ikke kan anses forenelig med kriteriene for akseptabel risiko. Ledelsen kan ikke beslutte tjenestestutsetting dersom den hindrer virksomheten å etterleve

lovpålagte krav, eller dersom den får konsekvenser for de registrerte som er i strid med deres rettigheter etter regelverket.

5 Sakens bakgrunn

Datatilsynet mottok høsten 2016 flere henvendelser fra ansatte i Helse Sør-Øst konsernet og pasienter som var bekymret fordi de mente de vedtatte planene om tjenesteutsetting ville få konsekvenser for personvern og informasjonssikkerhet i helseforetakene. Vi henvendte oss til Helse Sør-Øst RHF for å undersøke saken nærmere. I etterkant av første møte høsten 2016 har vi vært i dialog med Helse Sør-Øst RHF og Sykehuspartner. Innledningsvis var ikke helseforetakene representert i den dialogen som fant sted mellom Datatilsynet og Helse Sør-Øst. Derfor henvendte vi oss direkte til foretakene når vi ba om redegjørelse for saken.

5.1 Om foretaksmodellen

Helse Sør-Øst RHF og Sykehuspartner har frontet denne saken gjennom å svare for beslutninger og valg som er tatt. Helse Sør-Øst RHF er et regionalt helseforetak. Regionale helseforetaks ansvar og oppgaver er regulert i helseforetaksloven §§ 2 og 2a. Regionalt helseforetak er virksomhet som eies av staten alene og som er opprettet i medhold av lovens § 8.

Regionale helseforetak skal legge til rette for spesialisthelsetjenester, forskning, undervisning og andre tjenester som står i naturlig sammenheng med dette eller er pålagt i lov. De regionale helseforetakene skal ha et overordnet ansvar for å iverksette den nasjonale helsepolitikken i helseregionen. Regionale helseforetak skal planlegge, organisere, styre og samordne virksomheten i helseforetakene som de eier. I forbindelse med langsiktig planlegging skal regionale helseforetak vurdere om deler av tjenestene skal ytes gjennom inngåelse av avtale med private eller offentlige virksomheter som de ikke eier selv.

Helseforetak er virksomheter som eies av ett eller flere regionale helseforetak eller helseforetak og som er opprettet i medhold av helseforetaksloven § 9. Helseforetak yter spesialisthelsetjenester, forskning og undervisning, samt andre tjenester som står i naturlig sammenheng, eller som er pålagt i lov eller avtalt med den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Det er presisert i helseforetaksloven § 6 at helseforetakene selv har rettigheter og plikter, er part i avtaler med private og offentlige myndigheter og har partsstilling overfor domstoler og andre myndigheter. Det er videre presisert at det er foretakets eier som hefter ubegrenset for foretakets forpliktelser. Når flere foretak eier virksomhet sammen, blir samtlige eiere ansvarlige for virksomhetens forpliktelser.

Virksomhetens eier er staten ved Helse- og omsorgsdepartementet i regionale helseforetak, og staten ved regionale helseforetak i helseforetak.

Helseforetaksloven inneholder ingen bestemmelser som sier noe særskilt om roller og ansvar etter personopplysningsloven. Generelt er det slik at plikten til å etterleve bestemmelsene i

personopplysningsloven og pasientjournalloven påhviler den virksomheten som er behandlingsansvarlig, dette samsvarer med helseforetaksloven § 6.

I § 2a heter det at det regionale helseforetaket skal vurdere om deler av tjenesten skal ytes gjennom avtale med eksterne virksomheter. Dette er særlig relevant ved vurdering av om private helsetjenester skal benyttes for å supplere helsetilbudet, men ordlyden kan også tilsi at RHFet skal vurdere om IKT-tjenester skal ytes gjennom avtale. I dette ligger at Helse Sør-Øst kan gi føringer dersom de vurderer det slik at IKT-tjenester skal tjenesteutsettes.

Helseforetakene har i midlertid selv ansvaret for å sikre at slike føringer ikke går på bekostning av de pliktene de har etter det regelverket som gjelder for helsetjenesten, herunder personopplysningsloven og pasientjournalloven.

Helse Sør-Øst RHF har organisert arbeidet med å utkontraktere IKT-drift som et prosjekt som er ledet av Sykehuspartner. Sykehuspartner ble etablert som et helseforetak 1. januar 2015 og er etter dette et selvstendig rettssubjekt med eget organisasjonsnummer. Sykehuspartner er databehandler for alle helseforetakene i helseregionen, men er også ansvarlig for konsernovergripende IT-anskaffelser. I møte med Datatilsynet er det presisert at det er Sykehuspartner som er eier av avtalen med eksternt leverandør.

Vi har derfor lagt til grunn at helseforetakene ved administrerende direktør er databehandlingsansvarlig for personopplysninger helseforetaket behandler som en nødvendig del av det å yte, administrere og kvalitetssikre helsehjelp. Vi har også lagt til grunn at det regional helseforetaket kun har et «sørge for»-ansvar når det gjelder pasientbehandling og dermed ikke er behandlingsansvarlig for pasientopplysninger.

5.2 Nærmere om avtalen som er inngått med eksternt leverandør

I kunngjøringsteksten i Doffin er Helse Sør-Øst RHF oppgitt som oppdragsgiver for avtale om strategisk partnerskap innenfor IT-infrastruktur tjenester. Følgende er oppgitt i kunngjøringen: « *Helse Sør-Øst søker en strategisk partner som kan utvikle og endre IT-infrastruktur i tjenestene for å realisere prosjektet «Digital fornying», og drifte /forvalte infrastrukturen i fremtiden. Med utvikle menes å utvikle nye tjenester for å muliggjøre «Digital fornying». Med endre menes: standardisere, konsolidere og modernisere dagens infrastrukturelandskap. Med drifte/forvalte menes å besørge tjenesten som en «managed service», inkludert livssyklus støtte og kontinuerlig fornyelse, og koordinering av relevante integrasjonsaktiviteter.»*

Avtalens verdi er oppgitt å være 6,9 mrd. NOK over en periode på 7 år, med mulighet for 3 års forlengelse. Anskaffelsesprosedyren som er benyttet er konkurransepreget dialog. Avtalen er signert 15. september 2016. Konkurransen ble kunngjort 20. oktober 2014.

5.3 Datatilsynets saksbehandling

Datatilsynet etterspurte allerede i første møte med Helse Sør-Øst i oktober 2016 risikovurdering og personvernkonsekvensvurdering som lå til grunn for avtalen om tjenesteutsetting av IKT-drift.

I dette møtet ba vi om et nytt møte slik at disse vurderingene kunne fremlegges for Datatilsynet. I tilsynets innkalling til neste møte ba vi helt konkret om «at dere spesifikt går igjennom vurdering av personvernkonsekvenser for outsourcing av Helse Sør-Østs infrastruktur, som vi legger til grunn at de databehandlingsansvarlige har gjennomført før avtalen ble inngått. Som diskutert i forrige møte ønsker vi også å høre hvordan dere arbeider for å etablere tiltak for å hindre informasjons-/dataflyt ut av deres kontrollsfære. Videre etterspurte vi hvordan Helse Sør-Øst hadde vurdert behovet for forhåndsdrøftelser med Datatilsynet, jf. den nye forordningen som trer i kraft mai 2018.

Det ble ikke gjennomført nytt møte med Helse Sør-Øst før 4. april 2017. Datatilsynet mottok ingen av de etterspurte vurderingene i mellomtiden og møtet ble utsatt gjentatte ganger. I dette møtet ble det vist til at landvurdering for Bulgaria nylig var utført, og at man ønsket et nytt møte med tilsynet for å snakke om de erfaringene man hadde gjort bl.a. i møte med det bulgarske datatilsynet. For øvrig kom det klart frem i møtet at fremdriften i prosjektet ville gå som planlagt og at drift fra Bulgaria skulle iverksettes 1. mai i samsvar med prosjektplanen.

Et nytt møte ble avholdt 16. mai med representanter fra Helse Sør-Øst og Sykehuspartner til stede. I etterkant av dette møtet ble landvurderingen oversendt til oss. I dette møtet ble det informert om at prosjektet var midlertidig stanset i den forstand at driftsoperatører i Bulgaria ikke ble gitt de tilgangene som de skulle ha etter opprinnelig prosjektplan.

I dette møtet ble vi også orientert om at det var satt i gang en ekstern gjennomgang av programmet for modernisering av IKT-infrastruktur (iMod) i regi av PwC. Prosjektet var stanset i påvente av resultatet fra denne revisjonen.

Vårt krav om redegjørelse

Vår oppgave som tilsynsmyndighet i denne saken er å undersøke i hvilken grad de behandlingsansvarlige har handlet i samsvar med sine plikter etter pasientjournalloven § 22 jf. § 5, personopplysningsloven §§ 13-15 og personopplysningsforskriften kapittel 2 og 3. Vårt hovedfokus har vært å undersøke hvilke tiltak som ble gjort for å sikre etterlevelse av lovens krav i forbindelse med at det ble besluttet å benytte ekstern leverandør til drift av IKT-infrastruktur.

Helseforetakene ble bedt om å redegjøre for følgende:

1. Hvilke risikovurderinger lå til grunn da helseforetakene besluttet at drift og leveranse av IKT-infrastruktur i helseregionen kunne tjenestutsettes og hvilke vurderinger lå til grunn for helseforetakets aksept av restrisiko? Plikten til å gjennomføre slike vurderinger følger av personopplysningsforskriften § 2-4 jf. pasientjournalloven § 22.
2. Hvilke risikovurderinger lå til grunn da helseforetakene besluttet at drift og leveranse av IKT-infrastruktur i helseregionen kunne leveres av valgt leverandør i Bulgaria, og hvilke vurderinger lå til grunn for helseforetakets aksept av restrisiko ved valg av denne leverandøren? Plikten til å gjennomføre slike vurderinger følger av personopplysningsforskriften § 2-4 jf. pasientjournalloven § 22 jf. § 5.

3. Gi en oversikt over hvilke eksterne leverandører som har tilgang til sykehusenes informasjonssystem, hvilke land leverandørene har tilgang fra, hvilke typer tilganger de har, til hvilke systemer, til hvilke personopplysninger (omfang, sensitivitet), samt formålet med tilgangene.

5.4 Helseforetakenes redegjørelse

Helseforetakene har valgt å besvare vårt krav om redegjørelse ved å utforme et felles brev. I besvarelsen vises det til at Sykehuspartner (SP) er felles IKT-leverandør og databehandler for alle helseforetakene og at det er SP som er ansvarlig for inngåelse av avtale med ekstern IKT-partner. Ekstern leverandør vil være en underleverandør til Sykehuspartner som fortsatt vil være ansvarlig leverandør overfor helseforetakene. Som følge av dette er risikovurderinger gjennomført i fellesskap for hele foretaksgruppen.

Helseforetakene har i sin redegjørelse lagt til grunn at verken beslutningen om å tjenesteutsette driften til en ekstern leverandør eller kontraktsinngåelsen med leverandøren innebærer en endring som har betydning for informasjonssikkerheten som krever risikovurdering i henhold til personopplysningsforskriften § 2-4.

Helseforetakene legger også til grunn at det ikke er et krav at risikovurdering skal gjennomføres før behandling av personopplysninger *iverksettes* eller før man *iverksetter* endring som kan ha betydning for informasjonssikkerheten. De viser til at det ikke fremgår av bestemmelsen i § 2-4 at slik vurdering må være foretatt før det tas beslutning om at arbeid med konkurranseutsetting skal påbegynnes. De anfører også at det vil være umulig å fullføre en risikovurdering før omfanget av tjenesteutsettingen, status på informasjonssystemene og kravene som vil bli stilt til informasjonssikkerhet og –tiltak hos leverandøren er nærmere avklart.

Videre er det gjort rede for at prosjektet, inkludert virksomhetsoverdragelse og overdragelse av driftsansvar fra SP til ekstern leverandør er stilt i bero, jf. styremøtet i Helse Sør-Øst RHF og deres vedtak av 24.05.17. Sykehuspartner ble i samme møte pålagt å utarbeide en plan for å styrke tilgangsstyring og forbedrede metoder for risiko- og sårbarhetsanalyser. De er også bedt om å gjennomføres nye risiko- og sårbarhetsanalyser og å sikre nødvendig forankring i helseforetakene. SP er også pålagt å utrede mulige alternativer for etablering av modernisert IKT-infrastruktur.

6 Datatilsynets vurdering og begrunnelse

I dette kapitlet vil vi redegjøres for rettslig grunnlag og de vurderinger vi har gjort som har ledet frem til vedtaket som er varslet i kapittel 2.

6.1 Ledelsesforankring/ansvarlighet

6.1.1 Rettslig grunnlag

Det følger av personopplysningsloven § 15 at en databehandler ikke kan behandle eller overføre opplysninger til en tredjepart uten at dette er skriftlig avtalt med den

behandlingsansvarlige. Ansvar for avtaleinngåelsen kan gjerne delegeres, men databehandlingsansvaret og pliktene som følger av dette kan ikke delegeres.

Dette betyr at ansvaret for å beslutte om tjenesteutsetting i stort omfang er forsvarlig, om personvern blir ivarettatt, at det foreligger tilstrekkelig informasjonssikkerhet og aksept av restrisiko, ikke kan delegeres til andre, som for eksempel databehandleren eller det regionale helseforetaket.

Det er derfor helseforetakene som må svare for de risikovurderingene som ligger til grunn når det fattes beslutninger som har betydning for personvern og informasjonssikkerhet ved endringer som kan ha betydning for det som på forhånd er fastsatt som kriterier for akseptabel risiko.

Styring og kontroll er nødvendig for å sikre at de databehandlingsansvarlige etterlever sine lovpålagte plikter til bl.a. å vurdere risiko og personvernkonsekvenser ved tjenesteutsetting av IKT-drift og infrastruktur jf. pasientjournalloven § 22, personopplysningsloven § 15 og personopplysningsforskriften kapittel 2. Ledelsens plikt til å ha kontroll med virksomhetens informasjonssikkerhet kommer også klart til uttrykk i personopplysningsforskriften § 2-7. Bestemmelsen fastsetter krav om klare ansvars og myndighetsforhold for bruk av informasjonssystemet. Det stilles også krav om at endringer av konfigurasjon skal dokumenteres og ikke endres uten autorisasjon fra den behandlingsansvarliges daglig leder.

6.1.2 Opplysninger fremkommet i saken

Svarene vi har mottatt fra helseforetakene inneholder ingen dokumentasjon som viser at ledelsen i helseforetakene har vurdert og tatt stilling til i hvilken grad restrisiko er akseptabel for sin virksomhet.

Redegjørelsen viser derimot at Sykehuspartner har gjort vurderinger og tatt beslutninger på vegne av helseforetakene.

Eksempler på manglende kontroll og forankring omtales også fortløpende i våre øvrige vurderinger, da dette er en grunnleggende feil som materialiserer seg på flere områder.

6.1.3 Datatilsynets vurdering

Vår vurdering er at de behandlingsansvarlige ikke har hatt tilstrekkelig eierskap til, eller kontroll med de planlagte endringene knyttet til informasjonssystemet. Vi viser til redegjørelsen der det står at det er Sykehuspartner som har vært ansvarlige for kontraktsinngåelsen og at eventuelle risikovurderinger derfor er utført samlet for hele foretaksgruppen.

Helseforetakene har overlatt ansvaret for beslutninger som har betydning for pasientenes personvern og informasjonssikkerheten knyttet til behandling av personopplysninger, til databehandleren og til ansatte lenger ned i organisasjonen. Organiseringen av prosjektet har derfor bidratt til å pulverisere ansvaret for å sikre at den databehandlingsansvarliges plikter etterleveres. Konsekvensen av dette er manglende forankring og kontroll med beslutninger som er tatt.

6.1.4 Konklusjon

Manglende kontroll og manglende rutiner for å sikre kontroll anses å være i strid med kravene i pasientjournalloven § 22 jf. § 5, personopplysningsloven §§ 13- 15 og personopplysningsforskriften §§ 2-3 og 2-7.

6.2 Tilgangskontroll

6.2.1 Rettslig grunnlag

Tilgangskontroll skal sikre personopplysningers konfidensialitet, integritet og tilgjengelighet, jf. personopplysningsforskriftens §§ 2-11, 2-12 og 2-13 og pasientjournalloven § 22 jf. §§ 15 og 16. Tilgangsstyring er et sårbarhetsreducerende tiltak som implementeres på grunnlag av en risikoanalyse.

6.2.2 Opplysninger fremkommet i saken

Ut fra de listene vi har mottatt fra det enkelte sykehus (Vedlegg 8) ser vi at alle helseforetakene per i dag har europeiske driftsoperatører som har tilgang til pasientopplysninger i større eller mindre omfang. I tillegg ser vi at flere av sykehusene også har driftsoperatører fra 3. land utenfor EU. Dette er land som blant annet USA og India.

Når det gjelder tilgangen som er gitt til underleverandøren i Bulgaria i denne konkrete saken har Sykehuspartner informert Datatilsynet om at tilgangen var planlagt og ble gitt i samsvar med prosjektplanen. De har forklart for Datatilsynet at leverandøren har fått tilgang på like vilkår som andre leverandører. De har presisert overfor tilsynet at det ikke dreier seg om et avvik. Helse Sør-Øst RHF ved øverste leder har på sin side uttalt offentlig at det var en forutsetning for deres beslutning om å tjenesteutsette driften av IKT-infrastrukturen at utenlandske databehandlere ikke skulle ha tilgang til pasientopplysninger.

Dette viser at det har vært et sprik mellom ledelsen i Helse Sør-Øst og de ansvarlige for gjennomføring av kontrakten når det gjelder oppfattelsen av hva avtalen faktisk innebar med hensyn til hvilke tilganger som er nødvendige for oppfylle oppgavene som de bulgarske medarbeiderne skulle gjennomføre.

I PwC's revisjonsrapport pkt. 7 bekreftes tilsvarende funn.

6.2.3 Datatilsynets vurdering

Oversikt over eksisterende avtaler

Vår vurdering er at redegjørelsen viser at helseforetakene kan dokumentere oversikt over eksterne leverandører som har tilgang til sykehusenes informasjonssystemer. Ut over dette er vår vurdering at denne konkrete saken skiller seg fra de øvrige vi har fått oversikt over, blant annet fordi avtalene som er gitt tidligere gjelder tilganger av mindre omfang, knyttet til avgrensede systemer innenfor IKT-infrastrukturen. Vi mener derfor at det er store forskjeller på den tilgangen driftsleverandører av medisinteknisk utstyr o.l. har og den som er nødvendig for de som skal drifte og vedlikeholde hele IKT-infrastrukturen. Disse forskjellene innebærer at denne avtalen frembringer et helt annet risikobilde enn hva som har vært aktuelt ved mindre

omfattende avtaler. Derfor skulle man etter vår vurdering, åpenbart gjennomført en ny risikovurdering der man tok høyde for avtalens omfang og egenart.

Vi vurderer det som svært bekymringsverdig at det i forbindelse med denne konkrete saken ikke er iverksatt ekstra tiltak for å klarlegge om den tilgangen som er nødvendig for gjennomføring av avtalen er forenelig med foretakenes sikkerhetsstrategi og innenfor fastsatt risikotoleranse.

Databehandleravtaler

Vi legger til grunn at tilgangene som er beskrevet i Vedlegg 8 følger av databehandleravtaler som er inngått i samsvar med interne retningslinjer for informasjonssikkerhet og er avtaleregulert på en måte som sikrer vern av personopplysninger i samsvar med personopplysningsloven § 15 og forskriften § 2-15 jf. § 2-11. Vi har ikke kontrollert i hvilken grad disse avtalene tilfredstiller lovens krav

I forbindelse med denne saken har vi fått opplyst at helseforetakene ikke har utført sikkerhetsrevisjoner av Sykehuspartener i forkant eller i etterkant av at det ble besluttet at virksomheten skulle være databehandler for alle foretakene. Vi har ikke hatt anledning til å undersøke forholdet mellom helseforetakene og Sykehuspartner som databehandler nærmere, men dersom det aldri er gjennomført sikkerhetsrevisjon –eller risikoanalyse for bruk av sykehuspartner som databehandler, kan dette også utgjøre avvik fra kravene i personopplysningsforskriften §§ 2-5 og 2-15 og pasientjournalloven § 22.

Vi presiserer at helseforetakene må gjennomgå sine rutiner for risikovurdering ved tildeling av leverandørtilgang og behandlingsansvarliges plikter ved bruk av databehandleravtaler for å sikre etterlevelse av kravene i dagens regelverk og det nye regelverket som trer i kraft 25. mai 2018.

Tilgangen som ble gitt til tjenesteleverandør i Bulgaria

Vi vurderer det som tilstrekkelig dokumentert at ekstern leverandør har hatt tilgang til pasientopplysninger, og at det ikke finnes system som gjør det mulig å finne ut om og i hvilken grad tilgangen til opplysningene har vært berettiget. Det er også uomtvistet at det ikke finnes et system som sikrer den behandlingsansvarlige oversikt over hvilke handlinger som er utført i systemet. Det er derfor uklart om opplysninger har kommet på avveie eller ikke.

Sykehuspartner har bekreftet overfor tilsynet at tilgangen er gitt i samsvar med avtale, mens ledelsen i Helse Sør-Øst har definert tilgangen til pasientopplysninger som et avvik. Ledelsen har lagt til grunn at tjenesteleverandøren ikke skulle ha tilgang til pasientopplysninger. Legger vi ledelsens forutsetning til grunn, innebærer det at opplysninger kom på avveie da tjenesteleverandøren fikk tilgang til pasientopplysninger.

Situasjonen er uheldig og kunne etter vår vurdering vært unngått dersom styrets beslutning hadde vært fattet på grunnlag av en risikovurdering der det i tilstrekkelig grad hadde kommet frem hvilke tilganger som er nødvendige for å nå målet med avtalen og hvilken risiko tilgangen innebærer med hensyn til konfidensialitet, tilgjengelighet og integritet.

Når de behandlingsansvarlige ikke er klar over at avtalen innebærer at det vil bli nødvendig for leverandøren å ha tilgang til pasientopplysninger, er det åpenbart at beslutningsgrunnlaget ikke i tilstrekkelig grad har gjort det mulig for de ansvarlige å fatte beslutning på riktig grunnlag.

Dersom tilgangene regnes som avvik innebærer dette overtredelse av personopplysningsforskriften §§ 2-9, 2-11, 2-13 til 2-16. Saken er ikke meldt til Datatilsynet som avvik og manglende avviksmelding er i så fall også i strid med kravet i forskriften § 2-6.

6.2.4 Konklusjon

Vi har tatt vedlagte oversikter over leverandørtilganger til etterretning. Vi har ikke grunnlag for å vurdere om avtalene beskrevet i vedlegg 8 er inngått i samsvar med personopplysningsloven §§ 15, 29 og 30. Vi har heller ikke undersøkt i hvilken grad helseforetakene oppfyller sine plikter til å gjennomføre planlagte og systematisk tiltak for å sørge for tilfredsstillende informasjonssikkerhet ved bruk av databehandlere etter personopplysningsforskriften § 2-11 og 2-15 jf. pasientjournalloven § 22.

Det er gitt tilgang til pasientopplysninger i strid med forutsetningene som lå til grunn for ledelsens beslutning om tjenesteutsette drift og vedlikehold av hele infrastrukturen i helseregionen. Tilgangen er gitt uten forankring i ledelsen og innebærer overtredelse av personopplysningsforskriften §§ 2-11 og 2-13 til 2-16. Tilgang gitt i strid med ledelsens beslutning viser også manglende ledelsesforankring som omtalt i punkt 6.1.

6.3 Risikovurdering

6.3.1 Rettslig grunnlag

Personopplysningsforskriften § 2-4 fastslår at den behandlingsansvarlige skal gjennomføre risikovurdering for å klarlegge sannsynligheten for, og konsekvenser av sikkerhetsbrudd. Ved endringer som har betydning for informasjonssikkerheten skal det gjøres ny risikovurdering.

I bestemmelsens første ledd pålegges den behandlingsansvarlige å ha oversikt over hva slags personopplysninger som behandles. Slik oversikt er avgjørende for at virksomheten kan oppfylle sin plikt til å fastsette kriterier for akseptabel risiko forbundet med behandling av personopplysninger og for å etablere en forholdsmessig riktig sikkerhetsløsning i samsvar med kravet i § 2-1 jf. pasientjournalloven § 22.

I bestemmelsens siste ledd heter det at resultatet av risikovurderingen skal sammenliknes med de fastlagte kriterier for akseptabel risiko forbundet med behandling av virksomhetens personopplysninger og at Datatilsynet kan gi pålegg om sikring av personopplysninger, herunder fastsette kriterier for akseptabel risiko forbundet med behandling av personopplysninger jf. § 2-2. Datatilsynet har derfor kompetanse til å overprøve vurderinger gjort av den databehandlingsansvarlige når det gjelder kriterier for akseptabel risiko.

Kravet til å gjennomføre risikovurdering gjelder i alle tilfeller der en behandlingsansvarlig virksomhet ønsker å overføre opplysninger til en tredjepart, uavhengig av formålet med overføringen. Med overføring mener vi også tilfeller der det skal gis tilgang til opplysninger.

Regelverket skiller ikke mellom utlevering i form av overføring, fysisk utlevering eller tilgang.

For å gjøre en tilstrekkelig risikovurdering må den behandlingsansvarlige først kartlegge hvilke opplysninger det dreier seg om og hvilken verdi disse opplysningene har for virksomheten selv. Verdivurderingen er også viktig for å kartlegge den potensielle verdien opplysningene kan ha for andre (trusselaktører) som kan ha interesse av å få tak i opplysningene og hvilken potensiell skade det kan få for de som eier opplysningene dersom noen ønsker å misbruke dem.

Opplysningenes karakter, verdi og omfanget har derfor betydning når man analyserer risiko. Risikobildet vil også påvirkes av faktorer som endrer seg for eksempel over landegrenser. Slike faktorer kan være rettsikkerhet, finansiell og politisk stabilitet, teknisk infrastruktur, hendeshåndtering, levestandard, kultur og samfunnsstruktur som hver for seg kan ha betydning for risikoanalysen.

I personopplysningsloven § 29 om grunnleggende vilkår for overføring av personopplysninger til utlandet heter det at personopplysninger bare kan overføres til stater som sikrer en forsvarlig behandling av opplysningene. Videre legger bestemmelsen til grunn at stater som har gjennomført EUs personverndirektiv oppfyller kravet til forsvarlig behandling. I bestemmelsens annet ledd beskrives hvilke forhold som kan legges vekt på når det skal vurderes om kravet til forsvarlig behandling er sikret. Andre forhold som må tas i betraktning er opplysningenes art, den planlagte behandlingens formål og varighet samt de rettsregler, regler for god forretningsskikk og sikkerhetstiltak som gjelder for vedkommende stat. Uavhengig av hvilke forhold som gjør seg gjeldende har den behandlingsansvarlige plikt til å forsikre seg om at kravene til konfidensialitet, integritet og tilgjengelighet ivaretas før opplysningene overføres til en databehandler.

Ved vurdering av om opplysninger kan overføres til et tredje land må det foretas en konkret vurdering av om leverandøren har et system som sikrer etterlevelse av kravene som gjelder for forsvarlig behandling av personopplysninger, herunder den behandlingsansvarliges plikter etter personopplysningsforskriften kapittel 2.

6.3.2 Nærmere om formålet med risikovurdering og når den må gjennomføres

Risikovurdering er nødvendig for å vurdere om behandling av personopplysninger kan skje i samsvar med lovpålagte krav

Formålet med pasientjournalloven er at behandling av helseopplysninger skal skje på en måte som gir pasienter og brukere helsehjelp av god kvalitet ved at opplysninger er tilgjengelige for helsepersonell samtidig som vernet mot at opplysninger gis til uvedkommende ivaretas. Formålet med loven er også å sikre at helseopplysninger behandles på en måte som sikrer pasienters og brukeres personvern, pasientsikkerhet og rett til informasjon og medvirkning.

Pasientjournalloven § 8 pålegger virksomheter som yter helsehjelp å ha behandlingsrettede helseregistre for gjennomføring av helsepersonells dokumentasjonsplikt, jf.

helsepersonelloven § 39. De behandlingsrettede registrene skal være utformet og organisert slik at krav fastsatt i eller i medhold av lov kan oppfylles.

Pasientjournalloven § 22 pålegger den databehandlingsansvarlige og databehandleren gjennom planlagte og systematiske tiltak å sørge for tilfredsstillende informasjonssikkerhet med hensyn til konfidensialitet, integritet og tilgjengelighet ved behandling av personopplysninger.

I tillegg til at pasientjournalloven stiller strenge krav til journalsystemenes funksjonalitet, tilgjengelighet og konfidensialitet følger det av personopplysningsforskriftens kapittel 2 jf. pasientjournalloven § 22 en rekke plikter den databehandlingsansvarlige skal oppfylle for å sørge for slik informasjonssikkerhet som er nødvendig for å hindre fare for tap av liv og helse, økonomisk tap eller tap av anseelse og personlig integritet.

Dersom fare for slik tap som nevnt over er til stede, skal de planlagte og systematiske tiltakene som treffes i medhold av forskriften stå i forhold til sannsynligheten for, og konsekvensen av sikkerhetsbruddet.

Helseforetakenes plikt til å sikre pasienters og brukeres personvern er et grunnkrav og en forutsetning for at behandlingen av opplysninger skjer i samsvar med lovpålagte krav.

Lovpålagte krav som helsepersonellens taushetsplikt og pasientjournallovens krav til konfidensialitet, tilgjengelighet og integritet vil være førende for helseforetakenes sikkerhetsmål og risikotoleranse.

Disse føringene kommer klart til uttrykk i Helse- og omsorgskomiteens innstilling til Stortinget (Innst. 295 L – 2013-2014) der vi blant annet finner følgende sitater:

- *«Flertallet vil understreke at behandling og bruk av helseopplysninger alltid må skje på en måte som sikrer pasienters og brukeres personvern.»*
- *«Tillit mellom pasient og behandlende helsepersonell er en forutsetning for å yte helsehjelp av god kvalitet (...) Helsetjenestens taushetsplikt er et av de eldste og viktigste tiltak for å ivareta denne tilliten, ved å beskytte pasientens opplysninger fra å bli spredt.»*
- *«Flertallet vil understreke betydningen av at regelverket til enhver tid ivaretar et godt og framtidsrettet personvern, at man sørger for gode og forutsigbare rammebetingelser for utviklere av systemer og legger til rette for den teknologiske utviklingen i sektoren. Her må det spesielt legges vekt på sikkerhet og personvern i all kommunikasjon der pasientopplysninger er involvert, og at løsningene må være brukervennlige og effektive.»*

Helseforetakenes handlingsrom ved anskaffelser av IKT-tjenester er derfor begrenset i den forstand at de alltid må vurdere om, eller i hvilken grad tjenesten de ønsker levert påvirker deres mulighet til å etterleve det regelverket som gjelder særskilt for behandling av helseopplysninger i helsetjenesten. Personopplysningsforskriften § 2-4 pålegger derfor helseforetakene å fastlegge kriteriene for akseptabel risiko forbundet med behandling av personopplysninger i egen virksomhet.

Bestemmelsen i § 2-4 inneholder ingen tidsanvisning om når risikovurdering skal være utført, men formålet med bestemmelsen er å sikre at virksomheten klarlegger sannsynlighet for og konsekvenser av sikkerhetsbrudd og sammenlikner resultatet av vurderingen med virksomhetens fastlagte kriterier for akseptabel risiko.

Risikovurderinger skal for å oppfylle formålet med bestemmelsen, gjøres når det er nødvendig for å ta stilling til et endret risikobilde. Endret risikobilde kan forårsakes av ytre faktorer eller av planlagte endringer internt.

Risikovurdering i forkant av en anskaffelse er nødvendig for å klarlegge forhold som kan påvirke helseforetakenes evne til å sikre etterlevelse av regelverket. Ved å gjøre denne vurderingen i forkant blir det tydelig for oppdragsgiveren hvilke risikoreducerende tiltak som må gjennomføres eller kreves, for at tjenesten skal kunne leveres av en ekstern leverandør.

I denne konkrete saken mener vi en risikovurdering er nødvendig for å klarlegge om, eller i hvilken grad det er mulig å etterleve lovens krav dersom man overlater ansvaret for driften og tilgangen til IKT-infrastrukturen til en ekstern leverandør. Dersom leverandøren i tillegg er utenlandsk må det i forkant vurderes om, og i hvilken grad avtaleregulering av databehandlerens plikter er tilstrekkelig for å sikre etterlevelse av den databehandlingsansvarliges lovpålagte plikter. Det må også vurderes hvilke konsekvenser det kan få dersom opplysninger behandles i strid med avtalen utenfor nasjonal jurisdiksjon.

Risikovurderingen er nødvendig for å sikre forsvarlig sikkerhetsledelse

Plikten til å gjennomføre risikovurdering må også ses i sammenheng med plikten til å sørge for sikkerhetsledelse i samsvar med bestemmelsene i personopplysningsforskriften § 2-3. I bestemmelsen fastslås det at det er den som har den daglige ledelsen av virksomheten som har ansvaret for at forskriftens bestemmelser om informasjonssikkerhet følges.

Videre heter det at virksomhetens formål med behandlinger av personopplysninger og overordnede føringer for bruk av informasjonsteknologi skal beskrives i sikkerhetsmål. Valg og prioriteringer i sikkerhetsarbeidet skal beskrives i en sikkerhetsstrategi. Sikkerhetsmål og sikkerhetsstrategi er igjen avgjørende for å vurdere om endringer i informasjonssystemet er innenfor det man på forhånd har vurdert som akseptabel risiko.

Bruken av informasjonssystemet skal jevnlig gjennomgås for å klarlegge om den er hensiktsmessig i forhold til virksomhetens behov, og om sikkerhetsstrategien gir tilfredsstillende informasjonssikkerhet som resultat. Resultatet fra gjennomgangen dokumenteres og benyttes som grunnlag for eventuell endring av sikkerhetsmål og strategi.

Systematiske og planlagte tiltak skal sikre at virksomheten kontinuerlig arbeider med å sikre at behandlingen av personopplysninger til enhver tid skjer i samsvar med lovens krav.

Dersom helseforetaket vurderer å gjøre en endring som vil ha konsekvenser for informasjonssikkerheten og dermed påvirker foretakets evne til å oppfylle sin plikt til å sikre pasientenes personvern, må disse forholdene klarlegges slik at ledelsen kan ta stilling til om

konsekvensen av endringen er innenfor det akseptable og i samsvar med virksomhetens sikkerhetsstrategi.

Dersom det eksisterer en oversikt over hvilke tiltak som er nødvendige for å sikre fortsatt etterlevelse av regelverket, herunder muligheten til å nå virksomhetens sikkerhetsmål, og disse tiltakene vurderes som gjennomførbare innenfor rammene av fastsatt budsjett m.v. kan beslutningen om utkontraktering fattes.

Det følger av kravet til sikkerhetsledelse i forskriftens § 2-3 at beslutninger som har betydning for informasjonssikkerheten må være forankret i virksomhetens ledelse før arbeidet med å iverksette endringen starter.

Lovens system bygger på en risikobasert tilnærming og krav om forholdsmessighet

Lovens system er at behandling av personopplysninger i utgangspunktet er forbudt, med mindre den registrerte samtykker eller behandlingen er tillatt ved lov. Den behandlingsansvarlige må derfor forsikre seg selv og tilsynsmyndigheten om at behandlingen kan gjennomføres på en måte som tilfredsstillende vilkårene fastsatt i regelverket. Derfor skal risikovurderinger dokumenteres.

At risikobasert tilnærming til etterlevelse av regelverket er en forutsetning kommer også frem i personopplysningsforskriften § 2-1. Tiltakene som iverksettes for å oppnå tilstrekkelig informasjonssikkerhet skal stå i forhold til sannsynligheten for og konsekvensen av sikkerhetsbrudd. Hva som er forholdsmessig vil avhenge av hvor stor fare det er for tap av blant annet personlig integritet og hvor nødvendig det er å sikre konfidensialitet, tilgjengelighet og integritet for opplysningene som skal behandles.

Risikovurdering er etter gjeldende rett en nødvendig forutsetning for at den behandlingsansvarlige skal vite hvilke tiltak som er nødvendige for å sikre tilfredsstillende informasjonssikkerhet ved behandling av personopplysninger. Hvilke tiltak som er iverksatt eller vurdert som nødvendige for å sikre forsvarlig behandling skal etter gjeldende rett presenteres for tilsynet dersom en behandling krever forhåndsgodkjenning.

I saker som krever forhåndsgodkjenning legges den behandlingsansvarliges beskrivelse av nødvendig sikkerhetstiltak til grunn for vurderingen av om behandling av personopplysninger kan tillates. Dersom tilsynet finner at personvernulempen ved en behandling i tilstrekkelig grad er avhjulpet kan det gis tillatelse til behandlingen jf. personopplysningsloven §§ 33-35.

Helseforetakene trenger ikke forhåndsgodkjenning for å behandle pasientopplysninger som ledd av det å yte helsehjelp, men må selv vurdere om de behandler opplysninger i samsvar med lovpålagte krav. Risikovurdering er en forutsetning for at ledelsen kan foreta disse vurderingene og dokumentere hvilke vurderinger de har lagt til grunn for sine valg.

Risikovurdering og personvernkonsekvensvurdering etter nytt regelverk

Systemet med risikobasert tilnærming kommer enda klarere til uttrykk i det nye personvernregelverket som trer i kraft 25. mai 2018. Et viktig virkemiddel for å sikre

etterlevelse av personvernforordningens krav er den behandlingsansvarliges plikt til å gjennomføre risiko- og personvernkonsekvensvurderinger.

I forordningens artikkel 32 omtales behovet for risikovurdering slik: «Idet det tas hensyn til *nåværende* utvikling i teknikken, *gjennomføringskostnadene* og behandlingens art, omfang, formål og sammenhengen den utføres i, samt risikoene og varierende sannsynlighets- og alvorlighetsgrad *for fysiske personers rettigheter og friheter*, skal den behandlingsansvarlige og databehandleren gjennomføre egnede tekniske og organisatoriske tiltak for å oppnå et sikkerhetsnivå som er *egnet i forhold til risikoen*, herunder blant annet, alt etter hva som er relevant

- Pseudonymisering og kryptering av personopplysninger
- Evnen til å sikre *vedvarende* fortrolighet, integritet, tilgjengelighet og robusthet i behandlingssystemene og –tjenestene
- Evne til å gjenopprette tilgjengeligheten og tilgangen til opplysninger i rett tid dersom det oppstår en fysisk eller teknisk hendelse,
- En *prosess* for *regelmessig* prøving, analysering og vurdering av hvor effektive behandlingens tekniske og organisatorisk sikkerhetstiltak er.

Forordningens tekst er mer utfyllende enn dagens ordlyd når det gjelder risikovurderinger og det fremgår tydelig at man for å oppnå formålet med slike vurderinger må gjøre dem før man bestemmer at et tiltak kan gjennomføres og fortløpende for å kontrollere om og i hvilken grad de tiltakene man anså som nødvendige gir tilstrekkelig sikkerhet over tid. Det fremgår også klart av teksten at sannsynligheten for, og hvor alvorlige konsekvenser et tiltak kan få for enkeltindividers rettigheter og friheter skal vurderes.

Forordningens artikkel 35 omhandler i tillegg plikten til å gjennomføre personvernkonsekvensvurdering. Slik vurdering må også gjøres i forkant av en beslutning om å behandle personopplysninger: «Dersom det er *trolig* at en type behandling, særlig ved bruk av ny teknologi og idet det tas hensyn til behandlingens art, omfang, formål og sammenhengen den utføres i, *vil medføre* høy risiko for fysiske personers rettigheter og friheter, skal den behandlingsansvarlige *før* behandlingen foreta en vurdering av hvilke konsekvenser den *planlagte behandlingen* vil ha for personopplysningsvernet.»

Datatilsynet ser at kravene til å vurdere risiko og personvernkonsekvenser er tydeliggjort og presisert i det nye regelverket, men det er ikke grunnlag for å tolke det nye regelverket annerledes enn det eksisterende når det gjelder risikovurderingens formål og tidspunktet for når slike vurderinger må gjennomføres

Risikovurderingens betydning på tilstøtende rettsområder

Sikkerhetsloven

Datatilsynet vurdering er at utkontraktingen som det er snakk om i denne saken, på grunn av sitt omfang, ligger nær opp til eller i grenseland til sikkerhetslovens virkeområde.

Sikkerhetsloven er relevant i vår vurdering av denne saken selv om den ikke kommer direkte til anvendelse.

Vi har vurdert det som relevant å drøfte om det er forsvarlig eller ønskelig å overlate den daglige kontrollen med disse opplysningene til en ekstern leverandør. Vi har tatt kontakt med Nasjonal sikkerhetsmyndighet i forbindelse med denne saken for å diskutere forholdet mellom sikkerhetsloven og stadig større samlinger av helsedata og eventuelle konsekvenser dette kan ha i et nasjonalt sikkerhetsperspektiv.

Etter sikkerhetslovens bestemmelser er det opp til virksomheten selv å vurdere om den virksomheten man driver er skjermingsverdig. Den laveste graden av skjermingsverdige objekter omfatter virksomheter som kan skade rikets selvstendighet og sikkerhet og andre vitale sikkerhetsinteresser om objektet får redusert funksjonalitet eller blir utsatt for skadeverk, ødeleggelse eller rettstridig overtakelse av uvedkommende (sikkerhetsloven § 17 a).

Selv om helseforetakene ikke har definert konsolideringen av pasientopplysninger i helseregionen som skjermingsverdig etter sikkerhetsloven, mener vi at helseforetakene som et minimum burde tatt i betraktning hvordan risikovurderinger utføres i saker som er omfattet av sikkerhetsloven.

I sikkerhetsloven er det presisert at virksomheten må vurdere hvilke konsekvenser det kan ha dersom funksjonaliteten reduseres, blir utsatt for skadeverk eller opplysninger rettstridig kommer uvedkommende i hende. Det burde vært avklart om tjenesteutsetting øker risikoen for eller konsekvensen av at noen av disse hendelsene inntreffer og hvilke krav som kan stilles for å redusere eventuell risiko.

Formålet med risikovurdering etter sikkerhetsloven er det samme som formålet med slik vurdering etter personopplysningsloven. Vi viser særlig til lovens § 29 a: *«Ved anskaffelser til kritisk infrastruktur skal det foretas en risikovurdering. I vurderingen skal det tas stilling til om anskaffelsen innebærer en ikke ubetydelig risiko for at sikkerhetstruende virksomhet blir etablert eller gjennomført mot eller ved bruk av infrastrukturen. Plikten til å gjennomføre risikovurdering gjelder ikke dersom det fremstår som åpenbart at anskaffelsen ikke kan innebære noen slik risiko.»*

Utredningsinstruksen

Vi har også sett hen til Utredningsinstruksen (Instruks om utredning av statlige tiltak) sist endret 1. mars 2016. Formålet med utredningsinstruksen er å legge et godt grunnlag for beslutninger om statlige tiltak, som for eksempel reformer, regelendringer og investeringer. Utredningsinstruksen gjelder ikke for egne rettssubjekter som for eksempel helseforetak, men det fremgår av veiledningen til instruksen at *«instruksen bør i alle tilfeller sees på som en god standard for involvering i og utredning av tiltak. Eierdepartementet kan for eksempel gjennom vedtekter pålegge statlige selskaper å følge instruksen.»* Instruksen er uansett et eksempel på at det stilles krav om at omfattende konsekvensutredninger skal være en del av beslutningsgrunnlaget når statlige forvaltningsorganer vedtar å iverksette for eksempel store investeringer.

Instruksen kommer til anvendelse ved tiltak, eller kombinasjoner av tiltak. I veiledningen er et gitt en oversikt over relevante kategorier av tiltak. Her finner vi offentlige tilbud av produkter

og tjenester, for eksempel infrastruktur og helsetjenester og offentlige anskaffelser, for eksempel IKT-tjenester og kontorutstyr.

Terskelen for hva instruksjonen er ment å omfatte av statlige gjøremål er altså ikke satt særlig høyt. Om Utredningsinstruksjonen står det at det er viktig at statlige beslutninger er velbegrunnede og gjennomtenkte. Ufullstendige eller manglende utredning øker risikoen for at det fattes beslutninger som ikke kan gjennomføres, som gir uønskede virkninger eller som innebærer sløsing med samfunnets ressurser. Instruksjonen gjelder for utarbeiding av beslutningsgrunnlag for statlige tiltak som utføres i, eller i oppdrag for statlige forvaltningsorganer.

Utredningen skal omfatte virkninger for enkeltpersoner, privat og offentlig næringsvirksomhet, statlig, fylkeskommunal og kommunal forvaltning og andre berørte. Det fremgår av veiledningen til instruksjonen at et av de seks viktige spørsmålene som skal besvares gjennom utredningen er hvilke prinsipielle spørsmål tiltakene reiser. En type prinsippspørsmål er slike som gjelder den enkeltes personvern og integritet. I veilederen står det følgende: *«Noen ganger utreder man tiltak som skal imøtekomme slike prinsipper. Andre ganger kan prinsippene legge begrensninger på hvilke tiltak som kan gjennomføres. Hvis et tiltak medfører virkninger som er i strid med ett eller flere prinsipper, kan utredningen måtte konkludere med at tiltaket ikke kan gjennomføres uansett hvilken nytteverdi det ellers måtte ha.»*

Dersom tiltakene berører prinsipielle spørsmål skal utredningen drøfte disse på en balansert, systematisk og helhetlig måte.

Det er utarbeidet en egen veileder til utredningsinstruksjonen som gjelder vurdering av personvernkonsekvenser. Hensikten med denne veilederen er å bidra til at statlige etater på en god måte kan utrede de personvernmessige konsekvensene av sine forslag.

Det er liten grunn til å anta at helseforetak er unntatt fra plikten til å utrede hvilke konsekvenser deres tiltak (tjenesteutsetting) har for den enkeltes personvern før det besluttes at tiltaket kan gjennomføres.

Finanssektoren

Vi har også innhentet informasjon fra Finanstilsynet for å undersøke hvilke føringer som gjelder innen finanssektoren når det gjelder utkontraktering av IKT-tjenester og vurdering av risiko i slike tilfeller. I forskrift om IKT-systemer i banker mv. § 2 fjerde ledd heter det at *«avtaler om utkontraktering av IKT-virksomhet og endringer av slike avtaler skal behandles av styret. Styret skal forelegges planer for utkontrakteringen, med risikovurdering, og en beskrivelse av hvordan foretaket skal sikre leveransen.»*

Finanssektoren har et regelverk der utkontraktering er behandlet flere steder. I helsesektoren er spørsmålet om utkontraktering i et slikt omfang som vi ser i denne saken nytt og regelverket har ingen særbestemmelser som regulerer spørsmålet.

Når helseforetakene problematiserer hvorvidt kravet om risikovurdering gjelder før eller etter beslutning om tjenesteutsetting, kontraktsinngåelse eller iverksetting av drift, mener vi det er relevant å vise til annet relevant regelverk der det stilles klare krav om at risikovurdering skal være en del av beslutningsgrunnlaget.

Lov om offentlige anskaffelser

Datatilsynet har også i forbindelse med denne saken vært i dialog med Direktoratet for forvaltning og ikt (Difi) og diskutert grenseflatene mellom kravene til risikovurderinger i personopplysningsforskriften og plikten til å gjennomføre anskaffelser i tråd med anskaffelsesregelverket. Difi uttrykte klart at risikovurderinger også er en nødvendig forutsetning for planlegging av anskaffelser, særlig i forbindelse med anskaffelser der det stilles krav til sikring av konfidensialitet, integritet og tilgjengelighet. Formålet med lov om offentlige anskaffelser er presisert i § 1: Den skal fremme effektiv bruk av samfunnets ressurser og bidra til at det offentlige opptrer med integritet, slik at allmennheten har tillit til at offentlige anskaffelser skjer på en samfunnstjenlig måte.

I forskrift om offentlige anskaffelser § 2-2 er det presisert at anskaffelsesloven og forskriften ikke gjelder anskaffelser som kan unntas etter EØS-avtalen artikkel 123. I denne artikkelen heter det at bestemmelsene i denne avtalen (EØS-avtalen) ikke skal hindre en avtalepart i å treffe tiltak som den anser som nødvendige for å hindre spredning av opplysninger som er i strid med dens vesentlige sikkerhetsinteresser.

Regelverket gjelder heller ikke for anskaffelser som bare kan utføres under særlige sikkerhetstiltak i henhold til lov, forskrift eller forvaltningsvedtak, og de aktuelle vesentlige interessene ikke kan sikres gjennom mindre inngripende tiltak.

Regelverket gjelder heller ikke dersom anvendelsen av det vil forhindre oppdragsgiveren fra å ivareta vesentlige sikkerhetsinteresser. Regelverket gjelder likevel dersom oppdragsgiveren kan ivareta disse interessene ved mindre inngripende tiltak (enn å unnta fra regelverket), for eksempel ved å pålegge leverandørene taushetsplikt.

I dette ligger at oppdragsgiver i forkant av en anskaffelse må vurdere om og i hvilken grad anskaffelsen kan eller bør unntas fra regelverket hel eller delvis som følge av at det stilles spesielle sikkerhetskrav til leveransen. Det må også vurderes om sikkerhetsrisikoen kan avhjelpes i tilstrekkelig grad ved at det for eksempel stilles krav i forbindelse med kvalifikasjon av leverandører. Dette betyr at oppdragsgiver må gjøre en konkret vurdering av anskaffelsen i forhold til eventuelle andre lovpålagte krav som påhviler virksomheten og dermed anskaffelsen. For å gjøre denne vurderingen må oppdragsgiver foreta en risikovurdering før det besluttes hvilke prosedyrer som skal benyttes i anskaffelsesprosessen. En anskaffelse kan unntas i sin helhet, eller man kan ende på et resultat som tilsier at regelverket kommer til anvendelse forutsatt at det stilles klare kvalifikasjons- og sikkerhetskrav.

Det er derfor ikke slik at plikten til å gjennomføre en anskaffelse i tråd med forskriftens kapittel III går foran oppdragsgiverens plikt til å sørge for etterlevelse av øvrig regelverk og sikkerhetskrav som gjør seg gjeldende i det konkrete tilfellet. Det er heller ikke slik at det kun

er anskaffelser som er omfattet av sikkerhetslovens bestemmelser som kan unntas fra regelverk om offentlige anskaffelser helt eller delvis. Bestemmelsene i anskaffelsesregelverket viser også at det er en forutsetning at risikovurderinger gjennomføres som en del av planleggingsfasen, før man iverksetter en anskaffelsesprosess som har utkontraktering av IKT-tjenester som mål.

6.3.3 Opplysninger fremkommet i saken

Risikovurderingen som ble gjort i forkant av beslutningen om tjenesteutsetting

I redegjørelsen vises det til at det i forkant av beslutningen om å benytte en kommersiell aktør for å modernisere regionens infrastruktur ble gjennomført en risikovurdering av alternativer for moderniseringen. Alternativene som ble vurdert var «gjør det selv» alternativet mot «ekstern partner». Analysen er vedlagt og betegnes «Risikoanalyse av alternativer for modernisering av infrastruktur». Analysen tar utgangspunkt i måloppnåelsen som er definert som alternativenes evne til å levere en modernisert infrastruktur på planlagt tid, til planlagt kostnad og med samme tjenestenivå til sykehusene ved ferdigstilling. Risikomålene som er vurdert som relevante for Helse Sør-Øst er

- Tid: i hvilken grad risikoen vil påvirke gjennomføring av moderniseringen innenfor planlagt tidshorisont,
- Kost: i hvilken grad risikoen vil påvirke kostnadene for valgt alternativ,
- Kvalitet: i hvilken grad risikoen vil påvirke kvaliteten på leveransen, basert på kvalitetskrav i avtalen og
- Omdømme: i hvilken grad risikoen vil påvirke omdømmet til Helse Sør-Øst og Sykehuspartner.

Rapporten definerer to scenarier som har konsekvenser for personvern og informasjonssikkerhet. I alternativet «ekstern partner» er det påpekt at det er en risiko for at man ved gjennomføring av avtale med ekstern partner øker Sykehuspartner sin synlighet i IT-verden og attraktiviteten for cyber angrep kan øke (R-0048). Sannsynligheten er satt til 1 og konsekvensen er vurdert som høy (5) for omdømmetap. Det er også satt som risiko i pkt. R-0037 at dersom personopplysninger aksesseres fra utlandet og ikke behandles i henhold til norsk lov kan personinformasjon komme på avveie. Sannsynligheten er satt til 2 og konsekvensen er vurdert lav (2) for økte kostnader og høyere (4) for omdømmetap. Vi kan ikke se at det er gjort nærmere analyser av i hvilken grad dette er forhold som kan få betydning for lovpålagte krav til informasjonssikkerhet og foretakenes plikt til å sikre den enkeltes personvern.

Særlig om helseforetakenes vurdering av risiko ved valg av underleverandør

Sykehuspartner gjennomførte en landvurdering av Bulgaria i februar 2017. Vurderingen ble gjort i etterkant av at det var besluttet å benytte valgte underleverandør. Vi har ikke mottatt ny dokumentasjon som viser at landvurderingen ble forelagt de behandlingsansvarlige før valg av leverandør ble bestemt.

Vurderingen som ble gjort tar opp en rekke relevante problemstillinger. Vi viser til følgende uttrekk:

Fra kapittel 1 Landrisiko:

- *«På europakommisjonens nettsider er det publisert det som skal være lov om beskyttelse av personopplysninger i Bulgaria og det legges derfor til grunn at dette faktisk er gjeldende lov. Denne loven stiller ikke eksplisitte krav til internkontroll, men dekker sentrale rettigheter for den registrerte. En viss usikkerhet vil det derimot være frem til en reell avklaring foreligger på lovens gyldighet i Bulgaria.»*
- *«Forholdet mellom den bulgarske personopplysningsloven og andre lover som eventuelt undergraver den registrertes rettigheter eller er til hinder for at databehandlingsansvarlige kan ivareta sine forpliktelser er ikke kartlagt som del av denne risikovurderingen. (...) Derfor er det usikkert hvorvidt personopplysninger om norske pasienter og ansatte er skjermet for bulgarske eller samarbeidende lands myndigheter.»*
- *«I følge Transparency International vurderes Bulgaria å ha relativt store utfordringer knyttet til korrupsjon ved at de rangeres på 75. plass på deres korrupsjonsindeks. Problemet med korrupsjon vurderes å redusere virksomhetens evne til å ivareta krav til informasjonssikkerhet og internkontroll, og vurderes å være en trussel mot personvernet.»*

Kapittel 6 Økonomiske forhold knyttet til endringer i internkontroll:

- *«Ved bruk av tjenesteleverandører fra utlandeske selskaper, er det naturlig å anta at dette vil medføre økte kostnader til å gjennomføre kontrollhandlinger som følge av reisevirksomhet, bruk av nye leverandører (som revisorer) og behov for ressurser til oppfølging av regulatoriske forskjeller. Det er uklart hvorvidt Sykehuspartner HF for 2017 har budsjettet med økte rammer for å gjennomføre kontroll av leverandører i utlandet, og dersom dette ikke korrigeres vil det redusere foretaksgruppens evne til å inkludere tjenesteleverandører fra utlandet i internkontrollen.»*

Vi har mottatt møtereferat fra ekstraordinært RSV-møte 19. mai der landvurderingen ble diskutert med representanter fra helseforetakene. Konklusjonen i vurderingen var at risikonivået samlet sett ville øke og at det derfor var nødvendig å iverksette tiltak for å lukke avvik.

Formålet med møtet var å bli enige om hvilke tiltak som måtte implementeres for å avhjelpe de sårbarhetene som var identifisert i landvurderingen. I dette referatet fremgår det at noen av representantene fra de ulike helseforetak var bekymret som følge av risiko knyttet til å legge driften til Bulgaria. Flere etterspurte personvernkonsekvensvurderinger og det ble reist spørsmål om i hvilken grad ledelsen og politikere var tilstrekkelig informert om at opplysninger ville bli utlevert til medarbeidere i Bulgaria.

Det ble også understreket i møtet at det ikke var aktuelt å stille spørsmål om det var forsvarlig å benytte leverandøren i Bulgaria, men at temaet kun var å vurdere hvilke tiltak som var nødvendig å implementere for å redusere den økte risikoen. Dette ble sagt til tross for at det i risikovurderingen står på side 2, at målsetningen med den er å vurdere hvorvidt risikonivået prinsipielt endrer seg utenfor risikoakseptkriterier ved *eventuell* databehandling fra Bulgaria, samt eventuelt identifisere nødvendige tiltak/forutsetninger for å kunne gjennomføre databehandling.

Det er uklart i hvilken grad ledelsen i helseforetakene har vært forelagt landvurderingen og de risikoer som der er avdekket før beslutningen om å gå videre med Bulgaria som land ble tatt. Vi finner ikke dokumentasjon som tilsier at risikovurderingen om Bulgaria ble forelagt ledelsen i henholdsvis Sykehuspartner, helseforetakene eller Helse-sør-øst.

Andre forhold i saken som viser at risikovurdering skulle vært utført

Etter at Datatilsynet første gang ba om å se de risiko- og personvernkonsekvensvurderingene som lå til grunn for beslutningen om å tjenesteutsette driften av IKT-infrastrukturen, har det vist seg at mangel på slike vurderinger har fått alvorlige konsekvenser for prosjektet. Vi nevner særlig potensielle økonomiske konsekvenser som følge av at det er inngått avtale med en tjenesteleverandør uten i forkant å ha klarlagt hvilke forutsetninger som må være på plass før avtalen kan inngås. I Helse Sør-Øst er moderniseringsprosjektet satt på vent inntil videre i påvente av at det blir vurdert om det er forsvarlig å fortsette prosjektet. Alminnelig avtalerett tilsier at dette kan få uønskede konsekvenser for oppdragsgiver.

6.3.4 Datatilsynets vurdering

Vår vurdering er at risikovurderingen som ble gjort i forkant av beslutningen om tjenesteutsetting ikke har som mål å analysere risiko relatert til behandling av personopplysninger og plikten til å sikre tilfredsstillende informasjonssikkerhet og personvern ved behandlingen. Formålet med vurderingen er å synliggjøre forhold som kan ha betydning for om prosjektet når målet om å ferdigstille moderniseringen til ønsket kvalitet, innen en gitt tidsperiode, innenfor et gitt budsjett uten å skade Sykehuspartners omdømme. Vi omtaler ikke denne vurderingen nærmere.

Datatilsynet legger til grunn at både beslutningen om å gjennomføre tjenesteutsettingen og selve avtaleinngåelsen innebærer endringer som har konsekvenser for informasjonssikkerheten i de behandlingsansvarliges virksomhet. Avtaleinngåelsen er en naturlig konsekvens av igangsatt anskaffelsesprosess. Anskaffelsesprosessen er et direkte resultat av at det ble besluttet å tjenesteutsette det aktuelle oppdraget. I det følgende forklarer vi hvorfor denne beslutningen må betraktes som en endring som omfattes av kravet i § 2-4.

Utkontraktingen innebærer at en ekstern leverandør vil få tilgang til hele infrastrukturen og dermed pasientopplysningene i helseregionen. Den eksterne leverandøren vil ha ansvaret for at pasientopplysninger og medisinsk infrastruktur er tilgjengelig når det er nødvendig for å yte helsehjelp. Samtidig innebærer utkontraktingen at den behandlingsansvarlige kan få redusert kontroll med infrastrukturen og bruken av informasjonssystemet, altså redusert tilgangskontroll. Endrede muligheter for å kontrollere etterlevelse av lovpålagte krav er også en naturlig konsekvens av utkontraktingen. .

Den planlagte sentraliseringen av all infrastruktur innebærer i tillegg at konsekvensen av sikkerhetsbrudd kan bli omfattende og få alvorlige konsekvenser for mange berørte. Den omfattende samlingen av sensitive personopplysninger på et sted betyr også at verdien av opplysningene øker betraktelig med tanke på misbruk, manipulering og skade, og at konsekvensen av sikkerhetsbrudd potensielt vil ramme halve Norges befolkning.

Avtalen omfatter overføring av store mengder sensitive personopplysninger til utlandet og stiller derfor ekstra strenge krav til behandlingsansvarlige når det gjelder å sikre forsvarlig og trygg behandling av pasientopplysninger.

Om sikkerhetsbrudd skjer i Norge eller i utlandet trenger ikke å være av betydning, men det skulle vært vurdert om og i hvilken grad utlevering til tredjeland innebærer økt risiko.

Basert på den kommunikasjonen vi hadde med Helse Sør-Øst høsten 2016 og fremover har vi lagt til grunn at det ikke har vært utført slike vurderinger som loven krever i forkant av beslutning om valg av tjenesteleverandør/underleverandør i Bulgaria.

Risikovurderingen skulle for å være tilstrekkelig utført, synliggjøre trusselbildet og ta høyde for at denne samlingen pasientopplysninger er den største samlingen helseopplysninger som noen gang har blitt vurdert tilgjengeliggjort for utenlandske leverandører. I denne vurderingen skulle det vært tatt høyde for at personopplysningene har avgjørende verdi for dem som trenger dem for å utføre sine oppgaver, og at opplysningene kan ha svært stor verdi for andre som ikke i utgangspunktet er berettiget tilgang til dem

En snever tolkning av kravet til risikovurdering i personopplysningsforskriften § 2-4 vil være uforenelig med lovens og bestemmelsens formål og øvrige bestemmelser som pålegger den databehandlingsansvarlige å sikre personvern i alle ledd av virksomheten.

Vi viser også til revisjonsrapporten fra PwC der det blant annet i punkt 6 oppsummeres at sentrale informasjonssikkerhetsrisikoer knyttet til ESN-avtalen ikke er tilstrekkelig vurdert.

Aksept av restrisiko ut over de kriteriene som på forhånd er fastsatt, kan aldri delegeres fra den behandlingsansvarlige til en databehandler. Basert på den dokumentasjonen vi er forelagt ser det ut som at landvurdering og aksept av restrisiko ikke er forankret hos ledelsen i det enkelte helseforetak som er databehandlingsansvarlig.

Vår vurdering er derfor at opplysningene som er fremkommet i saken og i svaret fra helseforetakene viser at de behandlingsansvarlige ikke har tatt det ansvaret de har overfor databehandler som er gitt ansvaret for avtaleinngåelsen.

Vi er derfor ikke enig i helseforetakenes vurderinger vedrørende kravene til å gjennomføre risikovurdering. Vi er overrasket over at og Sykehuspartner har lagt til grunn at denne avtalen om tjenesteutsetting ikke skiller seg fra andre avtaler de har inngått med underleverandører.

Vår vurdering støttes av funn i revisjonen utført av PwC på vegne av Helse Sør-Øst. I rapporten er det konkludert med at systemet for vurdering av risiko ikke har fungert som et effektiv kontrollmekanisme. Vi viser til rapporten s. 5 og PWCs vurderinger, særlig i kapittel 5.

6.3.5 Konklusjon

Datatilsynets konklusjon er at beslutningen om å tjenestestutsette IKT-drift og fornying av infrastrukturen innebærer endring som er omfattet av kravet om å gjennomføre risikovurdering i personopplysningsforskriften § 2-4.

Manglende etterlevelse av plikten til å gjennomføre risikovurdering ved endringer som har betydning for informasjonssikkerheten er i strid med kravet i pasientjournalloven § 22 jf. personopplysningsforskriften §§ 2-4 jf. 2-1.

Vi har ikke mottatt dokumentasjon som viser at det enkelte helseforetak har oppfylt kravene i personopplysningsforskriften §§ 2-15 jf. 2-1 (forholdsmessighet), 2-3 (sikkerhetsledelse), 2-4 (Risikovurdering), 2-5 (Sikkerhetsrevisjon), og 2-7 (organisering) i forkant av at det ble tatt beslutning om å legge drift av IKT til underleverandøren i Bulgaria.

7 Varsel om vedtak -Overtredelsesgebyr

Overtredelsesgebyr er et virkemiddel for å sikre effektiv etterlevelse og håndhevelse av personopplysningsloven og pasientjournalloven. Vi har konstatert at det foreligger overtredelse av bestemmelsene i pasientjournalloven §§ 22 jf. 5 jf. personopplysningsforskriften §§ 2-1, 2-3, 2-4, 2-7 og 2-11 og 2-15.

7.1 Datatilsynets vurdering

Helseforetakene har som følge av overtredelsene akseptert at drift og vedlikehold av hele helseregionens IKT-infrastruktur skal tjenestestettes, uten å ha vurdert hvilken risiko denne endringen vil ha med tanke på informasjonssikkerhet og personvern. Helseforetakene har heller ikke vurdert om risikoen ved å endre driften av informasjonssystemet er akseptabel i forhold til virksomhetens fastsatte mål for akseptabel restrisiko. Ansvar for de beslutningene som er tatt er i sin helhet overlatt til moderniseringsprosjektet som er gjennomført i regi av Sykehuspartner etter instruks fra Helse Sør-Øst RHF. Dette har skjedd til tross for at ansvaret for å sikre etterlevelse av pasientjournalloven og personopplysningslovens bestemmelser påhviler helseforetakene som databehandlingsansvarlige for virksomhetens behandling av personopplysninger.

Overtredelsene innebærer at helseforetakene ikke har oppfylt sin plikt etter pasientjournalloven § 22 til gjennom planlagte og systematiske tiltak sørge for tilfredsstillende informasjonssikkerhet, samt å påse at andre som får tilgang til helseopplysninger også oppfyller pasientjournallovens krav om å sikre konfidensialitet og personvern i samsvar med lovens formål.

Prosjektet «Digital fornying» har i for liten grad fokusert på helseforetakenes plikt til å sikre personvern jf. pasientjournalloven § 1 bokstav b) og plikten til å sikre tilstrekkelig informasjonssikkerhet samtidig som målet om bedre kvalitet, effektivitet og tilgjengelighet oppnås.

7.1.1 Konklusjon

Vi mener det er nødvendig å reagere på overtredelsene som har funnet sted i denne saken, og varsler med dette ileggelse av overtredelsesgebyr med hjemmel i pasientjournalloven § 29 jf. §§ 27 og 5.

I samsvar med Høyesteretts praksis (jf. Rt. 2012 side 1556) legger vi til grunn at overtredelsesgebyr er å anse som straff etter den europeiske menneskerettighetskonvensjonen art 6. Det kreves derfor klar sannsynlighetsovervekt for lovbrudd for å kunne ilegge gebyr.

I vurderingen av om overtredelsesgebyr skal ilegges skal det særlig legges vekt på momentene som er listet opp i pasientjournalloven § 29 annet ledd bokstav a-h.

7.2 Vurdering av om overtredelsesgebyr skal ilegges

7.2.1 Alvorlighetsgrad, vurdering av §29 a

Modernisering og digitalisering på mange områder i helsesektoren er nødvendige forutsetninger for å nå de politiske målsetningene om bedre kvalitet i helsetjenesten, økt pasientmedvirkning og bedre personvern.

Sektoren fikk nytt regelverk i 2015 der det ble åpnet opp for nye muligheter til behandling av helseopplysninger på tvers av virksomheter. Det ble gitt nye bestemmelser om felles journal, tilgang på tvers av virksomheter, nasjonal kjernejournal og andre nasjonale journalsystemer som skal erstatte virksomhetsinterne journalsystemer. I tillegg skjer det store endringer i systemet for digital reseptformidling der det også skal registreres legemidler i bruk i tillegg til at flere brukere av systemet får tilgang til opplysningene. Det legges også til rette for brukertilpassede løsninger som skal gi befolkningen enklere tilgang til egne opplysninger og mulighet for å kontrollere hvem som har hatt tilgang til opplysninger, samt mulighet for økt kontroll med hvem som skal få tilgang til hvilke opplysninger.

Slike løsninger er helt nødvendig for å etterleve plikten til å sikre pasienters og brukeres personvern samtidig som det utvikles effektive systemer for å sikre tilgang til relevant informasjon når det er nødvendig for å yte helsehjelp. Det overordnede politiske målet er «En innbygger –en journal». Utviklingen i sektoren innebærer at pasientens en til en forhold til helsepersonell og helsepersonells taushetsplikt slik vi kjenner den, er under stort press. Argumentene som benyttes for å berolige de som er bekymret for at pasientopplysninger kommer på avveie er at personvernet skal bli bedre ved bruk av moderne informasjonsteknologi. Dersom målet om bedre personvern ved bruk av moderne teknologi skal nås er det en forutsetning at aktørene i sektoren tar sin plikt til å sikre personvernet på alvor når de iverksetter prosjekter med digital fornying som målsetting.

Utviklingen i sektoren bidrar til at vi stadig ser større samlinger av pasientopplysninger lagret på ett sted. Historisk sett har risikoen for at opplysninger skal komme på avveie vært begrenset i den forstand at helseopplysninger om relativt få pasienter var spredd og lagret lokalt i ulike virksomheter. Nå er trenden at opplysningene samles i felles systemer. Det skjer i Helse Vest, Helse Midt og Helse Sør-Øst i tillegg til at det skjer gjennom nasjonale systemer som reseptformidleren, kjernejournal, mv.

Datatilsynets oppfatning er at modernisering som kan bidra til tilgjengeliggjøring av opplysninger som er nødvendige for å yte helsehjelp og dermed bedre kvalitet i helsetjenesten er positivt. Vi ønsker muligheter og initiativer velkommen, forutsatt at aktørene samtidig ivaretar sin plikt til å sørge for godt personvern gjennom blant annet å sørge for tilstrekkelige informasjonssikkerhetstiltak.

Vår vurdering er at denne saken om tjenesteutsetting tydelig har vist at personvernperspektivet ikke i tilstrekkelig grad er ivarettatt. Vi ser det som svært alvorlig at Helse Sør-Øst RHF ikke har sørget for at prosjektet er gjennomført på en måte som sikrer forankring i de behandlingsansvarlige helseforetakene.

Vi ser også svært alvorlig på at helseforetakene som er pliktsubjekter etter pasientjournalloven og personopplysningsloven ikke har etablert systemer som sikrer at de har nødvendig kontroll med beslutninger som ligger under deres ansvarsområde.

Overtredelsene som er avdekket i denne saken er også alvorlige fordi den behandlingsansvarliges oversikt over risikobildet og kontroll med behandling av opplysninger er nødvendige forutsetninger for å sikre etterlevelse av de øvrige bestemmelsene i regelverket.

Helseforetakene i Helse Sør-Øst er ulike med tanke på størrelse og det er individuelle forskjeller med tanke på tilgjengelige ressurser og nødvendig kompetanse om informasjonsteknologi og personvern. Vi regner allikevel alle som profesjonelle aktører som har behandling av personopplysninger og etterlevelse av bestemmelsene i pasientjournalloven og personopplysningsloven som en viktig del av sin kjernevirksomhet.

At helseforetakene må regnes som profesjonelle aktører innebærer at forventningene til at regelverket etterleves er store. Etterlevelse er også av stor betydning for å bevare befolkningens tillitt til at helsetjenesten behandler pasientopplysninger på en trygg og sikker måte. Omfanget av sensitive opplysninger som skal forvaltes gjennom avtalen som er inngått mellom Sykehuspartner og ekstern leverandør er svært stort og skiller seg i så måte fra alle forutgående saker om tjenesteutsetting i helsesektoren.

Saken har vist mangelfull kompetanse om gjennomføring av risikovurdering og nødvendigheten av å vurdere restrisiko i tillegg til manglende sikkerhetsledelse og ledelsesforankring.

Oppsummert mener vi overtredelsene er svært alvorlige fordi de viser mangelfull etterlevelse og forståelse av grunnleggende krav som er nødvendige forutsetninger for å sikre etterlevelse av regelverket. I tillegg dreier det seg om profesjonelle aktører i en sektor i utvikling hvor det er helt nødvendig at aktørene har systemer og kompetanse som sikrer at behandling av personopplysninger skjer i samsvar med regelverket og grunnleggende prinsipper om personvern.

7.2.2 I hvilken grad den databehandlingsansvarlige har utvist skyld, vurdering av §29b
Det fremkommer av forarbeidene til bestemmelsen (Ot.prp. nr. 72 (2007-2008) Om lov om endring i personopplysningsloven mv.) at det med graden av skyld siktes til hvor

klanderverdig handlingen er, for eksempel om den bærer preg av uhell eller om den har et mer systematisk eller planmessig preg.

Ansvar for etterlevelse av regelverket ligger hos den behandlingsansvarlige, men en databehandler har også en selvstendig plikt til å sikre at opplysninger behandles i samsvar til regelverket i databehandlerens virksomhet.

Overtredelsene kan skyldes mangelfull kompetanse i linjen og/eller uklare rutiner eller manglende system for å sikre forankring i ledelsen. Helseforetaksstrukturen, styringsmodellen i RHFet, prosjektorganiseringen, sykehuspartners rolle som databehandler og ansvarlig for kontraktsinngåelsen er faktorer som samlet sett bidrar til viske ut de klare ansvarslinjene som det stilles krav om i personopplysningsforskriften § 2-7.

Det er allikevel slik at det er helseforetakene som er pliktsubjekter etter personopplysningsloven. Hvert foretak er et selvstendig rettssubjekt og det er i foretakenes interesse å sørge for etterlevelse av gjeldende rett. Vi kan ikke se at det foreligger omstendigheter som tilsier at helseforetakene ikke har utvist skyld i denne saken.

Det kan diskuteres om eller i hvilken grad Helse Sør-Øst RHF har medvirket til overtredelsene gjennom sine føringer og måten moderniseringsprosjektet er organisert og styrt. RHFet har selv uttrykt at det må utarbeides nye rutiner som sikrer nødvendig forankring i helseforetakene. Med dette erkjenner ledelsen i Helse Sør-Øst at prosjektet ble styrt på en måte som ikke har gitt helseforetakene nødvendig kontroll med de beslutningene som ble tatt.

Vi reiser denne problemstillingen fordi vi mener det er viktig at den diskuteres i regionshelseforetaket, slik at det etableres rutiner som ivaretar helseforetakenes autonomi ved felles beslutninger.

Oppsummert er vår vurdering at de behandlingsansvarlige har utvist skyld ved å overlate beslutninger som har betydning for virksomhetens plikter etter personopplysningsforskriften og pasientjournalloven til moderniseringsprosjektet uten å sikre at beslutninger som ble tatt var akseptable i forhold til virksomhetens risikotoleranse og uten å sørge for ledelsesforankring før beslutninger ble tatt.

7.2.3 I hvilken grad kunne overtredelsen vært unngått, vurdering av §29 c

Vår vurdering er at overtredelsene kunne vært unngått dersom foretakene hadde hatt rutiner for å sikre etterlevelse av kravene i personopplysningsforskriften i forbindelse med konsernovergripende avtaleinngåelser og i alle saker som har betydning for virksomhetens plikter til å etterleve kravene i personopplysningsforskriften kapittel 2.

Overtredelsene kunne også vært unngått dersom prosjektledelsen hadde sørget for å etablere rutiner som sikret ledelsesforankring ved beslutninger og dersom risikovurderinger hadde vært forelagt de databehandlingsansvarlige før beslutninger ble tatt.

Kompetanse om den databehandlingsansvarliges plikt til å etterleve kravene i personopplysningsloven og forskriften jf. pasientjournalloven § 22 i foretaksledelsen kunne

også bidratt til at kravene om ledelsesforankring og organisering, plikten til å gjennomføre restrisiko og ledelsen plikt til å akseptere restrisiko hadde blitt ivaretatt i moderniseringsprosjektet.

Dersom det hadde blitt gjennomført en risikovurdering med fokus på prosjektets konsekvenser for personvern og informasjonssikkerhet, i tillegg til fokus på å nå målet om effektivisering og modernisering innenfor prosjektets rammer, kunne dette også ha bidratt til en annen styringsmodell.

Vi understreker at ansatte i konsernet, fagforeningsrepresentanter, pasienter med flere tidlig i prosessen varslet om at de planlagte endringene måtte vurderes med tanke på personvern og informasjonssikkerhet, uten at dette fikk konsekvenser for prosjektets fremdrift.

Datatilsynets involvering i saken skyldes først og fremst at vi mottok en rekke henvendelser fra enkeltindivider og interesseorganisasjoner som hadde uttrykt bekymring for prosjektet, uten å bli hørt.

Overtredelsene kunne også vært unngått dersom prosjektet hadde rådført seg med Datatilsynet i forkant.

Oppsummert er vår vurdering at overtredelsene kunne vært unngått dersom helseforetakenes plikt til å oppfylle kravene i pasientjournalloven og personopplysningsforskriften kapittel 2 hadde vært inntatt som en forutsetning for å nå målet med prosjektet.

7.2.4 Har overtredelsen fremmet den de behandlingsansvarliges interesser? Vurdering av §29 d)

Overtredelsen har sannsynligvis bidratt til en smidigere prosjektledelse ved at beslutninger har blitt tatt på vegne av alle helseforetakene uten at helseforetakene har tatt nødvendig stilling til om beslutningene er i samsvar med foretakets sikkerhetsstrategi og fastsatt risikotoleranse. Overtredelsene kan ha bidratt til at prosjektet har resultert i en avtale basert på en løsning som er rimeligere enn den ville vært dersom det var klart for alle parter at den eksterne leverandøren måtte få tilgang til pasientopplysninger for å utføre sine oppgaver.

Dersom en risikovurdering for eksempel hadde klarlagt at kryptering er nødvendig for å sikre konfidensialitet, fordi helseforetakene vurderer det som nødvendig for å hindre tilgang til pasientopplysninger, hadde løsningen blitt en annen, mest sannsynlig mer kostbar. En risikovurdering kunne også resultert i et krav om kontrolltiltak som kunne fått betydning for resultatet.

Overtredelsen har bidratt til at prosjektet kunne arbeide etter en styringsmodell og inngå avtale uten at de behandlingsansvarlige har brukt mye tid eller ressurser på prosjektet. Ved å overlate ansvar til Sykehuspartner i prosessen har de dermed oppnådd en ressursbesparelse. Slik ressursbesparelse er mest sannsynlig også noe av begrunnelsen for å gjennomføre konsernovergripende anskaffelser. Da blir det problematisk at man ikke samtidig sikrer nødvendig forankring i spørsmål som krever det.

Overtredelsene har i større grad fremmet interessene til det regionale helseforetaket, siden det er RHFet som har lagt føringer for gjennomføringen uten å ta høyde for regelverkets krav om ledelsesforankring.

Ønsket om effektiv prosjektledelse, samordning og ressursbesparelser har vært styrende for hvordan prosjektet er gjennomført og dette har gått på bekostning av helseforetakenes plikt til å sikre etterlevelse av regelverket.

Målet for prosjektet har vært modernisering og effektivisering til lavest mulig kostnad. Det er uklart om resultatet vill blitt annerledes dersom overtredelsene ikke hadde funnet sted, men det er grunnlag for å si at manglende risikovurderinger og forankring av disse kan ha bidratt til et resultat som oppfyller helseforetakenes plikt til å sikre effektivitet og tilgjengelighet på bekostning av personvernkonsekvenser.

7.2.5 Har de behandlingsansvarlige oppnådd en fordel ved overtredelsen? Vurdering av §29 e)

Vurderingen av om de behandlingsansvarlige har oppnådd en fordel ved overtredelsene sammenfaller i stor grad med vurderingen av om overtredelsen har fremmet de behandlingsansvarliges interesser.

7.2.6 Foreligger gjentakelse? Vurdering av §29 f)

Saken er enestående i den forstand at det er første gang en samlet helseregion har besluttet å tjenesteutsette drift og vedlikehold av hele IKT-infrastruktur til en ekstern leverandør i utlandet.

Saken er også spesiell fordi den løfter en rekke problemstillinger som oppstår som følge av organisasjonsstrukturen i helseforetaksmodellen.

Det foreligger ikke gjentakelse, men saken belyser en rekke problemstillinger som også vil gjelde for en rekke andre prosjekter som vurderer tjenesteutsetting av IKT-tjenester i helsesektoren.

7.2.7 Andre reaksjoner? Vurdering av §29 g)

Saken er behørig omtalt i media og den har fått konsekvenser internt i konsernet blant annet ved at styret i Sykehuspartner er skiftet ut. Saken har medført reaksjoner i den forstand at prosjektet er midlertidig stanset i påvente av nye vurderinger internt i konsernet. Da saken ble offentlig kjent fikk dette konsekvenser i den forstand at Helse Sør-Øst RHF har igangsatt revisjon, samt pålagt Sykehuspartner å gjennomføre tiltak for å vurdere risiko og sårbarhet samt å sikre forankring i helseforetakene.

Vår vurdering er at offentlig omtale av saken har bidratt til å begrense konsekvensene av de feil som er begått ved at Helse Sør-Øst har stanset fremdriften av prosjektet.

Vår vurdering er at Helse Sør-Øst gjennom sine reaksjoner har erkjent at avvik har skjedd og at de har iverksatt tiltak for å avhjelpe situasjonen.

Datatilsynet har etter dette kommet til at overtredelsesgebyr bør ilegges.

7.3 Vurdering av gebyrets størrelse

Vi kan ilegge gebyr på inntil 10 ganger folketrygdens grunnbeløp, for tiden maksimalt 936.340,- NOK. Datatilsynet har per i dag ikke gitt overtredelsesgebyr i denne størrelsen. Vi har heller ikke behandlet saker som kan sammenliknes med denne når det gjelder kontraktens størrelse, opplysningenes sensitivitet, omfanget av registrerte eller virksomhetens art.

Ved vurdering av beløpets størrelse skal det gjøres en konkret vurdering der de samme momentene som nevnt over skal avveies i tillegg til den behandlingsansvarliges økonomiske bæreevne.

Som vist i drøftelsen av om overtredelsesgebyr skal ilegges mener vi at overtredelsene er svært alvorlige og at etterlevelse av de bestemmelsene som her er overtrådt er helt avgjørende for å sikre at de behandlingsansvarlige etterlever sine plikter til å sikre forsvarlig behandling av personopplysninger og sørge for at personvern ivaretas, samtidig som det utvikles nye løsninger der moderne teknologi tas i bruk.

Kontraktens verdi tilsier at det legges store ressurser i å nå målet om effektivisering og modernisering. I denne sammenhengen forsterkes alvoret av overtredelsene fordi det blir så tydelig at grunnleggende krav til vurdering av restrisiko, ansvarlighet og kontroll ikke er hensyntatt i en ellers så viktig og ressurskrevende kontraktsinngåelse.

Helseforetakene er profesjonelle aktører som bærer et betydelig ansvar for å sikre ivaretagelse av befolkningens personvern. Dette ansvaret kan aldri overføres til en databehandler eller til en annen virksomhet.

Avtalen som er inngått har en verdi på NOK 6.9 milliarder over en periode på 7 år. Vi legger til grunn at helseforetakenes økonomiske bæreevne er solid og at et overtredelsesgebyr i den størrelsesorden vi maksimalt kan gi først og fremst vil ha en viktig signaleffekt. Signaleffekten er viktig for å synliggjøre at det ikke aksepteres at helseforetakene i landets største helseregion unnlater å sørge for ansvarlighet og veloverveide beslutninger i saker som har stor betydning for personvern og informasjonssikkerhet i helsetjenesten.

Herværende sak skiller seg fra tidligere saker der vi har ilagt overtredelsesgebyr ved at omfanget av opplysninger som behandles tilsvarer halve Norges befolkning i tillegg til at det dreier seg om helseopplysninger, altså svært sensitive opplysninger. Tilliten til helsetjenesten er og må være stor. Befolkningen skal ha tillit til at opplysninger behandles på en trygg måte og tilsynsorganer skal ha tillit til at de behandlingsansvarlige ser det som en egeninteresse å etterleve regelverket for å sikre pasientenes personvern.

Vår vurdering er at det ikke finnes formildende omstendighet i denne saken. Det er positivt at tilgangene som ble gitt i et avgrenset tidsrom er stanset, at prosjektets fremdrift er satt på vent og at Helse Sør-Øst har tatt grep for å rette opp i de feil som er begått. Dette innebærer at overtredelsene ikke har fått de konsekvensene som de kunne fått dersom prosjektet hadde fortsatt som planlagt med full drift fra 1. mai 2017.

Hva som er årsaken til at prosjektet ble stanset vet vi ikke. Det kan være medias søkelys på saken. Basert på dokumentasjon vi har mottatt og henvendelser vi har fått, mener vi det er klart at prosjektet ikke ble stanset som følge av interne prosesser. Selv om det er positivt at prosjektet ble stanset, er vår vurdering at dette først og fremst uttrykker RHFets erkjennelse av alvorlige avvik som ikke skulle funnet sted.

8 Orientering om videre fremdrift

Dette er et forhåndsvarsel (jf. forvaltningsloven § 16). Dersom dere har merknader til dette varselet, må dere sende oss en tilbakemelding om dette så snart som mulig og senest innen **24. november 2017**.

9 Innsyn og offentlighet

Dere har rett til innsyn i sakens dokumenter (jf. forvaltningsloven § 18). Vi vil også informere dere om at alle dokumentene i utgangspunktet er offentlige (jf. offentlighetsloven § 3), men understreker samtidig at sikkerhetsdokumentasjon som hovedregel er unntatt offentlighet (jf. offentlighetsloven § 13, jf. personopplysningsloven § 45).

Med vennlig hilsen

Bjørn Erik Thon
direktør

Grete Alhaug
seniorrådgiver

Kopi:

Oslo universitetssykehus HF - Ullevål - Personvernombudet, Postboks 4956
Nydalen, 0424 OSLO
Helse Sør-Øst RHF, Postboks 404, 2303 HAMAR
Sykehuspartner HF, Postboks 3562, 3007 DRAMMEN

Helse Sør-Øst RHF

Rapport fra ekstern gjennomgang av programmet for modernisering av IKT- infrastruktur (iMod)

Helse Sør-Øst RHF

22. juni 2017



Table of Contents

Sammendrag.....	3
Introduksjon	7
Bakgrunn.....	7
IKT-infrastrukturmodernisering i HSØ	8
Bruk av leverandørmarkedet og IKT-tjenesteutsetting.....	9
Introduksjon til ESN-avtalen.....	10
Grunnlag for PwCs rapport.....	11
Status i gjennomføringen av programmet	12
Kort om IKT-infrastrukturen i HSØ.....	13
1. Sykehuspartner har ikke tilstrekkelig kontroll på tilgangsstyring.....	14
2. Sykehuspartner har ikke tilstrekkelig sporbarhet på tilganger til helseopplysninger.....	15
3.1 Hvilke tilganger er blitt tildelt personell tilknyttet kontrakten?.....	15
3.2 Har tilganger blitt misbrukt?.....	16
3.3 Har personell tilknyttet kontrakten aksessert helseopplysninger?.....	17
4. HPN/ESN har så langt ikke kunnet dokumentere at det foreligger databehandleravtaler med samtlige underleverandører som oppfyller kravene i avtalen med Sykehuspartner.....	17
Systemet for gjennomføring av risikovurderinger knyttet til informasjonssikkerhet.....	21
5. Systemet for gjennomføring av risikovurderinger har ikke fungert som en effektiv kontrollmekanisme.	21
6. Sentrale informasjonssikkerhetsrisikoer knyttet til ESN-kontrakten er ikke blitt tilstrekkelig vurdert	25
Om Helse Sør-Øst RHF har fått tilstrekkelig informasjon om risiko og gjennomføringen av programmet vedr. informasjonssikkerhet	27
7. Presentasjonen til styret i HSØ RHF i sak 069-2016 vedrørende IKT-infrastrukturmodernisering var upresis og varsler om dette er ikke kommunisert til administrerende direktør i HSØ RHF.....	27
Vurdering av styringsmodell.....	30
Vurdering av ivaretagelse av informasjonssikkerhet og sikring av personsensitiv informasjon i ESN avtalen ...	32

Sammendrag

PwC har i perioden 4. mai 2017 - 21. juni 2017 gjort undersøkelser knyttet til påstander om at en ekstern leverandørs brukertilganger til Helse Sør-Østs IKT-infrastruktur kan ha gitt tilgang til sensitive personopplysninger, herunder helseopplysninger. Tilgangene var knyttet til en avtale mellom Sykehuspartner HF og Hewlett-Packard Norge AS datert 14. oktober 2016. Avtalen ble med virkning fra 5. mai 2017 overdratt til selskapet Enterprise Services Norge AS. Avtalen benevnes heretter som ESN avtalen.

PwC overleverte en foreløpig redegjørelse 24. mai 2017 og dette dokumentet utgjør vår endelige rapport til Helse Sør-Øst RHF.

PwCs hovedfunn og vurderinger fra 24. mai 2017 er på de fleste punkter uendret. Våre undersøkelser tilsier at det er 36 brukere tilknyttet ESN-avtalen som har hatt utvidede administratorrettigheter som innebærer mulighet for tilgang til helseopplysninger. I tillegg er det identifisert ytterligere 86 personer tilknyttet ESN-avtalen som har hatt privilegerte rettigheter til IKT-infrastrukturen av en mindre omfattende karakter. Disse 86 har hatt tilganger som er sammenlignbare med tilganger som andre eksterne leverandører normalt blir tildelt. De har ikke hatt administratortilgang til servere der elektroniske pasientjournaler lagres. Sykehuspartner HF har ikke tilstrekkelig kontroll på tilgangsstyring og ikke tilstrekkelig sporbarhet på tilgang til helseopplysninger. Imidlertid har PwCs undersøkelser av sentrale servere knyttet til elektroniske pasientjournaler ikke avdekket misbruk eller forsøk på misbruk av tilgang til helseopplysninger. Datagrunnlaget er derimot ufullstendig fordi det sentrale logginnsamlingssystemet ikke dekker hele foretaksgruppen. PwC har verifisert at alle disse 122 tilgangene nå er stengt.

Helse Sør-Øst har et stort behov for å modernisere sin IKT-infrastruktur. Moderniseringen og arbeidet er en forutsetning for å kunne innføre bedre og regionale løsninger for helsepersonell, pasienter, innbyggere og administrativt personell. IKT-infrastrukturmoderniseringen er nødvendig for å rette mangler innen informasjonssikkerhet, bl.a. knyttet til tilgangsstyring og sporbarhet som denne rapporten peker på. Helse Sør-Øst utgjør over 50% av spesialisthelsetjenesten i Norge og foretaksgruppens evne til å lykkes med sin IKT-strategi setter sterke føringer for den kommunale, regionale og nasjonale IKT-utviklingen i helsesektoren. Vi anbefaler at Helse Sør-Øst RHF og Sykehuspartner HF fortsetter å prioritere arbeidet med IKT-infrastrukturmodernisering.

Denne rapporten vurderer påstander knyttet til en ekstern leverandørs tilgang til helseopplysninger. Vi mener det er viktig å belyse tema knyttet til bruk av leverandørmarkedet og tjenesteutsetting av IKT som en bakgrunn for våre undersøkelser. IKT-infrastruktur er kritisk for alle virksomheter som yter helsetjenester, men vi vurderer at det er få virksomheter som har ressurser til å selvstendig drifte, vedlikeholde og videreutvikle egen IKT-infrastruktur. Helsesektoren står foran vesentlige investeringer innen digitalisering og vi forventer at flere og flere virksomheter må forholde seg til krevende valg mht. hva virksomheten skal og må gjøre selv, og hvordan leverandørmarkedet best kan utnyttes. Vi vurderer at IKT-infrastrukturdrift er et område som i økende grad vil bli tjenesteutsatt pga. den teknologiske utviklingen innen skytjenester og fordi virksomhetene vil velge at egne ressurser prioriteres til oppgaver nærmere kjernevirksomheten. Det er ulike modeller for tjenesteutsetting og et partnerskap med én eller få eksterne leverandører kan bidra til å øke kvalitet, redusere risiko og klargjøre ansvar. Denne formen for tjenestekjøp stiller derimot store krav til leverandørstyring og avtaleforvaltning.

Forsvarlig behandling av helseopplysninger er en del av Helse Sør-Østs kjerneoppgaver. Stor avhengighet til eksterne leverandører av IKT og medisinteknisk utstyr stiller krav til gode systemer for risikostyring, tilgangsstyring og sporing. Vi mener at risiko knyttet til ekstern partners mulige tilgang til helseopplysninger er mangelfullt behandlet i prosessen som ledet frem til Helse Sør-Øst RHF's styrevedtak 8. september 2016. Kunnskapen ble ikke gjort kjent for administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF og deler av innholdet i styrebehandlingen var upresis. Manglende, snarlig korrigerende av mangelfull kunnskap og upresis kommunikasjon har ført til at saken har fått et stort omfang. Saken kunne og burde vært unngått om kunnskap om eksisterende tilstand og risiko innen IKT-infrastruktur, og mulig tilgang til helseopplysninger hadde vært bedre belyst i prosessen. Beskrivelser og krav knyttet til informasjonssikkerhet og tilgang til helseopplysninger er for fokusert mot en fremtidig situasjon, og risikoen i overgangsfasen er ikke tilstrekkelig belyst. Dette, koblet

med en ambisiøs gjennomføringsplan med mål om virksomhetsoverdragelse 6 måneder etter kontraktsignering gjør det svært krevende å forvalte et godt system for risikovurderinger.

Vi vurderer det som fortsatt sannsynlig at Helse Sør-Øst RHF kunne besluttet en strategi om eksternt partnerskap, men sannsynligvis med en mindre aggressiv tidsplan for overføring av ansvar til ekstern partner. Med kunnskap om eksisterende tilstand og risiko innen IKT-infrastruktur, og mulig tilgang til helseopplysninger, ville det sannsynligvis blitt stilt strengere krav til Helse Sør-Østs egen kontroll med tilganger, sporing på bruk av tilganger og andre risikoreducerende tiltak, før en ansvarsoverføring kunne skje. Kost-/nyttevurderingen ville sannsynligvis vært riktigere ved at behovet for større egeninvesteringer, senere virksomhetsoverdragelse og risiko/nytteeffekter knyttet til pasientsikkerhet og virksomhetsrisiko hadde blitt bedre belyst.

Helse Sør-Øst er en av Norges største virksomheter og Sykehuspartner HF er en av Norges største IKT-leverandører. Et vellykket eksternt partnerskap innen IKT-infrastruktur krever mobilisering av store, internasjonale tjenesteleverandører som har erfaring og kapasitet som står i forhold til Helse Sør-Østs størrelse og kompleksitet. Helse Sør-Øst har i anskaffelsen stilt særskilte krav knyttet til datalagring og -behandling som er skjerpene i forhold til gjeldende EU-regelverk. Vi mener at en vellykket tjenesteutsetting krever at kunden i stor grad tilpasser seg leverandørens driftsmodell og løsninger, inkludert at tjenester leveres fra internasjonale lokasjoner. Vi vurderer videre at det burde vært lagt opp til en mindre aggressiv tidsplan for overføring av ansvar, og en innledende fase hvor ekstern partner støttet Sykehuspartner HF i å etablere en tilstrekkelig grad av egenkontroll med tilganger.

PwCs hovedfunn og vurderinger knyttet til programmet for modernisering av IKT-infrastruktur (iMod) er:

1. Sykehuspartner HF har ikke tilstrekkelig kontroll på tilgangsstyring.

I vår foreløpige redegjørelse som ble overlevert Helse Sør-Øst RHF 24. mai 2017 kunne ikke PwC bekrefte å ha en fullstendig oversikt over hvilke brukere som var tilknyttet kontrakten. Per 20. juni 2017 er oversikten blitt supplert gjennom undersøkelser foretatt av PwC og Sykehuspartner HF, men det er fortsatt usikkerhet knyttet til fullstendigheten av oversikten. Mangelen på oversikt over antall brukere med rettigheter som kan medføre tilgang til helseopplysninger, kombinert med svake kontrollrutiner og liten grad av sporbarhet, øker risikoen for uautorisert tilgang. På bakgrunn av våre undersøkelser vurderer PwC derfor at Sykehuspartner HF ikke har tilstrekkelig kontroll på tilgangsstyringen.

2. Sykehuspartner HF har ikke tilstrekkelig sporbarhet på tilgang til helseopplysninger.

Tildelingen av brukere med utvidede administratorrettigheter, kombinert med begrenset sporbarhet, gir mulighet for brukere til å benytte systemer som inneholder eller prosesserer helseopplysninger uten at brukernes aktivitet i særlig grad kan etterprøves. PwCs undersøkelser har avdekket svakheter og mangler i loggføringen av brukeraktivitet, som i hovedsak knytter seg til tekniske begrensninger i infrastrukturen. Imidlertid har PwCs undersøkelser av sentrale servere knyttet til elektroniske pasientjournaler ikke avdekket misbruk eller forsøk på misbruk av tilgang til helseopplysninger. Datagrunnlaget er derimot ufullstendig fordi det sentrale logginnsamlingssystemet ikke dekker hele foretaksgruppen.

3. 36 personer tilknyttet ESN-avtalen har hatt utvidede administratorrettigheter som innebærer mulighet for tilgang til helseopplysninger.

I tillegg til de 36 brukerne som har hatt utvidede administratorrettigheter har PwC, i samarbeid med Sykehuspartner HF, identifisert ytterligere 86 brukere som er gitt privilegerte rettigheter av en mindre omfattende karakter. Disse 86 har hatt tilganger som er sammenlignbare med tilganger som andre eksterne leverandører normalt blir tildelt. De har ikke hatt administratortilgang til servere der elektroniske pasientjournaler lagres. PwC har verifisert at alle 122 tilganger er stengt.

Datagrunnlaget PwC har hatt til disposisjon er ufullstendig fordi det sentrale logginnsamlingssystemet ikke dekker hele foretaksgruppen. Imidlertid har PwCs undersøkelser av sentrale servere knyttet til elektroniske pasientjournaler ikke avdekket misbruk eller forsøk på misbruk av tilgang til helseopplysninger.

4. Hewlett-Packard Norge AS/Enterprise Services Norge AS har så langt ikke kunnet dokumentere at det foreligger databehandleravtaler med samtlige underleverandører som oppfyller kravene i avtalen med Sykehuspartner HF.

Det er det enkelte helseforetak som er ansvarlig for å behandle personopplysninger, herunder helseopplysninger. Dersom behandlingen av personopplysninger settes ut til andre virksomheter, er det kun adgang til det dersom det er avtalt skriftlig. I Helse Sør-Øst har helseforetakene inngått en slik avtale med Sykehuspartner HF. Settes behandlingen videre ut til en ekstern leverandør skal tilsvarende databehandleravtaler inngås mellom Sykehuspartner HF og den aktuelle eksterne leverandøren som mellom Sykehuspartner HF og det enkelte helseforetaket. Settes behandlingen videre ut til en underleverandør av den eksterne leverandøren skal forpliktelsene likeledes skriftlig avtales nedover i leverandørkjeden.

PwC anser at Sykehuspartner HF har oppfylt sitt ansvar med å gjøre gjeldende forpliktelsene til databehandling til Hewlett-Packard Norge AS gjennom det avtaleverket som ble etablert mellom partene. I forbindelse med overdragelsen av avtalen fra Hewlett-Packard Norge AS til Enterprise Services Norge AS sørget dessuten Sykehuspartner HF samtidig for at disse forpliktelsene ble overdratt. I avtaleverket mellom partene har leverandøren (først Hewlett-Packard Norge AS deretter Enterprise Services Norge AS) forpliktet seg ovenfor Sykehuspartner til å avtale tilsvarende databehandleransvar med eventuelle underleverandører.

Innenfor perioden fra slutten av mars 2017 til begynnelsen av mai 2017 har driftspersonell fra underleverandører av Hewlett-Packard Norge AS hatt tilgang til behandling av personopplysninger, herunder helseopplysninger uten at det så langt har blitt dokumentert at det foreligger tilsvarende forpliktende databehandleravtaler mellom Hewlett-Packard Norge AS og dets underleverandører. Fra og med 5. mai 2017 er avtalen overdratt fra Hewlett-Packard Norge AS til Enterprise Services Norge AS. Vi har ikke mottatt dokumentasjon som viser at databehandleransvaret er avtalt tilsvarende videre i leverandørkjeden fra Enterprise Services Norge AS til dets underleverandører verken innenfor eller utenfor leverandørkonsernet. En konsernintern databehandleravtale i DXC Technology konsernet (som Enterprise Services Norge AS er den del av) representerer etter vårt syn ikke en slik tilsvarende databehandleravtale da denne ikke peker tilbake på det konkrete databehandleransvaret som følger av avtaleverket mellom Sykehuspartner HF og Enterprise Services Norge AS.

5. Systemet for gjennomføring av risikovurderinger har ikke fungert som en effektiv kontrollmekanisme.

Uklare kriterier for risikoaksept fører til usikkerhet med hensyn til hvem som kan akseptere hvilke risikoer. Dette kan føre til at relevante risikoer ikke blir eskalert, og at systemet for vurdering av risiko ikke fungerer som en effektiv kontrollmekanisme.

Kravet om at risikovurderingene knyttet til TMO Readiness Verification skal være en relativ vurdering i forhold til dagens risikonivå (CMO), forutsetter at de kjente svakhetene/sårbarhetene i eksisterende IKT-infrastruktur og applikasjonsportefølje er tilstrekkelig risikovurdert og dokumentert. Vår vurdering er at det ikke foreligger en fullgod risikovurdering av den eksisterende løsningen.

6. Sentrale informasjonssikkerhetsrisikoer knyttet til ESN-kontrakten har ikke blitt tilstrekkelig vurdert.

Alle risikovurderinger knyttet til informasjonssikkerhet, som er gjennomført i regi av programmet, er relativvurderinger i forhold til dagens risikonivå (CMO). Dagens risikonivå er imidlertid ikke dokumentert. Landrisikovurderingen avdekket at kjente sårbarheter i eksisterende IKT-infrastruktur gir høyere risiko knyttet til tilganger fra Bulgaria. Det fremgår ikke av etterfølgende risikovurderinger behandlet i iMod Security Board at disse svakhetene er tilstrekkelig hensynstatt. Vesentlige sårbarheter i eksisterende IKT-infrastruktur er ikke lagt til grunn for vurdering av tiltak eller eskalering av risiko.

7. Presentasjonen til styret i Helse Sør-Øst RHF i sak 069-2016 vedrørende IKT-infrastrukturmodernisering var upresis og varslers om dette ble ikke kommunisert til administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF.

Deler av informasjonen presentert for styret i Helse Sør-Øst RHF gjenspeiler ikke det faktum at gjennomføringen av kontrakten vil kreve at risikoklarert driftspersonell vil få mulighet til å få tilgang til helseopplysninger. Selv om den upresise informasjonen ble adressert i e-poster til sentrale personer i Helse Sør-Øst RHF er det uheldig at Sykehuspartner HF ikke adresserte dette mer formelt i linjen, ved for eksempel et

saksfremlegg for styret i Sykehuspartner HF. En ledende ansatt i Helse Sør-Øst RHF har hatt rollen som styreleder i Sykehuspartner HF og en annen ledende ansatt har vært medlem av iMod programstyre. Dette kan ha bidratt til at ansatte i Sykehuspartner HF har ansett at Helse Sør-Øst RHF har vært tilstrekkelig informert.

De ledende personene i Helse Sør-Øst RHF som ble konfrontert med informasjonen om avviket mellom det som var fremlagt for styret i Helse Sør-Øst RHF og reelle forhold burde umiddelbart ha kommunisert dette videre til administrerende direktør. For den ene ville dette innebære rapportering utenfor linjen. Det mener vi ville vært riktig i en sak som denne.

Etter PwCs syn burde sak 069-2016 inneholdt en mer presis fremstilling av de ulike fasene i kontraktforløpet, herunder hvilke tilganger ekstern leverandør ville få i de ulike fasene. For eksempel framgår det klart av kontrakten at leverandøren skal gis tilganger i CMO-fasen, før sikkerhetsmekanismene i den moderniserte IKT-infrastrukturen er på plass, men etter en risikovurdering. Disse tilgangene var nødvendig for at driftspersonell hos leverandøren skulle kunne gjøre seg kjent med- og gjøre nødvendige analyser av nåværende IKT-infrastruktur.

Sammendrag av vurdering knyttet til styringsmodell

Styringsdokumentet for gjennomføring av IKT-infrastrukturmoderniseringen burde vært utarbeidet som en del av prosessen som ledet frem til valg av ekstern partner.

En ekstern vurdering av Metier AS (mars 2017) peker bl.a. på manglende styringsdokumentasjon og uklarerheter i styringsstruktur og ansvarsdeling. I PwCs intervjuer anerkjennes Metier AS sine vurderinger og anbefalinger i stor grad. PwC har derfor valgt å ikke gjøre en tilsvarende, selvstendig vurdering. Vi legger til grunn at Sykehuspartner gjennom Metier-rapporten har mottatt en rekke anbefalinger som gir retning for hvordan videreføringen av iMod bør styres og organiseres.

En velfungerende regional styringsmodell for IKT er en forutsetning for å lykkes med modernisering av IKT-infrastrukturen. Helse Sør-Øst og Sykehuspartner HF har historisk ikke lyktes med å etablere en regional, standardisert IKT-infrastrukturplattform. Valget av en ekstern internasjonal leverandør, hvor premissene i forretningsmodellen er standardisering, storskalafordele og et internasjonalt leveranseapparat, stiller nye krav til Sykehuspartner HF. Vår erfaring er at det er spesielt innen leverandørstyring og i rollen som tjenesteintegrator mellom helseforetakene og ekstern leverandør at Sykehuspartner HF må etablere mer kapasitet og profesjonalisere arbeidsprosessene.

Infrastrukturmodernisering gjennom iMod stiller skjerpede krav til Sykehuspartner HFs styring og prosesser for koordinering og forankring i foretaksgruppen. Sykehuspartner HF bør nøye vurdere behovet for å styrke egen kapasitet med ekstern bistand for å oppfylle disse kravene og forventningene.

PwC vurderer at iMods styringsdokument, per mai 2017, har mangler og ikke gir grunnlag for å sikre god styring og kontroll. Myndighet og fullmakter i iMods programstyre må klargjøres og det bør sikres at styret i Sykehuspartner HF gis beslutningsmyndighet innenfor rammer og premisser satt av Helse Sør-Øst RHF.

Introduksjon

Bakgrunn

Styret i Helse Sør-Øst RHF (heretter: HSØ RHF) besluttet 8. september 2016 (styresak 069-2016) å inngå kontrakt med en ekstern partner for å gjennomføre IKT-infrastrukturmodernisering.

Sykehuspartner HF (heretter: Sykehuspartner) fikk i foretaksmøte 15. september 2016 i oppdrag å legge til grunn HSØ RHF styresak 069-2016 for videre arbeid med modernisering av IKT-infrastrukturen, og å inngå kontrakt med den eksterne leverandøren som samlet hadde det mest fordelaktige tilbudet.

Sykehuspartner inngikk 14. oktober 2016 avtale med Hewlett-Packard Norge AS (heretter: HPN) om IKT-infrastrukturdrift og IKT-infrastrukturmodernisering. Effektiv kontraktsdato ble satt til 1. november 2016. Kontrakten ble våren 2017 overført til Enterprise Services Norge AS (heretter: ESN). ESN er en del av et konsern der DXC Technology (heretter: DXC) er konsernspissen.

iMod er programnavnet for gjennomføring av ESN-kontrakten og IKT-infrastrukturmoderniseringen i Sykehuspartner. Ved omtale av foretaksgruppen benyttes forkortelsen HSØ.

Våren 2017 publiserte NRK saker med påstander om at utenlandske IT-arbeidere hadde tilgang til sensitive personopplysninger og HSØ besluttet å iverksette undersøkelser med ekstern bistand fra PwC.

PwC er HSØ RHF's revisor og ble 4. mai 2017 engasjert av administrerende direktør i HSØ RHF til å utføre en utvidet revisjon av påstander om at eksterne tilganger til HSØs IKT-infrastruktur kan ha gitt tilgang til sensitive personopplysninger, herunder helseopplysninger.

PwCs rapport skal omfatte:

- Status i gjennomføringen av programmet
- Vurdere kontrollregime knyttet til oppfyllelse av krav til informasjonssikkerhet, spesifikt:
 - Fakta om tilganger som er gitt, om de er gitt etter gjeldende rutiner, om det anses forsvarlig at disse tilgangene er gitt og om rutinene er forsvarlige
 - Undersøke eventuelt misbruk av tilganger og om personsensitive data har kommet på avveie
- Vurdering av systemet for gjennomføring av risikovurderinger knyttet til informasjonssikkerhet
- Om Helse Sør-Øst RHF har fått tilstrekkelig informasjon om risiko og gjennomføringen av programmet vedr. informasjonssikkerhet
- Vurdere styringsmodell, fullmakter, ansvar og roller som er etablert i programmet
- Evaluere hvorvidt programmet i Sykehuspartner HF er satt opp og styrt på en hensiktsmessig måte for å gjennomføre oppgavene gitt i foretaksmøte 15. september 2016
- Vurdere ESN-avtalen med hensyn på ivaretagelse av informasjonssikkerhet og sikring av personsensitiv informasjon
- Andre relevante forhold

PwCs innledende undersøkelser og vurderinger var knyttet til perioden fra Sykehuspartner fikk oppdraget med å inngå kontrakt og gjennomføre programmet på vegne av foretaksgruppen, dvs. fra 15. september 2016. Etter fremleggelse av foreløpig redegjørelse har PwC innhentet og benyttet dokumentasjon fra perioden før 15. september 2016 i den grad det har vært nødvendig.

IKT-infrastrukturmodernisering i HSØ

HSØs eksisterende IKT-strategi ble vedtatt i 2015 (HSØ RHF styresak 086-2015) og var en revisjon av strategien fra 2012. I perioden mot 2020 skal strategien bl.a. bidra til:

- Bedre pasientsikkerhet og kvalitet ved at rett informasjon er tilgjengelig på rett sted, til rett tid og til rett person, slik at pasientsikkerheten blir ivaretatt og at alle ansatte i HFene kan utføre oppgavene sine effektivt og med høy kvalitet overfor pasientene.
- Effektivisere helsetjenestene, fjerne uønsket variasjon og bedre pasientsikkerhet gjennom flere regionale løsninger som muliggjør standardiserte og forenklede arbeidsprosesser og deling av beste praksis. Regionale løsninger skal gi helsepersonell raskere, enklere og sikrere tilgang til nødvendige opplysninger og understøtte samhandling mellom de som leverer helsetjenestene.

HSØs strategiske retning er å regionalisere et utvalg kliniske og virksomhetsrettede løsninger, og å etablere en robust felles IKT-infrastruktur som løsningene kan driftes på.

Med hensyn til felles IKT-infrastruktur beskrives en nåsituasjon hvor hvert helseforetak har sin egen IKT-infrastruktur og at den er svært kompleks og utdatert. Videre at det i regionen forvaltes «(..) *hele 40 datarom av varierende størrelse, kritikalitet og kvalitet. Kompleksiteten (i) IKT-infrastrukturen medfører at drift og vedlikehold av systemporteføljen er svært omfattende, den er til hinder for samhandling, og er et hinder for bruk av regionale IKT-tjenester*».

HSØ RHF, gjennom programmet Digital fornying, startet en foranalyse av alternative tilnærminger til modernisering av IKT-infrastrukturen høsten 2013. Det ble orientert til styret i administrerende direktørs driftsorienteringer 13.mars 2014 at man ønsket å gå videre med planlegging og beslutningsprosess for moderniseringen av IKT-infrastrukturen ved hjelp av en ekstern partner. Etter å ha vurdert ulike alternativer fant HSØ RHF det riktig å iverksette en konkret vurdering av etableringen av et eksternt partnerskap med en leverandør innen modernisering og drift av IKT-infrastrukturtenester. Et eksternt partnerskap ville innebære kjøp av tjenester innen ett eller flere infrastrukturområder fra en leverandør, der leverandøren ville ta ansvar for drift, kontinuerlig vedlikehold og modernisering til en samordnet og standardisert IKT-infrastruktur. Styret ble orientert om dette i administrerende direktørs orienteringer 23. oktober 2014.

I HSØ RHF styresak 006-2015 ble det pekt på at Sykehuspartner har hatt stor vekst i antall ansatte og at det har vært en betydelig vekst innen IKT-infrastruktur. Vurderingen var at Sykehuspartner i større grad burde ha sykehushære ressurser og at dagens utvikling ikke var bærekraftig. Det pekes også på at det allerede var mye bruk av eksterne konsulenter i arbeidet med moderniseringen av IKT-infrastruktur. I HSØ RHF styresak 086-2015 ble det i beslutning av IKT-strategi lagt til grunn en modernisering av foretaksgruppens IKT-infrastruktur som grunnlag for digitalisering av kliniske og administrative arbeidsprosesser. Én felles IKT-infrastruktur i HSØ ble etablert som premiss og styret mente at det var viktig å få gjennomført en slik modernisering raskt. Styret i HSØ RHF ble orientert om vurderinger knyttet til eksternt partnerskap i administrerende direktør sine orienteringer 13. mars og 23. oktober 2014, samt i sakene 006/2015, 056/2015, 11/2016 og 43/2016. Arbeidet ledet til slutt frem til HSØ RHF styresak 069-2016 og beslutning om å inngå kontrakt med en ekstern partner.

PwC vurderer at HSØ har et stort behov for å modernisere sin IKT-infrastruktur og arbeidet er en forutsetning for å kunne innføre bedre og regionale løsninger for helsepersonell, pasienter, innbyggere og administrativt personell, jf. HSØs IKT-strategier fra 2012 og 2015. Innsikten vi har fått gjennom arbeidet med denne rapporten viser at deler av HSØs IKT-infrastruktur er utdatert og gjør det vanskelig å etterleve krav til informasjonssikkerhet. Systemer for sporing og logging er mangelfulle, pasientinformasjon og helseopplysninger er tilgjengelige for utvalgt driftspersonell i IKT-infrastrukturdrift, og deler av IKT-infrastrukturen er på et versjonsnivå som innebærer risiko for informasjonssikkerheten. Et sentralt formål med iMod er å rette opp i disse svakhetene. HSØ utgjør over 50% av spesialisthelsetjenesten i Norge og foretaksgruppens evne til å lykkes med sin IKT-strategi setter sterke føringer for den kommunale, regionale og nasjonale IKT-utviklingen i helsesektoren.

Bruk av leverandørmarkedet og IKT-tjenesteutsetting

Denne rapporten vurderer påstander knyttet til en ekstern leverandørs tilgang til helseopplysninger. Vi mener det er viktig å belyse tema knyttet til bruk av leverandørmarkedet og tjenesteutsetting av IKT som en bakgrunn for våre undersøkelser.

Direktoratet for e-helse sine foreløpige beregninger i arbeidet med rapporten «RHF IKT komparativ analyse» viser at den norske spesialisthelsetjenesten i 2016 hadde totale IKT-driftskostnader, inkl. avskrivninger, på om lag 6 milliarder kroner (4,6 milliarder kroner, ekskl. avskrivninger). Kjøp og drift av medisinteknisk utstyr (heretter: MTU¹) er ikke inkludert. Basert på rapportering fra spesialisthelsetjenesten beregner Direktoratet for e-helse at spesialisthelsetjenesten i 2016 hadde om lag 2500 egne, dedikerte IKT-årsverk.

HSØs IKT-driftskostnader, ekskl. avskrivninger, er for 2016 beregnet til om lag 2,4 milliarder kroner, og de hadde om lag 1350 egne dedikerte IKT årsverk i foretaksgruppen. Legger vi svært forenklet til grunn 850.000 kroner i egne årsverkskostnader pr ansatt utgjør den kostnaden om lag 48% av de totale driftskostnadene (ekskl. avskrivninger). Resterende 52% kan ikke sies å være eksterne kjøp i leverandørmarkedet, men det kan legges til grunn at de utgjør en vesentlig andel. Helse Vest IKT AS, som har Sykehuspartners rolle for spesialisthelsetjenesten i Helse Vest RHF, har beregnet at om lag 40% av økonomien i 2016 er aktivitet i egen regi og 60% er satt ut til andre. De 60% som ikke er i egen regi er hovedsakelig til utvikling og leveranse av IKT-infrastruktur (maskinvare og basisprogramvare) og utvikling/videreutvikling/forvaltning av programvare/løsninger for HFene. At en stor andel av kostnadene går til eksternt kjøp av varer og tjenester, og at avhengigheten til leverandørmarkedet er stor, er ikke unikt for helsesektoren. En analyse gjort av Politidirektoratet i 2016 viste at om lag 80% av politiets totale IKT-budsjett gikk til eksternt kjøp av materiell og tjenester.

Alle fire helseregioner i spesialisthelsetjenesten har i dag stor avhengighet til leverandører av programvare, maskinvare, support- og vedlikeholdstjenester. I helsesektoren går denne avhengigheten utover tradisjonell IKT pga. behovet for og koblingen til MTU. MTU inngår i økende grad i en systemløsning sammen med IKT. Leverandørene har en sentral rolle i å innføre nye løsninger, i løpende service og vedlikehold, samt i bistand til drift og forvaltning. Oppgavene er bl.a. knyttet til å redusere risiko for driftsavbrudd og opprettholde garantier på program- og maskinvare. De regionale IKT-leverandørene må forsvarlig gi og styre nødvendige tilganger til personell fra leverandørene slik at nødvendige oppgaver kan utføres. En risiko i dagens situasjon er at mange virksomheter har svært mange leverandører på avtaler hvor virksomheten selv sitter med en stor del av risikoen og ansvaret. Mer formaliserte tjenesteavtaler med færre leverandører, mer balansert risiko- og ansvarsdeling mellom kunde og leverandør, og eventuell tjenesteutsetting kan bidra til å redusere risiko i kontekst av tilgangsstyring og oppfølging av at tilganger ikke misbrukes.

IKT-infrastruktur er kritisk for alle virksomheter som yter helsetjenester, men vi vurderer at det er få virksomheter som har ressurser til å selvstendig drifte, vedlikeholde og videreutvikle IKT-infrastruktur. Den generelle IKT-utviklingen innen bl.a. skybaserte tjenester og løsninger gjør det også krevende å oppfylle en strategi om høy grad av egen-regi. Helsesektoren står foran vesentlige investeringer innen digitalisering, bl.a. for å møte den demografiske utviklingen og forventet vekst i etterspørsel etter helsetjenester. Vi forventer at flere og flere virksomheter må forholde seg til krevende valg mht. hva virksomheten skal og må gjøre selv, og hvordan leverandørmarkedet best kan utnyttes. Økonomiske rammebetingelser, kapasitet og kompetanse vil med stor sannsynlighet føre til at flere og flere virksomheter vil vende seg til leverandørmarkedet. Som en kompensasjon eller et mulig alternativ til økt bruk av markedet må flere virksomheter eventuelt gå sammen for å sikre nødvendig kapasitet og kompetanse.

Vi vurderer at IKT-infrastrukturdrift er et område som i økende grad vil bli tjenesteutsatt pga. den teknologiske utviklingen innen skytjenester og fordi virksomhetene, som i HSØ, vil velge at egne ressurser prioriteres til

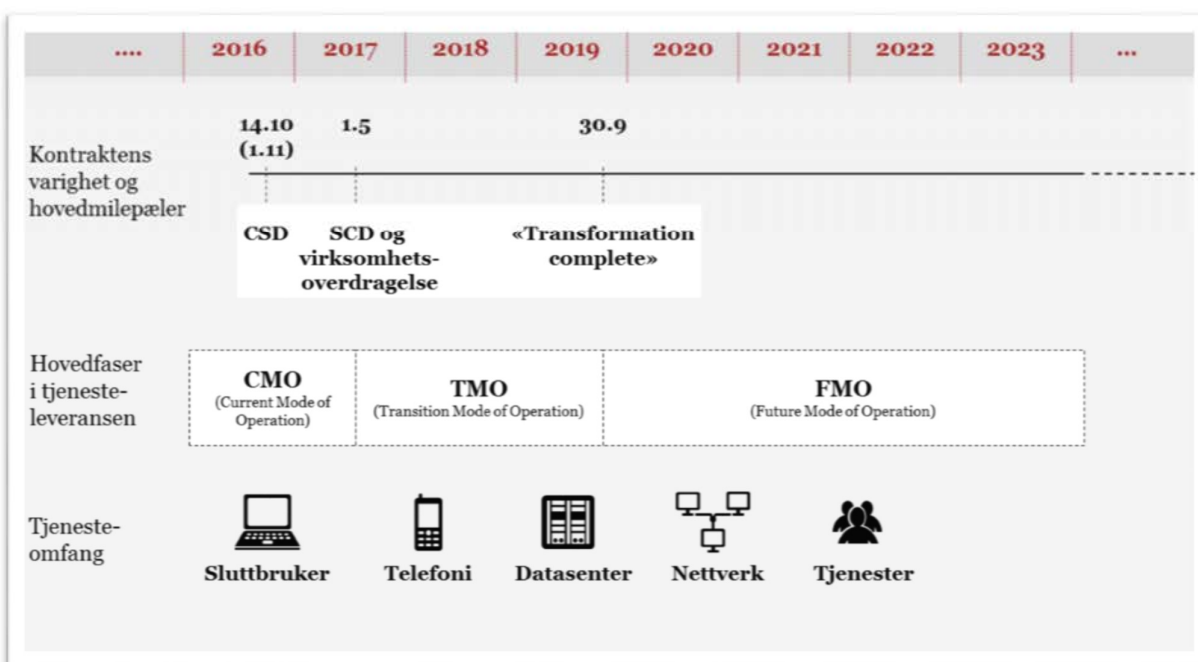
¹ «Ethvert medisinsk utstyr, inklusiv in vitro-diagnostisk medisinsk utstyr, inkludert programvare og systemløsninger, beregnet for mennesker til diagnose, overvåkning og/ eller behandling på medisinsk grunnlag (..). Med systemløsninger forstås medisinsk-teknisk utstyr som virker sammen med IKT produkter/systemer, der tilsiktet anvendelse (..) er diagnose, overvåkning og/ eller behandling av mennesker på medisinsk grunnlag. Kommunikasjonen skjer via nettverk, mellom serversystemer, databaser og/ eller andre lagringsmedia.» (Kilde: Medisinsk Teknologisk Forening).

oppgaver nærmere kjernevirksomheten. I Helsinki-regionen i Finland pågår et stort IKT/e-helseprogram (Apotti) som skal innføre nye løsninger for elektronisk pasientjournal i spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og sosialtjenesten for om lag 5 millioner innbyggere. Den japanske leverandøren Fujitsu fikk oppgaven med å etablere og drifte en sky-basert IKT-infrastruktur- og applikasjonsplattform for dette programmet.² Ved Cambridge University Hospital (UK NHS Foundation Trust) ble HP valgt i en 10-årig avtale for modernisering og drift innen applikasjoner og infrastruktur.³

Det er ulike modeller for tjenesteutsetting og et partnerskap med én eller få eksterne leverandører kan bidra til å øke kvalitet, redusere risiko og klargjøre ansvar. HSØ har ikke selv greid å modernisere sin IKT-infrastruktur og foretaksgruppen har i tillegg et stort behov for å forbedre og regionalisere applikasjonsporteføljen⁴. Vi mener at det strategisk kan ha vært riktig av HSØ å velge en strategi med én ekstern hovedleverandør innen IKT-infrastruktur. Denne formen for tjenestekjøp stiller derimot store krav til leverandørstyring og avtaleforvaltning.

Introduksjon til ESN-avtalen

Figuren under illustrerer ESN-kontraktens varighet, sentrale faser og milepæler.



Figur 1 - ESN-kontraktens varighet, sentrale faser og milepæler, PwC-illustrasjon.

ESN-avtalen, med effektiv kontraktsdato 1. november 2016 («Contract Signature Date», (CSD)), innebærer at driftsansvaret for IKT-infrastruktur overføres fra Sykehuspartner til ESN, inkludert virksomhetsoverdragelse av relevant personell fra Sykehuspartner, samt en modernisering og standardisering av foretaksgruppens samlede IKT-infrastruktur. ESN-avtalen omfatter løsninger og tjenesteleveranser innen sluttbruker, telefoni, datasenter, nettverk, samt tjenester knyttet til bl.a. service management og sikkerhet.

² www.fujitsu.com/fts/about/resources/news/press-releases/2016/emeai-20161215-fujitsu-wins-32-million-euro-deal.html

³ www8.hp.com/uk/en/hp-news/press-release.html?id=1393859

⁴ IKT-løsninger og systemer som benyttes av helsepersonell, for eksempel elektroniske pasientjournaler, lab- og røntgensystemer, og administrative IKT-løsninger og systemer som benyttes innen økonomi, regnskap og forsyning.

«Current Mode of Operation» (CMO) innebærer videreføring av dagens driftsmodell og løsninger. I denne fasen skulle det gjennomføres en rekke oppgaver og opplæring av ekstern partners personell før virksomhetsoverdragelsen kunne skje, inkludert en «operational readiness review» med et antall kriterier som skulle oppfylles. «Service Commencement Date» (SCD) er tidspunkt for når ekstern partner overtar ansvaret for utførelsen av IKT-infrastruktur tjenester, inkludert overføring av medarbeidere fra Sykehuspartner til ekstern partner. «Transition Mode of Operation» (TMO) er fasen hvor forbedringer og nye løsninger (transformasjon) skal etableres og stegvis innføres. I denne fasen er ekstern partner ansvarlig for utførelsen av IKT-infrastruktur tjenester, og Sykehuspartner har oppgaver og ansvar for å bidra til at forbedringer og nye løsninger kan etableres. «Future Mode of Operation» (FMO) innebærer at avtalte løsninger og driftsmodell er på plass og i operativ drift, samt at det etableres prosesser for kontinuerlig forbedring. Dette nivået skal iht. kontrakt være oppfylt innen utgangen av 2019, men ulike tjenester vil nå FMO-status i løpet av TMO-perioden.

Grunnlag for PwCs rapport

Tabellen under beskriver grunnlaget for PwCs rapport.

Periode	PwC startet oppdraget 4. mai 2017 og avsluttet det 21. juni 2017.
Dokumentasjon	PwC har forespurt relevant dokumentasjon og mottatt over 300 dokumenter. Dokumentene har blitt OCR-behandlet ⁵ av PwC for å muliggjøre søk i skannede dokumenter. I tillegg har PwC mottatt 5 dokumenter fra HSØ RHF, opprinnelig sendt fra medarbeidere i Sykehuspartner. Dokumentene er oversendt HSØ RHF etter 4. mai 2017.
Data	PwC har gjennomført søk i data hentet ut fra Sykehuspartners sentraliserte logghåndteringsplattform ⁶ , herunder logger fra Active Directory, Domenekontrollere, og Leverandørportalen. Analysene er gjort med grunnlag i loggdata fra tidsrommet 2. februar 2017 – 15. juni 2017. Vi har i tillegg mottatt personellister fra Sykehuspartner og fra DXC.
Sentrale begrensninger i datagrunnlaget	Datagrunnlaget PwC har hatt til disposisjon er ufullstendig fordi det sentrale logginnsamlingssystemet ikke dekker hele foretaksgruppen.
Intervjuer	PwC har gjennomført en rekke intervjuer med nøkkelpersoner, medarbeidere og tillitsvalgte fra Sykehuspartner og HSØ RHF.
Sentrale forbehold	Vi bygger våre konklusjoner utelukkende på dokumenter vi har fått tilgang til og informasjon framkommet gjennom intervjuer. Vi kan ikke utelukke at vi ikke har blitt gjort kjent med forhold som kunne ha påvirket våre konklusjoner. Vi har gjennomført kontradiksjon med de personer som vi anser som berørt av innhold i rapporten.

Tabell 1 Grunnlag for PwCs rapport

⁵ Optical Character Recognition, en metode for å konvertere bildetegn til maskinlesbar tekst.

⁶ Splunk: Et kommersielt Security Incident and Event Management (SIEM) system

Status i gjennomføringen av programmet

Den planlagte virksomhetsoverdragelsen mellom Sykehuspartner og ESN skulle iht. kontrakt vært utført 1. mai 2017, men ble utsatt. Hovedårsakene til utsettelsen var at sentrale verktøy for service management ikke var på plass, manglende morselskapsgaranti, utestående problemstillinger knyttet til informasjonssikkerhet, samt at kriterier i «Operational Readiness Review» (ORR) ikke var oppfylt.

I HSØ RHF styremøte 24. mai 2017 (sak 058-2017) ble det besluttet at iMod, inkludert virksomhetsoverdragelse og overføring av ansvar til ekstern partner, skulle stilles i bero. Dette som følge av at forutsetningen om at tilganger til sensitive personopplysninger skulle være trygg og sikker ikke var ivaretatt.

Kontrollregime knyttet til oppfyllelse av krav til informasjonssikkerhet

Kort om IKT-infrastrukturen i HSØ

Sykehuspartner er ansvarlig for driften av Norges største nettverk, med en IKT-infrastruktur som består av over 10.000 servere. IKT-infrastrukturen er i hovedsak fordelt på tre ulike domener og en rekke ressursdomener for MTU. I sin daglige drift benytter HFene et stort antall ulike fagapplikasjoner. Disse applikasjonene består av alt fra egenutviklede fagapplikasjoner til applikasjoner utviklet av eksterne, kommersielle leverandører.

Å forsøke å gjengi denne IT-arkitekturen på en presis måte vil være et svært omfattende arbeid, som heller ikke er spesielt hensiktsmessig for konteksten av denne rapporten. Vi vil derfor beskrive utfordringene knyttet til sikring av denne strukturen ved å fokusere på et skille mellom det vi kan kalle *applikasjonsnivået* og *IKT-infrastrukturnivået*. Applikasjonsnivået er i denne sammenheng den brukerorienterte delen av systemene som de fleste vanlige brukere har tilgang til. Det er i dette nivået fagapplikasjoner som eksempelvis DIPS, SECTRA eller AGRESSO befinner seg.

Under dette nivået finner man IKT-infrastrukturen. Denne består av ulike servere, noder og databaser og nettverkskomponenter som understøtter applikasjonsnivået, og blant annet sikrer at de rette dataene blir tilgjengeliggjort for de ulike klientene i nettverket. I HSØs infrastruktur finnes det bl.a. et stort antall servere som inneholder databaser med helseopplysninger som de ulike fagapplikasjonene gjør oppslag i basert på brukernes handlinger og tilganger. Disse består i all hovedsak av servere som kjører relasjonsdatabaser.

En slik oppbygning er hensiktsmessig for større IT-systemer der store datamengder lagres, prosesseres og transporteres, og sikrer at man kan oppdatere, endre og skifte ut ett nivå uten at det trenger å påvirke de andre nivåene. Eksempelvis kan man gjøre endringer i funksjonaliteten til applikasjonen, uten at man trenger å gjøre endringer på databasenivået eller klientnivået. Imidlertid betyr det også at de sikkerhetsmekanismene som finnes i applikasjonsnivået, inkludert tilgangsstyring, logging og monitorering, ikke vil påvirke databasene i IKT-infrastrukturnivået. Disse databasene vil gi tilgang til dataene de inneholder, basert på de spørningene som de mottar og som er representert som datafiler i filsystemet. I denne sammenheng vil det være svært utfordrende å hindre en lokal serveradministrator tilgang til slike databaser, om vedkommende ønsker det.

PwC presiserer at en pasientjournal som oftest ikke ligger lagret på ett enkelt system og/eller i en egen fil. Data og informasjon som inngår i pasientjournaler produseres i ulike applikasjoner og lagres på ulike og ofte helt separate systemer av ulik beskaffenhet. Data lagres både i vanlige tekstdokumenter så vel som i databaser, avhengig av hvilke helseopplysninger det dreier seg om. Når en helsearbeider henter en pasientjournal vil applikasjonene de benytter seg av ofte presentere data og informasjon fra en rekke systemer. Det at data lagres distribuert kan i prinsippet være et godt designvalg for å sikre robusthet, men gitt IKT-infrastrukturens beskaffenhet, det faktum at mange applikasjoner er gamle og vanskelige å sikre, medfører det store utfordringer for å sikre nødvendig sporbarhet og tilrettelegge for sentral tilgangsstyring.

SQL og databaser

En database er en strukturert samling av data. Innholdet i en database organiseres slik at applikasjoner på en hensiktsmessig måte kan finne og levere riktig data til brukerne. Vi skiller på programvaren som lagrer dataene (databasen), og programvaren som benyttes for å kommunisere med databasen (applikasjonen). For å finne og presentere data fra en database vil applikasjonen benytte seg av et spørrespråk, eksempelvis Structured Query Language (SQL). SQL er et språk som er laget for at applikasjoner raskt skal kunne aksessere og hente ut data, men dataene som hentes ut vil som oftest måtte visualiseres på en annen måte enn det ser ut i svaret på spørningen for å være forståelig for mennesker. Det vil si at å lese data lagret i en database som bruker SQL krever kompetanse og verktøy for å kunne benytte dataene på et fornuftig vis. Det å ha tilgang til en SQL-database hvor pasientjournaler behandles innebærer ikke at man ikke kan lese en pasientjournal like lett som man kan gjennom tilgang i applikasjonen DIPS.

Kryptering

Kryptering blir ofte beskrevet som det viktigste virkemiddelet for å sikre konfidensialiteten til sensitive data. For å sikre data lagret i databaser er man avhengig av å benytte seg av såkalt «encryption at rest». Dette er løsninger som sikrer at data som er lagret er endret ved bruk av en krypteringsalgoritme, hvor man trenger å ha tilgang til en krypteringsnøkkel for å kunne dekryptere dataene til en forståelig form. Den store utfordringen med å kryptere databaser med stor trafikk og store datamengder er at det krever mer datakraft. I tillegg øker det kompleksiteten i prosessen når brukeren forespør applikasjonen om å hente frem spesifikke data lagret i databasen. Det krever både mer datakraft, samt at man er avhengige av løsninger for håndtering av krypteringsnøkler som ofte må ligge på en ytterligere ekstern server. I tillegg er det svært varierende i hvilken grad ulike fagapplikasjoner støtter håndtering av krypterte data, noe som i så fall medfører at man må tilføre ytterligere applikasjoner mellom fagapplikasjonene og databasene for å håndtere kryptering og dekryptering av data. Dette øker kompleksiteten og medfører en betydelig risiko mht. rask tilgjengelighet til pasientinformasjon.

I praksis medfører dette at det er svært utfordrende å innføre utstrakt «encryption at rest» i en stor og kompleks IKT-infrastruktur som ikke er bygget med dette som en forutsetning.

1. Sykehuspartner har ikke tilstrekkelig kontroll på tilgangsstyring

Faktiske forhold lagt til grunn

PwC har innhentet oversikt fra Sykehuspartner og ESN over hvilke brukere som har blitt opprettet og hvilke tilganger (rettigheter) de har fått. Listene PwC har mottatt fra de to partene samsvarer ikke. Det har vært nødvendig å gjennomføre omfattende søk og analyser for å avdekke hvilke personer, brukerkontoer og tilganger som har vært tilknyttet kontrakten. Oversikten over brukere har i løpet av PwCs gjennomgang endret seg, og den siste avstemmingen som ble gjennomført mot Sykehuspartner 15. juni 2017 tilførte oversikten nye brukere som ikke har vært identifisert tidligere.

Sykehuspartner har rutiner for tilgangsstyring som tilsier at eksterne leverandørers brukere ikke skal legges inn i de samme brukergruppene som fast ansatte ved Sykehuspartner. Hensikten er å gjøre det lettere å ha kontroll over brukerne til de eksterne leverandørene, og det medfører at alle tilganger som gis må bestilles av den hos Sykehuspartner som er satt som nærmeste leder. I forbindelse med iMod har man valgt å avvike fra denne praksisen for en stor andel av brukerne som er opprettet. Disse er i stedet blitt opprettet i brukergrupper som tilhører ulike avdelinger hos Sykehuspartner. Dette er blant annet en av årsakene til at det har vært svært vanskelig å identifisere samtlige brukere knyttet til kontrakten. Dette har også medført at en rekke brukere er blitt gitt en «pakke» med delegerede rettigheter knyttet til hva man som ansatt i disse avdelingene har behov for, som har gått ut over det ESN-medarbeideren har hatt tjenstlig behov for. PwCs analyser av brukere viser at flere har fått høyere rettigheter enn de har hatt behov for. Dette fremkommer blant annet av at av de 36 brukerne med utvidede administratorrettigheter er det bare 7 som har benyttet seg av disse for å aksessere servere knyttet til elektronisk pasientjournal og pasientadministrativt system.

PwCs vurdering

I vår foreløpige redegjørelse (24. mai 2017) kunne ikke PwC bekrefte å ha en fullstendig oversikt over hvilke brukere som var tilknyttet kontrakten. Per 20. juni 2017 er oversikten blitt supplert gjennom undersøkelser foretatt av PwC og Sykehuspartner, men det er fortsatt usikkerhet knyttet til fullstendigheten av oversikten. Avstemmingen som ble gjennomført 15. juni 2017 avdekket ytterligere brukere, noe PwC mener ytterligere bekrefter utfordringene med tilgangsstyring og sporbarhet.

Mangelen på oversikt over antall brukere med rettigheter som kan medføre tilgang til helseopplysninger, kombinert med svake kontrollrutiner og liten grad av sporbarhet, øker risikoen for uautorisert tilgang.

HSØs rutiner for tilgangsstyring knyttet til bruk av eksterne leverandører ser ikke ut til å ha blitt benyttet. Samtidig vurderer PwC at rutinene for tilgangsstyring av eksterne leverandører i utgangspunktet er lite egnet å benytte for en så omfattende kontrakt med et større antall privilegerte brukere som man har operert med i iMod.

På bakgrunn av våre undersøkelser vurderer PwC derfor Sykehuspartners tilgangsstyring som ikke tilstrekkelig. Det er en svakhet at det i liten grad benyttes automatiserte verktøy for å monitorere og holde oversikt over privilegerte tilganger.

2. Sykehuspartner har ikke tilstrekkelig sporbarhet på tilganger til helseopplysninger

Faktiske forhold lagt til grunn

HSØ og Sykehuspartner har oppgitt at Leverandørportalen er et av tiltakene de har for å sikre sporbarhet på tilgang til IKT-systemene fra eksterne brukere. Leverandørportalen er en F5 SSL-VPN løsning som er obligatorisk for alle som ikke benytter klienter utlevert av Sykehuspartner (såkalte SIKT-klienter). Løsningen skal i utgangspunktet sikre tilstrekkelig logging og monitorering av aktiviteten til eksterne brukere, samt sikre at informasjon fra HSØs IKT-infrastruktur ikke kan hentes ut gjennom denne tilkoblingen.

Leverandørportalen sikrer sporbarhet og loggdata for innlogginger gjennom løsningen og hvilke servere som er aksessert, men gir ingen informasjon om aktiviteten som blir gjennomført på serverne.

PwCs vurdering

Tildelingen av brukere med lokale administratorrettigheter, kombinert med begrenset sporbarhet, gir mulighet for personell å aksessere systemer som inneholder eller prosesserer helseopplysninger. Bruk av Leverandørportalen hever terskelen for å urettmessig aksessere helseopplysninger, men utgjør ikke noen vesentlig barriere for brukere med utvidede administrative rettigheter som har til hensikt å hente ut helseopplysninger.

3.1 Hvilke tilganger er blitt tildelt personell tilknyttet kontrakten?

Faktiske forhold lagt til grunn

Det er svært problematisk å avgrense hvilken del av IKT-infrastrukturen til HSØ som prosesserer, lagrer eller transporterer helseopplysninger. Som eksempler på dette er det grunn til å anta at de fleste printer-serverne transporterer og prosesserer helseopplysninger i korte tidsperioder, selv om de ikke lagres og akkumuleres på disse. Et annet eksempel er systemer for fakturering som vil inneholde informasjon om navn, personnummer og informasjon om hva slags medisinsk tjeneste man har mottatt. Gjennom intervjuer har vi dessuten blitt informert om at det er svært begrenset med bruk av «encryption at rest», da dette ikke er praktisk gjennomførbart i dagens IKT-infrastruktur.

PwC har gjennom analyser av uttrekk fra Active Directory (AD) og Sykehuspartners HR-system PAGA, sammenstilt med en oversikt fra ESN, identifisert totalt 223 personer med brukernavn i HSØs systemer som er tilknyttet ESN-kontrakten. Av disse er det identifisert 36 personer som har hatt utvidete administratorrettigheter som enten har gitt:

- Brede administratortilganger til hele domener eller lokal administratorrettighet til et stort antall servere eller,
- Lokale administratorrettigheter til servere som er sentrale i behandlingen av helseopplysninger

I tillegg til de 36 personene som har hatt utvidede administratorrettigheter, har vi identifisert ytterligere 86 personer tilknyttet kontrakten som er gitt privilegerte rettigheter av en mindre omfattende karakter. Dette inkluderer administratorrettigheter til servere som ikke direkte benyttes til å behandle eller lagre helseopplysninger, men tilgangene kunne vært misbrukt til å tilegne seg tilgang til helseopplysninger. Av disse 86 er 14 oppgitt fra ESN å ha Malaysia som sitt primære arbeidssted og 3 oppgitt å ha India som sitt primære arbeidssted. 8 av de 86 brukerne har gjennomført totalt 150 eksterne pålogginger gjennom leverandørportalen, geo-lokalisert til Malaysia i perioden 28. mars 2017 til 19. mai 2017.

PwCs vurdering:

Ut fra våre analyser har vi identifisert 36 personer som er gitt brukere med tilganger av en slik karakter at de har hatt omfattende tilgang til helseopplysninger. Tilgangene som er tildelt er dessuten for disse av en slik karakter at de har hatt få begrensninger på hva de kan foreta seg på et stort antall servere i IKT-infrastrukturen.

Tilgangene til de 86 personene som er gitt privilegerte rettigheter av mindre omfang er å anse som begrensede, og sammenlignbare med tilganger som andre eksterne leverandører normalt blir tildelt. De har ikke hatt administratortilgang til servere der elektronisk pasientjournal lagres. Det foreligger ikke indikasjoner eller bevis på at noen av de 86 personene har hatt innsyn i helseopplysninger. Det er imidlertid vanskelig å utelukke at dette kan ha skjedd gjennom utnyttelse av sårbarheter, svakheter, feil eller mangler, da mesteparten av den omliggende IKT-infrastrukturen prosesserer, transporterer eller lagrer data som kan inneholde helseopplysninger. PwC har verifisert at alle 122 tilganger er stengt.

3.2 Har tilganger blitt misbrukt?

Faktiske forhold lagt til grunn

PwC har gjennomgått logger fra aktiviteten i nettverket til personene identifisert med det høyeste nivået av administratorrettigheter, med den hensikt å avdekke aktivitet som avviker fra det som er konsistent med tjenstlige formål. Basert på gjennomgang av loggdata har vi avdekket at 7 brukere (del av gruppen på 36 redegjort for i avsnittet over) tilknyttet kontrakten har aksessert servere som lagrer og prosesserer helseopplysninger som en del av HSØs løsning for elektronisk pasientjournal.

Av de 36 brukerne er det også identifisert 2 brukere som har gjennomført en ekstern tilkobling til HSØs IKT-infrastruktur på et tidspunkt der de har hatt utvidete administratorrettigheter, men hvor de ikke kan knytte dette til formålet for disse tilgangene.

En av disse brukerne var involvert i aktiviteten P19-RTPA og hadde som oppdrag å delta i en kartlegging av HSØs IKT-infrastruktur. Dette var en aktivitet som ifølge dokumentasjon fra behandlingen i Security Board 24. mars 2017 skulle vært avsluttet 12. april 2017, og skulle være begrenset til aktivitet i Norge. Brukeren oppgir selv at hans deltagelse i denne aktiviteten ble avsluttet 5. april 2017. Imidlertid tilsier en gjennomgang av logger at det 21. april 2017 ble gjennomført et forsøk på pålogging gjennom leverandørportalen fra en IP-adresse som av Sykehuspartner sine systemer er geo-lokalisert til Indiana, USA. ESN avviser at tilkoblingen er gjennomført fra USA eller at den har blitt rutet gjennom USA. De har i den forbindelse fremlagt intern dokumentasjon som viser at denne aktuelle IP-adressen er tilknyttet en proxy-server lokalisert i Tyskland, som trafikken er blitt rutet gjennom. Brukeren selv redegjør også for at formålet med denne tilkoblingen var å verifisere mulighet for tilkobling fra sin arbeidsplass i Sofia i Bulgaria, men at påloggingen aldri ble fullført. Gjennomgang av loggdata bekrefter at pålogging aldri ble fullført.

I tillegg har en annen ansatt i HPE fått tildelt bruker med utvidede administratorrettigheter knyttet til aktiviteten P19-Knowledge Transfer Norge. Dette er en aktivitet som skulle gjennomføres utelukkende fra Norge, i tidsperioden 20. mars 2017 til 30. mars 2017. Denne brukeren har senere blitt benyttet til å koble seg til HSØs IKT-infrastruktur ved to senere tilfeller med en IP geo-lokalisert til den ansattes hjemland som er et annet EU-land enn Bulgaria. Denne IP-adressen fremstår å tilhøre en tredjeparts internettilbyder (ISP) som er blant de største internettilbyderne i både privat- og bedriftsmarkedet i det aktuelle landet. ESN oppgir at denne ansatte hadde gjenstående arbeid knyttet til aktiviteten P19-Knowledge Transfer Norge etter at han hadde returnert til sitt hjemland, som han gjennomførte gjennom ekstern pålogging gjennom leverandørportalen fra sitt hjemland.

PwCs vurdering

Beslutningen om å akseptere risikoen ved å gi utvidede administratorrettigheter til ESN-personell for aktiviteter i P19 var begrenset til de spesifikke aktivitetene som er beskrevet, og tilkobling skulle skje i Norge og fra ESNs lokasjon i Bulgaria. PwC klarer ikke å finne holdepunkter for at det er gitt åpning for å aksessere HSØs IKT-infrastruktur fra lokasjoner utover dette. Vi vurderer at bruken av disse tilgangene ikke er i tråd med forutsetningene for godkjenningen. Dette er uheldig da dette gjelder utvidede administratorrettigheter. Det fremkommer av risikovurderingen (Impact assessment for privacy disadvantage) at det eksisterer en rekke tiltak i ESNs lokasjoner i Bulgaria som skal virke risikoreducerende for risikoen for misbruk av disse utvidete rettighetene.

Basert på PwCs gjennomgang av tilkoblingen som er geo-lokalisert til Indiana, USA, setter PwC lit til ESNs redegjørelse om at trafikken knyttet til denne tilkoblingen har skjedd innenfor EU. Våre undersøkelser støtter ESNs redegjørelse, og vi vurderer derfor at geo-lokaliseringen til USA mest sannsynlig skyldes en feilattribuering i Sykehuspartners systemer.

PwCs undersøkelser av sentrale servere knyttet til elektroniske pasientjournaler har ikke avdekket misbruk eller forsøk på misbruk av tilgang til helseopplysninger. Datagrunnlaget PwC har hatt til disposisjon er imidlertid ufullstendig fordi det sentrale logginnsamlingsystemet ikke dekker hele foretaksgruppen.

3.3 Har personell tilknyttet kontrakten aksessert helseopplysninger?

Faktiske forhold lagt til grunn

PwC har gjennomgått et stort antall logger knyttet til aktiviteten til de identifiserte brukerne tilknyttet ESN-kontrakten, med spesielt fokus på aktiviteten til de 36 identifiserte individene med utvidede administratortilganger. Vi har gjennomgått akkumulerte tilganger og rettigheter siden brukerne ble opprettet. Disse har vi sjekket mot aksessering av en eller flere servere knyttet til systemene Dips, Metavision, Neonatal, Partus, Imatis og Kurve, som alle er systemer forbundet med elektroniske pasientjournaler og pasientadministrasjon (EPJ/PAS).

I vår oversikt har vi inkludert de totalt 811 serverne som ifølge Sykehuspartner er tilknyttet disse systemene. Denne listen over servere er begrenset til de overnevnte systemene, og det er trolig et større antall andre servere som lagrer eller prosesserer helseopplysninger knyttet til andre systemer eller fagapplikasjoner.

I gjennomgangen fremkommer det at personell knyttet til kontrakten har aksessert servere som er definert som en del av EPJ/PAS 164 ganger i tidsperioden 24. mars 2017 - 4. april 2017. Dette har vært gjennomført av 7 personer, som alle har tilhørt gruppen med utvidede administratorrettigheter knyttet til aktiviteten P19-RTPA, som innebærer kartlegging av IKT-infrastrukturen.

PwCs vurdering

Kombinasjonen av omfanget av de utvidete administratorrettighetene som er gitt og manglene i loggmaterialet vi har gjennomgått gjør det vanskelig å utelukke om personell tilknyttet ESN-kontrakten har aksessert helseopplysninger. Imidlertid tilsier aktiviteten vi har gjennomført at eventuell aksessering av helseopplysninger i vesentlig grad har måttet vært gjennomført med hensikt og med en innsats for å skjule spor. Dette medfører at en slik aktivitet trolig må ha innebefattet både forberedelser og systematisk skjuling av spor i etterkant. Sett i sammenheng med de relativt omfattende kravene til bakgrunnssjekk og personellkontroll hos HPE/ESN, som er stilt gjennom kontrakten, fremstår dette som lite sannsynlig.

4. HPN/ESN har så langt ikke kunnet dokumentere at det foreligger databehandleravtaler med samtlige underleverandører som oppfyller kravene i avtalen med Sykehuspartner

Kort om regelverket og relevante forhold

Alle opplysninger som kan knyttes til en enkeltperson ansees som personopplysninger. Helseopplysninger ansees som sensitive personopplysninger. Regelverket gjelder for elektronisk behandling av alle typer personopplysninger. Begrepet behandling betyr enhver bruk av personopplysninger, f.eks. innsamling, registrering, sammenstilling, lagring etc. Arbeid med IKT-infrastruktur som inneholder personopplysninger må anses som behandling selv om formålet ikke er direkte behandling av personopplysninger f.eks. i de enkelte applikasjoner som benyttes av helsepersonellet. I databehandleravtalen mellom Sykehuspartner og HPN/ESN er dette dessuten definert direkte gjennom formuleringen:

«The term «processes» also includes situations where the Sub-processor, in connection with its provision of services to the Data processor, occasionally obtains access to personal data as

specified above even if the purpose is not the processing of personal data as such.»

Ansvarssubjektene for behandling av personopplysninger er for det første den behandlingsansvarlige. Det er den som bestemmer formålet med behandlingen. I HSØ er det de enkelte HFene. Den som behandler personopplysninger på vegne av den behandlingsansvarlige er databehandler. I HSØ er dette Sykehuspartner.

Databehandler kan kun behandle personopplysninger etter skriftlig avtale med behandlingsansvarlig. I databehandleravtalen skal databehandleren forplikte seg til å gjennomføre nærmere angitte tiltak for ivaretagelse av informasjonssikkerheten. Det skal også framgå av avtalen hva som er formålet med behandlingen og på hvilken måte personopplysninger skal behandles.

En databehandleravtale gjelder for det konkrete formålet som skal framgå av avtalen eller vedlegg til denne.

Dersom et foretak (databehandler) behandler personopplysninger på vegne av en behandlingsansvarlig eller en annen databehandler og det ikke er inngått skriftlig databehandleravtale er dette i strid med Personopplysningsloven § 15. Databehandler mangler da rettsgrunnlag for behandling av personopplysninger. Behandlingsansvarlig har da heller ingen avtalerettslig sikkerhet for at behandlingen utelukkende skjer i tråd med formålet og at kravet til informasjonssikkerhet er ivare tatt.

Selskaper i konsern kan, gjennom prosedyre for såkalt Binding Corporate Rules (BCR), få tillatelse fra tilsynsmyndighetene til å overføre personopplysninger mellom selskapene i konsernet uten at det inngås databehandleravtaler mellom selskapene. Det må da innføres bindende regler for overføring og behandling av personopplysninger mellom selskapene i konsernet. Deretter må det søkes om godkjenning hos tilsynsmyndighetene i det landet konsernet utpeker som såkalt «Lead Authority». Tilsynsmyndighetene i det aktuelle landet koordinerer med tilsynsmyndighetene i de øvrige EU-landene som konsernet har behov for å overføre personopplysninger til/fra. Konsernet kan dermed forholde seg til tilsynsmyndighetene i bare ett land under søknadsprosessen.

Utover godkjent BCR er det ikke anledning til å overføre personopplysninger til behandling i andre selskaper i konsernet uten at disse selskapene skriftlig forplikter seg til å behandle personopplysningene på den måten som er avtalt med den behandlingsansvarlige. Da dette styres av den konkrete avtalen vil ikke et generelt konserninternt avtaleverk kunne erstatte en databehandleravtale som regulerer behandlingsmåten for den enkelte avtale med behandlingsansvarlig.

Faktiske forhold lagt til grunn

Behandling av personopplysninger innad i leverandørkonsernet.

Sykehuspartner er databehandler for HFene og har databehandleravtaler om dette.

På bakgrunn av våre funn legges det til grunn at ansatte på leverandørsiden har hatt tilganger som innebar muligheter til å behandle personopplysninger, i alle fall innenfor perioden 24. mars 2017 – 2. mai 2017. Avtalen, inkludert databehandleravtalen mellom Sykehuspartner og HPN, ble overført til ESN 5. mai 2017.

HPNs/ESNs rettsgrunnlag for behandling av personopplysninger er sikret ved inngåelse av databehandleravtale med Sykehuspartner. Gjennom databehandleravtalen sikrer Sykehuspartner at hovedleverandør:

- bare behandler personopplysninger i tråd med mandatet og på den måten som framgår av kontrakten
- oppfyller lovens og kontraktens krav til informasjonssikkerhet

Det er opplyst at deler av personellet hos konsernet til leverandøren ble overført til DXC allerede 1. april 2017. Vi har mottatt et eksemplar av «Confidentiality Agreement» undertegnet av en av IT-medarbeiderne fra Bulgaria den 11. april 2017. Der har vedkommende opplyst å være ansatt i DXC. Dette tilsier at vedkommende var overført til dette konsernet i alle fall fra 11. april 2017.

For å sikre at Sykehuspartner hadde databehandleravtale med det foretaket som skulle behandle personopplysninger fra og med 1. april 2017 ble det inngått en midlertidig databehandleravtale med ESN datert 31. mars 2017.

PwC legger til grunn at de konsernansatte som eventuelt var gitt tilganger i perioden 24. mars 2017 - 31. mars 2017 var ansatt i selskaper tilhørende samme konsern som HPN. I følge EU-kommisjonens nettsider⁷ hadde dette konsernet godkjent BCR. Etter det vi har fått opplyst fra Sykehuspartner har ikke konsernet så langt kunnet dokumentere at den aktuelle BCR er godkjent der selskaper i konsernet behandler personopplysninger på vegne av en ekstern behandlingsansvarlig, slik som tilfellet er for avtalen med Sykehuspartner.

For de tilganger som har eksistert fra og med 1. april 2017 til og med 2. mai 2017 er det et spørsmål om forpliktelsene er gjort gjeldende nedover til underleverandører.

I en redegjørelse fra foretaksadvokaten i Sykehuspartner til PwC datert 7. juni 2017 ble denne plikten, med henvisning til avtalen påpekt på følgende måte:

«Det er altså slik at det påhviler ESN et ansvar å sørge for at sikkerhetskravene i ESN-avtalen «strømmer ned» på sine underleverandører. Dersom ESN ikke sørger for at databehandleravtaler blir inngått, eller ikke sørger for nedstrømming av avtalte sikkerhetskrav til sine underleverandører, vil dette utgjøre et mislighold fra ESN sin side som vil bli håndtert i henhold til ESN-avtalen.»

Dette er i tråd med avtalen og PwC bemerker at i perioden fra 1. april 2017 fram til avtalen med Sykehuspartner ble overført fra HPN til ESN 5. mai 2017 ville denne forpliktelsen påligge både HPN og ESN da Sykehuspartner hadde sikret seg med databehandleravtaler ovenfor begge parter.

Fra DXC har vi mottatt en konsernavtale mellom selskapene i konsernet. Avtalen bærer navnet «*Intra Group Data Protection and Transfer Agreement*» (IG-avtalen). Avtalen binder selskapene i konsernet, herunder ESN til å behandle personopplysninger i tråd med kravene i personverndirektivet og dessuten også den nye personvernforordningen som trer i kraft i mai 2018. Konsernavtalen er ikke godkjent som BCR i EU. IG-avtalen omhandler heller ikke det konkrete databehandleransvaret som følger av avtalen mellom Sykehuspartner og ESN.

Når det gjelder å føre videre forpliktelsene fra ESN til underleverandører i konsernet viste foretaksadvokaten i Sykehuspartner til den ovenfor nevnte IG-avtalen og uttalte følgende:

«Samme dag som HPE personell ble overført til DXC inngikk DXC også en såkalt «Intra-Group Data Protection and Transfer Agreement» (IG-avtalen), datert 1. april 2017, vedlagt som Bilag 2. IG-avtalen omfatter samtlige selskaper i DXC konsernet, eksempelvis Enterprise Services Bulgaria EOOD. Det må således kunne legges til grunn at ESN har DBA med sine interne underleverandører fra og med 1. april 2017.»

På bakgrunn av denne redegjørelsen spurte PwC om det her var ment at sikkerhetskravene i avtalen mellom Sykehuspartner og ESN ved dette var gjort gjeldende for databehandler i Bulgaria?

Foretaksadvokaten besvarte dette på følgende måte:

«Med IG-avtalen har DXC etablert et overordnet rammeverk som bl.a. pålegger selskapene å «process the relevant personal data only on direct or indirect instructions from the data controller», jfr. IG-avtalen pkt. 3.1 (a). På den måten sikrer IG-avtalen at sikkerhetskravene i ESN-avtalen skal strømme ned til relevante selskaper i DXC.

På den annen side oppfatter vi det slik at IG-avtalen ikke i seg selv dokumenterer at sikkerhetskravene rent faktisk har strømmet ned».

PwC har, gjennom Sykehuspartner, etterspurt databehandleravtaler mellom hovedleverandør og underleverandørene og dessuten spurt hvilket selskap de omhandlede bulgarske IT-medarbeiderne er ansatt i. I svaret fra Sykehuspartner er det opplyst at de brukerne som fikk sine tilganger stengt i perioden 27. april 2017 -

⁷ http://ec.europa.eu/justice/data-protection/international-transfers/binding-corporate-rules/bcr_cooperation/index_en.htm

2. mai 2017 er/var ansatt i HPE, hvorav de fleste har bulgarsk statsborgerskap og noen få andre har andre ulike europeiske statsborgerskap.

Behandling av personopplysninger utenfor leverandørkonsernet

I redegjørelse fra foretaksadvokaten i Sykehuspartner er det videre opplyst følgende om selskaper på leverandørsiden som ikke tilhører konsernet til hovedleverandør (verken HPN eller ESN). Svaret er i kursiv:

Accenture: «Det er uklart hvorvidt Accenture personell vil kunne få tilgang til personopplysninger. DXC søker og følger opp overføring av avtalen fra Hewlett-Packard Norge AS til ES Norge AS».

Det er dessuten vedlagt en avtale (SOW) mellom Accenture AS og Hewlett Packard Norge AS som gjelder for Accenture personell og som etter PwCs syn gjør gjeldende forpliktelsene i avtalen mellom Sykehuspartner og HPN videre til Accenture AS.

Epicon: «DXC har opplyst at Epicon utfører all databehandling innenfor EU. DXC undersøker og følger opp overføring av avtalen fra Hewlett-Packard Norge AS til ES Norge AS.»

Det er vedlagt to avtaler, henholdsvis «Global Procurement, Standard Terms and Conditions for Australia samt Local Implementation Agreement – Norway» (LIA) inngått mellom HPN og det australske selskapet Epicon IT Solutions Pty Ltd. Vedlagt til LIA ligger en «Statement of Work» (SOW) der mesteparten er retusjert antakelig fordi det inneholder forretningssensitiv informasjon. Under punkt 2.5.4 i SOW heter det følgende:

«Supplier to sign the Data Processing Agreement (in the format requested by the end-customer/HPE) to be applicable at any point if Supplier process any HPE and/or end-customer personal data.»

I tillegg er vedlagt et eksemplar av databehandleravtale ment for å gjøre gjeldende forpliktelsene i avtalen mellom ESN og Sykehuspartner ned til underleverandør. Det framgår ikke av eksemplaret at Epicon IT Solutions Pty Ltd er ESN sin avtalemotpart, ei heller er databehandleravtalen undertegnet av partene.

Arrow: Vi har mottatt dokumentasjon som viser at HPN har gjort gjeldende kravene til databehandling til Arrow Recovery Norway AS. Dog er de avtaleeksemplarene vi har mottatt ikke underskrevet av partene.

PwCs vurdering

PwC anser at Sykehuspartner har oppfylt sitt ansvar med å gjøre gjeldende forpliktelsene til databehandling til HPN gjennom det avtaleverket som ble etablert mellom partene. I forbindelse med overdragelsen av avtalen fra HPN til ESN sørget dessuten Sykehuspartner samtidig for at disse forpliktelsene ble overdratt. I avtaleverket mellom partene har leverandøren (først HPN deretter ESN) forpliktet seg ovenfor Sykehuspartner til å tilsvarende avtale databehandleransvaret med eventuelle underleverandører.

Innenfor perioden fra slutten av mars 2017 til begynnelsen av mai 2017 har driftspersonell fra underleverandører av HPN hatt tilgang til behandling av personopplysninger, herunder helseopplysninger. Det har så langt ikke blitt dokumentert at det foreligger databehandleravtaler mellom HPN og dets underleverandører, som viser at forpliktelsene til databehandling er tilsvarende avtalt nedover til samtlige underleverandører. Fra og med 5. mai 2017 er avtalen overdratt fra HPN til ESN. Vi har ikke mottatt dokumentasjon som viser at databehandleransvaret er gjort gjeldende videre i leverandørkjeden fra ESN til dets underleverandører, verken innenfor eller utenfor leverandørkonsernet. En konsernintern databehandleravtale i DXC (som ESN er en del av) representerer etter vårt syn ikke at forpliktelsene i databehandleravtalen blir gjort gjeldende, da denne ikke peker tilbake på det konkrete databehandleransvaret som følger av avtaleverket mellom Sykehuspartner og ESN.

Systemet for gjennomføring av risikovurderinger knyttet til informasjonssikkerhet

5. Systemet for gjennomføring av risikovurderinger har ikke fungert som en effektiv kontrollmekanisme.

Faktiske forhold lagt til grunn

Krav til system for gjennomføring av risikovurderinger knyttet til informasjonssikkerhet i iMod programmet fremkommer i kontraktens Appendix 1-A-6 Security Requirements. Her er det både krav som referer til organisering av informasjonssikkerhetsarbeidet, inkl. iMod Security Board, og krav til når det skal gjennomføres risikovurderinger. Noen av de viktigste kravene er som følger:

- Leverandøren skal akseptere at databehandleransvarlig (eng.: Data Controller) må godkjenne risikovurderinger før persondata kan prosesseres utenfor norsk territorium. Det samme gjelder ved endringer i akseptert metode for databehandling utenfor norsk territorium (jf. CT-SEC-PSH-06/07). Leverandøren skal akseptere at hvert HF (eng.: hospital trust) i HSØ er en egen juridisk enhet, og dermed databehandleransvarlig (jf. CT-SEC-PSH-08). Leverandøren skal også akseptere at Security Board er forberedende og rådgivende organ for risikovurderinger, hvor representantene for hver juridiske enhet (HFene) godkjenner det hensiktsmessige (eng.: appropriate) risikonivået (jf. CT-SEC-PSH-10).
- Før overføring av databehandleransvar til leverandøren kan gjennomføres, skal det gjennomføres en TMO Readiness Verification. Denne skal bestå av en risikovurdering som skal forsikre kunden (HSØ) om at leverandøren har etablert et tilstrekkelig sikkerhetsnivå. Denne risikovurderingen skal vurdere om oppstart av TMO øker risikonivået relativt til CMO. Det vil si at den ikke skal vurdere det reelle (eng.: factual) risikonivået, men kun gi en forsikring om at TMO ikke øker risikonivået (jf. CT-SEC-TRV-01). Av vurderingen skal det fremgå at leverandøren er klar over tjenestenes sikkerhetsnivå, og at vesentlige (eng.: major) regelbrudd og vesentlige sårbarheter er dokumentert slik at nødvendige risikobøtende (eng.: mitigating) tiltak kan bli implementert. Disse tiltakene skal presenteres til Security Board (jf. CT-SEC-TRV-02).

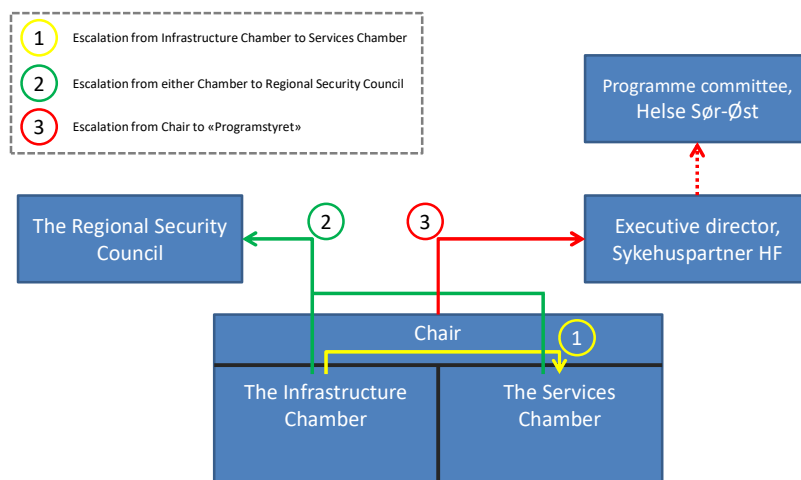
Kravet om at risikovurderingene knyttet til TMO Readiness Verification skal være en relativ vurdering i forhold til dagens risikonivå (CMO), jf. CT-SEC-TRV-01, forutsetter at de kjente svakhetene/sårbarhetene i eksisterende IKT-infrastruktur og applikasjonsportefølje er tilstrekkelig risikovurdert. Det vil si at det reelle risikonivået ved dagens løsning er dokumentert og at risikoer utenfor hver enkelt databehandleransvarliges (HFenes) akseptnivå er eksplisitt akseptert av disse.

Mandatet til iMod Security Board er beskrevet i programmets «Board Meeting Manual». Security Board sin oppgave er å sikre at databehandling gjennomføres i henhold til lover og forskrifter, kontraktsforpliktelser og HSØs styringssystem for informasjonssikkerhet (ISMS). I mandatet fremgår det at Security Board består av to kammer og at det er to eskaleringsveier, jf. Figur 2 nedenfor. Oppdelingen i to kammer skyldes behovet for å skille risikoer knyttet til selve IKT-infrastrukturen eid av Sykehuspartner og som ikke påvirker databehandlingen, og risikoer som påvirker databehandlingen og dermed må aksepteres av databehandleransvarlige. De to kamrene i iMod Security Board er:

- Infrastrukturkommeret som ledes av Seksjonsleder Sikkerhet i Sykehuspartner og består av 10 faste medlemmer med stemmerett. De faste medlemmene er 2 representanter fra leverandøren, 2 representanter fra HFene (Sørlandet Sykehus HF og Sykehuset Østfold HF), sikkerhetskoordinator i HSØ og 5 representanter fra Sykehuspartner. Beslutninger i kammeret avgjøres ved simpelt flertall, og

leder har dobbeltstemme og vetorett. Kammeret kan eskalere saker i «deadlock situations» til adm. dir. i Sykehuspartner, som kan eskalere videre til Programstyret. Kammeret kan også eskalere saker som relaterer seg til databehandling (og ikke bare IKT-infrastrukturen) til tjenestekammeret (eng.: Service Chamber) eller direkte til Regionalt Sikkerhetsfaglig Råd (RSR).

- Tjenestekammeret (eng.: Service Chamber) er det samme som Regionalt Sikkerhetsvurderings Team (RSV), og ledes også av seksjonsleder Sikkerhet i Sykehuspartner. Faste medlemmer er informasjonssikkerhetsansvarlige (CISO) fra hvert av HFene (databehandleransvarlige), sikkerhetskoordinator i HSØ, og seksjonsleder Sikkerhet og deputy security officer services fra Sykehuspartner. I RSV er det opp til hvert enkelt HF å tilslutte eller ikke en sak da hvert HF er individuelt ansvarlig for å akseptere risiko. Imidlertid har HFene en forpliktelse til å forholde seg til HSØs ISMS. Representantene fra hvert enkelt HF kan eskalere saker til ledelsen (adm. dir.) i sine respektive HF.



Figur 2 – iMod Security Board med eskaleringsveier. Figuren er hentet fra programmets «Board Meeting Manual». Her er det sneket seg inn en feil: Programme committee ligger i Sykehuspartner og ikke i HSØ slik det fremkommer i figuren.

Senere får administrerende direktør i Sykehuspartner en fullmakt fra HFene (signert av Sykehuspartner, 16. mars 2017) som i prinsippet ekskluderer RSV (eng.: The Services Chamber) fra iMod Security Board. I fullmakten står det blant annet:

- «Administrerende direktør i Sykehuspartner HF gis herved fullmakt til å opptre på vegne av de undertegnede i gjennomføringen av avtale med HPE innenfor informasjonssikkerhetsområdet. Hensikten med fullmakten er å sikre en effektiv gjennomføring av beslutninger så lenge konklusjon med eventuelle tiltak er innenfor det regionale akseptnivå. Dette omfatter også at iMod Security Board kan akseptere risiko som påvirker databehandlingsansvarlige så fremt at risikoen vurderes som akseptabel.»
- «Fullmakten gjør administrerende direktør i Sykehuspartner HF i stand til å utpeke medlemmer, også fra helseforetakene, til iMod Security Board.»
- «All informasjon skal være tilgjengelig, noe som gir helseforetakene mulighet for eskalering dersom et eller flere helseforetak mener at regionalt akseptnivå ikke overholdes.»
- «Administrerende direktør i Sykehuspartner HF vil med dette være mottaker av eskaleringer fra iMod Security Board. Hvis beslutningen eller tiltaket påvirker regionalt akseptnivå negativt, eller endrer de overordnede sikkerhetskravene i avtalen, skal administrerende direktør i Sykehuspartner HF eskalere dette linjevei i programmet.»

Dette vil si at fra midten av mars 2017 bestod i realiteten iMod Security Board kun av det som i mandatet betegnes som Infrastrukturkomiteen (og ikke RSV) med de samme deltagerne og de samme beslutningsreglene (simpelt flertall). I tillegg er eskaleringsveien til RSR tatt bort. Adm. Dir. i Sykehuspartner har fremdeles ikke mandat til å akseptere risikoer *utenfor* regionalt akseptnivå, men eskaleringsveien går til programstyret i iMod og ikke til databehandleransvarlige (HFene). Sikkerhetsansvarlige i HFene kan fremdeles eskalere saker til sine HF, selv om de ikke er medlemmer. Imidlertid har vi fått bekreftet gjennom intervjuer at informasjon fra iMod Security Board så langt *ikke* har vært tilgjengelig eller blitt aktivt delt med HFenes sikkerhetsansvarlige og medlemmer av RSV.

Kontrakten, mandatet til iMod Security Board og fullmakt fra HFene til Sykehuspartner referer til HSØs regionale styringssystem for informasjonssikkerhet (ISMS⁸), som er offentlig tilgjengelig på internett (<http://ehandboken.ous-hf.no/folder/1148>). Det er gjentatte referanser til *regionalt akseptnivå*, *akseptabel risiko* og godkjenning av risikovurderinger knyttet til informasjonssikkerhet.

I HSØs ISMS har man definert akseptabel risiko som (jf. <http://ehandboken.ous-hf.no/document/109273>):

«Med «akseptabel risiko» menes i styringssystemet hvor stor risiko regionen kan akseptere, for at det inntreffer en hendelse som kan forårsake brudd på konfidensialitet, tilgjengelighet eller integritet for helse- og personopplysninger. Sikkerhetstiltak skal etableres slik at sannsynligheten for, og konsekvensen av, sikkerhetsbrudd ikke overstiger akseptabelt risikonivå.»

For å få en nærmere forklaring på hva som er regionalt akseptnivå, refereres det til ISMS-dokumentet «Risikovurderinger – bakgrunn for sannsynlighet og konsekvens» (Regionalt sikkerhetsfaglig råd, 6/12-2016). Figur 3 nedenfor viser hvordan akseptnivåene er gjengitt i dokumentet. Styringssystemet for informasjonssikkerhet viser til konsekvensskalaer for Helsehjelpen, Forholdet til pasienten, Helsevesenet, Helseforetaket og Medarbeiderne.

⁸ ISMS (Information Security Management System) er engelsk for styringssystem for informasjonssikkerhet, jf. ISO 27000 standarden.

1.6. Risikomatrise

Risikomatrisen viser hvordan risiko beregnes

Konsekvens \ Sannsynlighet	4 Katastrofal konsekvens	3 Stor konsekvens	2 Moderat konsekvens	1 Liten konsekvens
4 Svært høy sannsynlighet	Høy	Høy	Medium	Medium
3 Høy sannsynlighet	Høy	Høy	Medium	Medium
2 Moderat sannsynlighet	Medium	Medium	Lav	Lav
1 Lav sannsynlighet	Medium	Medium	Lav	Lav

1.7. Akseptabelt risikonivå

Med utgangspunkt i kriterier for konsekvens og sannsynlighet beskrevet foran kan akseptabelt risikonivå angis som følger:

Akseptabel risiko settes til kombinasjonen katastrofal konsekvens/lav sannsynlighet eller moderat konsekvens/moderat sannsynlighet.

Det vil si at akseptabel risiko er enhver risiko som har produkt 6 eller lavere. For

Figur 3 – Akseptkriterier som beskrevet i HSØs styringssystem for informasjonssikkerhet

Imidlertid fraviker akseptnivået ovenfor fra det som blir oppgitt brukt i programmet:

«Regionalt akseptabelt risikonivå, er definert ut fra vår 4x4 matrise for risikouurderinger. Denne er definert som følger:

- Risiko med verdi 1-5 (1-4) er innenfor akseptnivå (Grønn)
- Risiko med nivå 6-9 (6, 8 og 9) er utenfor akseptnivå (Gult), og det skal utarbeides tiltak for å lukke sårbarheten.
- Risiko med nivå (12 og 16) er utenfor akseptnivå (Rødt), og det skal utarbeides tiltak for å lukke sårbarheten. Ofte vil disse tiltakene være krevd lukket for implementering.»

Det oppgitte risikonivået korresponderer ikke med styringssystemets risikomatrise og dens fargeskalering. Risikouurderingene som er behandlet i iMod Security Board fraviker også fra styringssystemets konsekvenskategorier da risikoene er vurdert kun i forhold til konsekvenser for konfidensialitet, integritet, tilgjengelighet og sporbarhet (KITS). Programmet har heller ikke klart å klargjøre hvilke kriterier for KITS som er brukt (dvs. hva det er som skal til for at en risiko blir vurdert til å ha en *katastrofal konsekvens* og ikke en *moderat konsekvens*).

Det er ikke angitt om regionalt akseptnivå refererer til risikonivået før eller etter tiltak. I risikouurderingene er det ikke dokumentert vurderinger av restrisikonivå (dvs. hvilken risikoreducerende effekt de foreslåtte tiltakene forventes å ha). Da det fremstår som at iMod Security Board har vedtatt risikoer ut ifra restrisikonivå, er det vanskelig å kontrollere om det er vedtatt risikoer utenfor akseptnivå (dvs. risikoer som burde blitt eskalert). Det er ikke fremkommet at resultat av risikouurderinger er eskalert fra iMod Security Board til administrerende direktør i Sykehuspartner i henhold til fullmakten fra HFene signert 16. mars 2017.

PwCs vurdering

Da det er vist til regionalt akseptnivå i fullmakten fra HFene til Sykehuspartner og iMod Security Board, er det vesentlig at akseptnivået er klart beskrevet for å forstå hvilke risikoer iMod Security Board kan akseptere og hvilke risikoer de skal eskalere til administrerende direktør i Sykehuspartner. Uklarheter knyttet til kriterier for risikoaksept og metodikk (bruk av konsekvensskalaer) fører til uklarheter for hvem som kan akseptere hvilke risikoer. Dette kan føre til at man ikke eskalere risikoer som burde vært eskalert, og at systemet for vurdering av risiko ikke fungerer som en effektivt kontrollmekanisme.

I tillegg var ett av kriteriene for at Sykehuspartner skulle kunne akseptere risikoer innenfor regionalt akseptnivå, at HFenes informasjonssikkerhetsansvarlige skulle ha tilgang til informasjon fra iMod Security Board slik at de kunne eskalere risikoer til sine respektive HF. Vi forstår at informasjon fra Security Board så langt ikke er blitt aktivt delt med de informasjonssikkerhetsansvarlige, og således har den eneste eskaleringskanalen direkte til databehandleransvarlige vært ute av funksjon.

Kravet om at risikovurderingene knyttet til TMO Readiness Verification skal være en relativ vurdering i forhold til dagens risikonivå (CMO), forutsetter at de kjente svakheter/sårbarhetene i eksisterende IKT-infrastruktur og applikasjonsportefølje er tilstrekkelig risikovurdert og dokumentert. Vår vurdering er at det ikke foreligger en fullgod risikovurdering av den eksisterende løsningen. Dette kan være årsaken til at kjente svakheter/sårbarheter i eksisterende IKT-infrastruktur og applikasjonsportefølje ikke er blitt tilstrekkelig vurdert i de gjennomførte risikovurderingene. Det kan også føre til at man vurderer en liten risikøkning til en eksisterende kritisk («rød») sårbarhet for å være liten («grønn»).

6. Sentrale informasjonssikkerhetsrisikoer knyttet til ESN-kontrakten er ikke blitt tilstrekkelig vurdert

Faktiske forhold lagt til grunn

Landrisikovurderingen «Risikovurdering - behandling av personopplysninger i Bulgaria» ble først behandlet i Infrastrukturkomiteen i iMod Security Board 28. februar 2017. Her ble det vedtatt å eskalere denne til RSV (Services Chamber i iMod Security Board). Landrisikovurderingen ble så behandlet i ekstraordinært RSV-møte 10. mars 2017, hvor den ble tilsluttet av 6 av 11 stemmeberettigede i RSV, 3 blanke og 2 ikke tilsluttet. 4 medlemmer av RSV hadde meldt forfall.

Landrisikovurderingen konkluderer med at tjenesteoverføring til Bulgaria medfører økt risiko innenfor alle områdene som er tatt med i vurderingen. Blant annet står det at:

- *«Det foreligger flere kjente svakheter i sikkerhetsnivået og i internkontrollen til Sykehuspartner som påvirker risikonivå ved bruk av eksterne tjenesteleverandører. (...) Noen kjente svakheter utgjør allerede en uakseptabel risiko og det må derfor iverksettes risikoreducerende tiltak før overføring kan skje.»*
- *Om TMO readiness verification står det at «Frem til risikovurderingen og partnerens vurdering foreligger, er det uavklart hvorvidt partneren ivaretar grunnleggende krav til informasjonssikkerhet og internkontroll, samt personvern. (...) Før «TMO readiness verification» er ferdigstilt kan det ikke konkluderes på hvilken endring i risiko eller sikkerhetsnivå behandling av personopplysninger fra partneren vil medføre, herunder også inkludert leveranser fra andre land.»*

Landrisikovurderingen inneholder ingen vurderinger om faktisk risikonivå eller eksplisitte vurderinger av tiltakenes risikoreducerende effekt. Vurderingene er hvorvidt risikonivået øker i forhold til dagens situasjon. Det er imidlertid ikke gitt noen henvisning til en vurdering av dagens risikonivå knyttet til kjente sårbarheter i eksisterende IKT-infrastruktur. I intervjuer vi har gjennomført, viser fagpersoner til to dokumenter for beskrivelse av risiko knyttet til kjente sårbarheter; en presentasjon kalt «Strategisk partnerskap – informasjonssikkerhet og risiko» og «Risikovurdering – HSØ standard plattform».

Presentasjonen «Strategisk partnerskap – informasjonssikkerhet og risiko» er utarbeidet av informasjonssikkerhetsansvarlig og ble første gang presentert 8. juni 2015 til programstyret i Anskaffelsesprosjektet eksternt partnerskap (SPIIS). Presentasjonen viser til utfordringer ved behandling av

person- og helseopplysninger hos leverandører plassert utenfor Norge. Imidlertid fremgår det ikke av presentasjonen en vurdering av risikonivået knyttet til kjente sårbarheter i IKT-infrastrukturen.

Rapporten «Risikovurdering – HSØ standard plattform» fra 21. juni 2013 er utarbeidet av EY og foreligger i versjon 0.99. Vi kjenner ikke til om denne rapporten er formelt behandlet og internt distribuert. Rapporten er unntatt offentlighet, beskriver at forholdet mellom HFene, HSØ RHF og Sykehuspartner innen informasjonssikkerhet ikke er tilstrekkelig avklart, og at dette skaper grunnleggende uklarheter i forhold til styring av informasjonssikkerhet. Det vurderes også at sikkerhetsmessig godkjenning og verifikasjon av prosjekter og leveranser ikke fungerer og at foreslåtte tiltak for identifiserte risikoer ofte ikke gjennomføres. Rapporten peker også på en rekke svakheter/sårbarheter i IT-infrastrukturen, bl.a. knyttet til identitets- og tilgangsstyring.

I etterkant av ekstraordinært RSV-møte (Services Chamber) og fullmakt fra HFene til Sykehuspartner vedrørende mandat for å akseptere risiko knyttet til informasjonssikkerhet (jf. forrige kapittel), har iMod Security Board (Infrastrukturkomiteen) behandlet og akseptert følgende risikovurderinger vedrørende tilganger fra Bulgaria: «Risk assessment Access to CMO from Bulgaria – Availability» og «Bulgaria CMO Access for Knowledge Transfer» (24. mars 2017), og «Privacy disadvantage and risk assessment - Access to TMO from Bulgaria» (11. april 2017).

Disse risikovurderingene vurderer den relative risikoøkningen i forhold til dagens situasjon (CMO), og angir ikke en vurdering av det faktiske risikonivået. I tillegg inneholder vurderingene flere risikoer som Sykehuspartner selv definerer som utenfor regionalt akseptnivå («røde» og «gule»), men blir vedtatt med forutsetninger om at risikoreducerende tiltak blir gjennomført.

I Sykehuspartner sin tertialvise rapportering på risiko til ledelsen er informasjonssikkerhetsrisiko rapportert med lav sannsynlighet og høy konsekvens. Det kan skapes et inntrykk av at relativvurderingene har denne vurderingen som utgangspunkt for dagens risikonivå (CMO). Denne vurderingen virker ikke å være i overensstemmelse med konklusjonen fra programmets landrisikovurdering for Bulgaria, og heller ikke med EYs rapport om HSØ standard plattform fra 2013.

PwCs vurdering

Alle risikovurderinger knyttet til informasjonssikkerhet som er gjennomført i regi av programmet, er relativvurderinger i forhold til dagens risikonivå (CMO). Dagens risikonivå er imidlertid ikke dokumentert. Den gjennomførte landrisikovurderingen har avdekket at kjente sårbarheter i eksisterende IKT-infrastruktur medfører høyere risiko i forbindelse med de tilgangene som må gis ved gjennomføring av oppgaver som skal utføres fra Bulgaria. Det fremstår ikke av etterfølgende risikovurderinger behandlet i iMod Security Board at disse svakhetene er tilstrekkelig hensyntatt. Dette fører til at det vi oppfatter er vesentlige sårbarheter i eksisterende IKT-infrastruktur ikke legges til grunn for vurdering av tiltak eller eskalering av risiko.

Om Helse Sør-Øst RHF har fått tilstrekkelig informasjon om risiko og gjennomføringen av programmet vedr. informasjonssikkerhet

7. Presentasjonen til styret i HSØ RHF i sak 069-2016 vedrørende IKT-infrastrukturmodernisering var upresis og varslar om dette er ikke kommunisert til administrerende direktør i HSØ RHF

Faktiske forhold som er lagt til grunn

HPN/ESN-kontrakten regulerer en tre-trinns prosess, henholdsvis nåværende operasjonsmodus (CMO), overføringsfasen (TMO) og fremtidig operasjonell drift på fornyet IKT-infrastruktur hos leverandør (FMO). I CMO-fasen er det behov for at leverandør får tilgang til nåværende IKT-infrastruktur hos Sykehuspartner, blant annet for å gjennomføre aktiviteter knyttet til kunnskapsoverføring og kartlegging av IKT-infrastruktur.

Det følger av kontrakten at representanter for ESN skal gis tilgang for å kunne utøve nødvendige oppgaver i nåværende IKT-infrastruktur etter forutgående risikovurderinger. Tilstanden på IKT-infrastrukturen innebærer at enkelte av disse tilgangene også vil innebære muligheten for å få tilgang til pasientopplysninger.

I HSØ RHF styresak 069-2016 8. september 2016 ble det gitt en presentasjon hvor det bl.a. ble presentert følgende informasjon:

- «Personell som drifter IKT-infrastruktur skal ikke ha tilgang til personsensitiv informasjon – egne sikkerhetsmekanismer for dette»
- «Ekstern partner vil ikke ha tilgang til pasientdata.»

Det framgår ikke av presentasjonen hvilke faser i kontraktsforløpet disse kravene knytter seg til.

En representant for Sykehuspartner som var tilstede i styremøtet den 8. september 2016 uttrykte sin bekymring til presentasjonen til ledende ansatte i HSØ RHF i en e-post 25. september 2016. Vedkommende påpekte bl.a. følgende:

«Konkret gjelder det formuleringen i styresakens presentasjon foil #5 som fastslår at ekstern partner vil ikke ha tilgang til pasientdata. Dette er litt unyansert formulert/presentert og en forenkling av de sikkerhetskrav som er stilt i kontrakten og beskrevet i styresakens saksfremlegg. Kjernen i sikkerhetskravene er at i alle sammenheng skal lov og forskrifter skal oppfylles, og at det er satt spesielle krav knyttet til drift utenfor Norge og EU/EØS. Det er ikke kravstilt at ekstern partner ikke skal ha tilgang til pasientdata. Drift av IKT-infrastruktur medfører at driftspersonell får tilgang til pasientdata ved tjenestelig behov – slik er det for driftspersonell i Sykehuspartner i dag og dette vil også gjelde for ekstern partner slik avtalen er formulert (uavhengig av om dette driftes fra Norge eller annet sted).»

Tilsvarende bekymring ble også adressert fra sikkerhetsleder i HSØ RHF i en e-post 18. oktober 2016 til en leder i HSØ RHF.

Sikkerhetsleder adresserte dette på nytt i en e-post 8. mars 2017 til samme leder samt en annen ledende ansatt i HSØ RHF. Vedkommende påpekte dessuten følgende:

«De som drifter IKT-infrastrukturen drifter jo servere hvor pasientopplysninger beviselig ligger lagret.»

Våre undersøkelser har ikke kunnet fastslå at de ledende personene i HSØ RHF, som ble konfrontert med at informasjonen presentert for styret ikke var i tråd med de reelle forholdene i kontrakten, har bragt denne informasjonen videre til administrerende direktør i HSØ RHF.

I styremøte for Sykehuspartner 5. april 2017 fremmet ansattrepresentantene en protokolltilførsel vedr. sak om virksomhetsoverdragelse (sak 025-2017). Her framkommer følgende:

«Teknikere skal ikke ha tilgang til å logge seg på den enkelte fagapplikasjon, men kun tilgang til å logge seg på en server. Slik som systemet er satt opp i dag vil det allikevel være mulig for en tekniker å logge seg på en slik server og deretter hente ut informasjon fra denne. En slik informasjon vil i mange tilfeller kunne inneholde sensitive data, slik som: Pasient navn, personnummer, undersøkelse, diagnose med mer. Teknikere hos Helse Sør-Øst RHF sin eksterne partner vil få de samme tilgangene og dermed de samme mulighetene til å hente ut sensitiv informasjon.»

Internt i Sykehuspartner ble problemet med måten ekstern leverandørs tilganger ble fremstilt på tatt opp av en av de IT-ansatte som arbeidet med IKT-infrastrukturen. Dette innebar en intern e-postkorrespondanse i Sykehuspartner som strakk seg over tre uker i september og oktober 2016, og som også involverte administrerende direktør i Sykehuspartner og andre sentrale personer. Fra den interne korrespondansen framkommer blant annet følgende:

«Noen i HPE vil likevel måtte tidvis kunne få tilgang til pasientdata, f.eks. ved konfigurerer verktøy og ved enkelte hendelser der opprettholdelse av tilgjengelighet til tjeneste overstyrer konfidensialitet.»

E-postkorrespondansen internt i Sykehuspartner viser videre at det ble gjort forsøk på formuleringer som var ment å nyansere presentasjonen som var gitt styret i HSØ RHF slik at denne kunne aksepteres uten at den måtte endres.

Som saksfremlegg i sak 069-2016 fikk styret i HSØ RHF forelagt møteprotokoll fra drøftinger med de tillitsvalgte i HSØ etter hovedavtalens § 42.

Av protokollen fremgår blant annet følgende knyttet til informasjonssikkerhet:

«Det stilles i Norge strenge krav, i lov og forskrift, til oppbevaring og behandling av personsensitiv informasjon og pasientinformasjon. Det er ikke tillatt etter norsk lov å flytte denne typen informasjon ut av EU/EØS-området. Det er avtalen satt som krav fra Helse Sør-Øst RHF at ingen personsensitiv informasjon, herunder pasientdata, skal lagres utenfor Norge. En eventuell avtale vil innebære drift av eksisterende IKT-infrastruktur, etableringen av en modernisert IKT-infrastruktur og påfølgende drift av denne. For den eksisterende IKT- infrastrukturen er det satt som krav at denne må driftes fra EU/EØS.»

For drift av den moderniserte IKT-infrastrukturen er kravene i avtalen slik at dersom det utøves drift av IKT-infrastruktur utenfor Norge må dette gjøres gjennom sikkerhetsmekanismer som hindrer at driftspersonell som utfører oppgavene får tilgang til helse- og personopplysninger, samt som hindrer at driftspersonell får tilgang til å flytte dataene ut av Norge.»

Leser man utdraget fra protokollen nøye vil man se at ekstern leverandør ikke bare skal etablere en moderne IKT-infrastruktur. Leverandøren skal også inn og drifte den eksisterende IKT-infrastrukturen. Dernest framgår det at de sikkerhetsmekanismer som skal hindre at driftspersonell får tilgang til helseopplysninger først vil bli innført i den moderniserte IKT-infrastrukturen (FMO).

PwCs vurdering

Deler av informasjonen presentert for styret i HSØ RHF gjenspeiler ikke det faktum at gjennomføringen av kontrakten vil kreve at eksternt driftspersonell vil få mulighet til å få tilgang til helseopplysninger etter at en

risikovurdering er gjennomført og godkjent. Selv om den upresise informasjonen ble adressert i e-poster og mulig i samtaler til sentrale personer i HSØ RHF er det uheldig at Sykehuspartner ikke adresserte dette mer formelt i linjen, ved for eksempel et saksfremlegg for styret i Sykehuspartner. En ledende ansatt i HSØ RHF har hatt rollen som styreleder i Sykehuspartner og to andre ledende ansatte har vært medlemmer av iMod programstyre. Dette kan ha bidratt til at ansatte i Sykehuspartner har ansett at HSØ RHF har vært tilstrekkelig informert.

De ledende personene i HSØ RHF som ble konfrontert med informasjonen om avviket mellom det som var fremlagt for styret i HSØ RHF og reelle forhold burde umiddelbart ha kommunisert dette videre til administrerende direktør. For den ene ville dette innebære rapportering utenfor linjen. Det mener vi ville vært riktig i en sak som denne.

Etter PwCs syn burde sak 069-2016 inneholdt en mer presis fremstilling av de ulike fasene i kontraktsforløpet, herunder hvilke tilganger ekstern leverandør ville få i de ulike fasene. For eksempel framgår det klart av kontrakten at leverandøren skal gis tilganger i CMO-fasen før sikkerhetsmekanismene i den moderniserte IKT-infrastrukturen er på plass. Disse tilgangene var nødvendig for at driftspersonell hos leverandøren skulle kunne gjøre nødvendig kartlegging av nåværende IKT-infrastruktur.

Vurdering av styringsmodell

Faktiske forhold lagt til grunn

Ved beslutning av IKT-strategien (RHF styresak 086-2015) fremgår det at HSØ RHF gjennom strategien påtar seg et stort ansvar for å etablere hensiktsmessige regionale IKT-løsninger. Videre fremgår det at *«Vellykket gjennomføring av strategien vil kreve tett involvering av hele regionen, og med en tydeligere prioritering og stram styring. (...) Konsekvensen av strategien vil nødvendigvis være en begrensning av det lokale handlingsrommet innen IKT-investeringer i helseforetakene (...)»*

I DNV GLs risikoanalyse for modernisering av IKT-infrastruktur, som var del av styret i HSØ RHF sitt saksgrunnlag i sak 069-2016, pekes det særskilt på *«risiko for at regional styring ikke styrkes og operasjonaliseres ytterligere for å lykkes med modernisering av infrastruktur.»* Risiko er knyttet til om foretaksgruppen operasjonaliserer en effektiv beslutningsstruktur der foretakenes behov balanseres mot mål og planer for standardisering. Risikoen er vurdert som størst, både for alternativet med å gjøre moderniseringen selv, og ved bruk av ekstern partner.

Gjennom HSØ RHF styrevedtak 8. september 2016 (sak 069-2016) og foretaksmøte i Sykehuspartner 15. september 2016, samt stor deltakelse i forutgående anskaffelsesprosess må det legges til grunn at Sykehuspartner har påtatt seg et oppdragsansvar for iMod og har god forståelse for sentrale strategier og målsetninger som iMod skal realisere.

Sykehuspartner har ansvar og fullmakter i kraft av å være et felles IKT-tjenesteleverandør for foretaksgruppen. Sykehuspartner har ingen instruksjonsmyndighet overfor HFene. Direktørmøte i HSØ er rådgivende for administrerende direktør i HSØ RHF og de månedlige oppfølgingsmøtene mellom Sykehuspartner og HSØ RHF er formelle møter som er hjemlet i Helseforetaksloven.

HSØ RHF konkretiserte i januar 2017 kravet om et forsterket styrings- og oppfølgingsregime for iMod, inkludert innføring av særskilte oppfølgingsmøter og tertialvis rapportering. HSØ RHF beskriver at iMod innebærer forpliktelser for hele foretaksgruppen og understreker viktigheten av bred involvering og tett samarbeid med HFene. Sykehuspartner forventes å ta initiativ til koordinering mellom iMod og programmet Digital fornying som ledes av HSØ RHF. Forhold av strategisk karakter eller som berører foretaksgruppen skal forelegges HSØ RHF uavhengig av økonomisk omfang.

Sykehuspartner oversendte 10. februar 2017 «Overordnet styringsdokument Infrastrukturmodernisering» til HSØ RHF for godkjenning. HSØ RHF gav 8. mars 2017 sin godkjenning med enkelte presiseringer.

Konsulentselskapet Metier gjennomførte i mars 2017 en ekstern vurdering av iMod med formål om å sikre at programmet er styrt og organisert slik at det kan lykkes i å nå mål og realisere gevinster, samt vurdere organisering og styringsdokumentasjon opp mot beste praksis. Rapporten er konfidensiell og kan derfor ikke gjengis i detalj, men overordnet pekes det på manglende styringsdokumentasjon og uklarerheter i styringsstruktur og ansvarsdeling. Metier anbefaler en rekke tiltak knyttet til bedre styring, inkludert at Sykehuspartner bør styrke egen programorganisasjon med ekstern kapasitet. I PwCs intervjuer med tre ledende ansatte i Sykehuspartner anerkjennes Metiers vurderinger og anbefalinger i stor grad. PwC har derfor valgt å ikke gjøre en tilsvarende, selvstendig vurdering. Vi legger til grunn at Sykehuspartner har mottatt en rekke anbefalinger som gir retning for hvordan videreføringen av iMod bør styres og organiseres.

PwCs vurdering

En velfungerende regional styringsmodell for IKT er en forutsetning for å lykkes med modernisering av IKT-infrastrukturen. HSØ og Sykehuspartner har historisk ikke lykkes med å etablere en regional, standardisert IKT-infrastrukturplattform. Valget av en ekstern internasjonal leverandør, hvor premissene i forretningsmodellen er standardisering, storskalafordele og et internasjonalt leveranseapparat, stiller nye krav til Sykehuspartner. Vår erfaring er at det er spesielt innen leverandørstyring og i rollen som tjenesteintegrator mellom helseforetakene og ekstern leverandør at Sykehuspartner må etablere mer kapasitet og profesjonalisere

arbeidsprosessene. Sykehuspartner bør nøye vurdere behovet for å styrke egen kapasitet for å sikre god leverandørstyring og utvikle rollen som tjenesteintegrator.

Med hensyn til DNV GLs risikoanalyse vurderer vi at en rekke risikopunkter knyttet til «ekstern partner» er tett koplet til (behovet for og avhengigheten til) en velfungerende regional styringsmodell. Vi vurderer at flere av risikopunktene kun listet av DNV GL under «ekstern partner» også er relevante for alternativet å «gjøre det selv».

Styringsdokumentet for gjennomføring av IKT-infrastrukturmoderniseringen, minimum de sentrale prinsippene knyttet til styringsmodell, ansvar og fullmakter, burde vært utarbeidet som en del av prosessen med valg av ekstern partner. I mangel av et styringsdokument burde Sykehuspartner, i forbindelse med mottak av oppdraget, stilt som krav at prinsippene i den regionale styringsmodellen for IKT burde konkretiseres for iMod og at styringsdokumentet burde utarbeides i tett samarbeid med HSØ RHF. Gjennom et slikt samarbeid kunne flere av kravene i HSØ RHF's «krav til forsterket styring og oppfølging» blitt konkretisert. Det gjelder bl.a. hvilke forhold som er av «strategisk karakter» og retningslinjer for eskalering av beslutninger til administrerende direktør i HSØ RHF. I tillegg bør behovet for koordinering og eventuell felles planlegging med Digital fornying grundigere beskrives enn det som fremgår av kapittel «Samhandling» i iMod styringsdokument. Sykehuspartner bør innenfor egne rammer kunne realisere en vesentlig andel av estimerte gevinster, men avhengigheter til Digital fornying og beslutninger i HFene kan vesentlig påvirke den totale gevinstrealiseringen. Saksfremlegg fra administrerende direktør i Sykehuspartner i HSØ direktørmøter dokumenterer at behovet for bedre styring, koordinering og samarbeid er adressert, men dokumentasjonen har ikke tydelige forslag til tiltak, med unntak av iMod Security Board og fullmakter fra HFene.

HSØ RHF's krav om forsterket styring og oppfølging kan muligens oppfattes som et ekstra nivå av styring, kontroll og rapportering. Det bør heller sees på som en invitt til å etablere en regional styringsmodell som har mer definerte arenaer og strukturer for koordinering, forankring og beslutninger. iMod stiller skjerpede krav til Sykehuspartners planlegging, styring og prosesser for koordinering, forankring og samarbeid i foretaksgruppen. Sykehuspartner bør nøye vurdere behovet for å styrke egen kapasitet for å oppfylle disse kravene og forventningene.

PwC vurderer at iMods styringsdokument, per mai 2017, har mangler og ikke gir grunnlag for å sikre god styring og kontroll. Myndighet og fullmakter i iMods programstyre må klargjøres og det bør sikres at styret i Sykehuspartner gis beslutningsmyndighet innenfor rammer og premisser satt av HSØ RHF.

Vurdering av ivaretagelse av informasjonssikkerhet og sikring av personsensitiv informasjon i ESN avtalen

Faktiske forhold lagt til grunn

EY utførte i juni 2013 en risikovurdering for Sykehuspartner, «Risikovurdering – HSØ standard plattform». Dokumentet vi har fått tilgang til har versjon 0.99 og er unntatt offentlighet. Denne risikovurderingen avdekker en rekke svakheter innenfor områdene sikkerhetsstyring, drift og forvaltning, og teknologi. Rapporten beskriver at forholdet mellom HFene, HSØ RHF og Sykehuspartner innen informasjonssikkerhet ikke er tilstrekkelig avklart, og at dette skaper grunnleggende uklarheter i forhold til styring av informasjonssikkerhet. Det vurderes også at sikkerhetsmessig godkjenning og verifikasjon av prosjekter og leveranser ikke fungerer og at foreslåtte tiltak for identifiserte risikoer ofte ikke gjennomføres.

Før styrebehandling av eksternt partnerskap ble det gjennomført en risikovurdering av DNV GL. Denne risikovurderingen berørte ikke informasjonssikkerhet eller personvern.

I Sykehuspartner sin tertialvise rapportering på risiko til ledelsen er informasjonssikkerhetsrisiko rapportert med lav sannsynlighet og høy konsekvens, selv om det eksisterte en rekke kjente svakheter både i tekniske løsninger og styring av informasjonssikkerhet.

PwC har fått oppgitt at det ikke er gjennomført andre risikovurderinger av den totale informasjonssikkerhetssituasjonen etter rapporten fra EY i 2013.

Som beskrevet i kontraktens Appendix 1-A-6 Security Requirements, krav CT-SEC-TRV-01, skal risikovurderingen av overgang til TMO fasen (TMO Readiness verification) ikke dokumentere den faktiske informasjonssikkerhetssituasjonen, men kun vurdere om risiko øker.

I landrisikovurdering «Risikovurdering - behandling av personopplysninger i Bulgaria» står det om TMO readiness verification: «*Frem til risikovurderingen og partnerens vurdering foreligger, er det uavklart hvorvidt partneren ivaretar grunnleggende krav til informasjonssikkerhet og internkontroll, samt personvern.*» Dersom TMO readiness verification kun skal avdekke om risiko øker, vil denne ikke avdekke områder hvor dagens løsning ikke er innenfor akseptabel risiko og regelverk.

PwCs vurdering

Risikovurderingen utført av EY i 2013 beskriver omfattende svakheter i informasjonssikkerhet i HSØ innen områdene sikkerhetsstyring, drift og forvaltning og teknologi. iMod-programmet har gjennom sikkerhetskravene i Appendix 1-A-6 som formål å utbedre teknologiske svakheter i IKT-infrastrukturen, samt gjennom tjenesteutsetting av drift, forbedre og effektivisere driften av løsningen. Kravene i Appendix 1-A-6 er basert på en internasjonal standard og beste praksis innen informasjonssikkerhet.

Våre funn indikerer at observasjonene i EY-rapporten knytte til styring av informasjonssikkerhet i stor grad fremdeles er gjeldende, og at det ikke er iverksatt tilstrekkelige tiltak for å utbedre disse svakhetene. Styring av informasjonssikkerhet vil i alle faser av leveransen være HFene sitt ansvar.

En av de sentrale manglene er relatert til gjennomføring av risikovurderinger. Siden risikovurderinger i programmet er gjennomført som relative vurderinger i forhold til dagens situasjon (CMO) har programmet ingen oversikt over om dagens løsning er innenfor et akseptabelt nivå.

Dette har ført til at iMod-programmet og foretaksgruppen ikke har hatt oversikt over den totale risiko- og sårbarhets situasjonen, og dermed heller ikke oversikt over hvilke tiltak som ville være nødvendig for å ha kontroll med informasjonssikkerhet og personvern ved gjennomføring av avtalen.

