

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 15. desember 2017
Saksbehandler: Direksjonssekretær
Vedlegg: Sakliste
Protokoll fra styremøte 26. oktober 2017

SAK 71/2017 GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

Oslo, den 8. desember 2017

Gunnar Bovim
Sign.

Oslo universitetssykehus HF

Møteinnkalling

Møtenavn:	Styremøte 9/2017
Dato møte:	15. oktober 2017
Møtetid:	Klokken 11.00 – ca 14.00
Møtested:	Radiumhospitalet, seminarrom 1 og 2.

71/2017	Beslutning:	Godkjenning av innkalling og sakliste
72/2017	Orientering:	Rapport per november 2017
73/2017	Beslutning	Budsjett 2018
74/2017	Beslutning	Valg av styret i Kreftregisteret
75/2017	Beslutning	Plan for styrets arbeid
76/2017	Orientering	Administrerende direktørs orienteringer
77/2017	Beslutning	Godkjenning av protokoll fra møte 15. desember 2017

Gunnar Bovim
sign.

Oslo universitetssykehus HF

Protokoll

Møtenavn:	Styremøte
Til:	Styrets medlemmer
Dato dok.:	26. oktober 2017
Dato møte:	26. oktober 2017 kl 10.00 – 1310 på Radiumhospitalet, Oslo
Offentlighet:	
Referent:	Jørgen Jansen

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

Forfall: Bjørg Månum Andersson

Til stede fra administrasjon: Bjørn Erikstein, Morten Reymert, Morten Meyer, Lisbeth Sommervoll, Erlend Smeland, Annelene Foss Svingen m.fl.

Tilstede ellers: observatør fra brukerutvalget og publikum

Sak 62/2017 Godkjenning av innkalling og sakliste

Etter møte den 29. oktober 2017 gjennomførte styret en egenevaluering av sitt arbeid.

Vedtak:

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

Sak 63/2017 Rapport per september 2017

Vedtak:

Styret tar rapportering per september, inkludert oppfølging fra Ledelsens gjennomgang per andre tertial 2017 til orientering.

Sak 64/2017 Budsjett 2018

Vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 65/2017 Virksomhetsoverdragelse av NAKMI

Vedtak:

1. Styret slutter seg til avtale om virksomhetsoverdragelse av Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse fra Oslo universitetssykehus HF til Folkehelseinstituttet.
2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å slutføre og signere avtalen om virksomhetsoverdragelse.

Sak 66/2017 Plan for styrets arbeid

Vedtak:

1. Styret tar saken til orientering.
2. Reservetidspunkt for styremøte den 23. november 2017 utgår.
3. Styret setter opp et møte 4. desember 2017 fra klokken 10 til klokken 12.

Sak 67/2017 Møte med Brukerutvalget ved OUS

Vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 68/2017 Administrerende direktørs orienteringer

Vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 69/2017 Lønnsregulering 2017 for administrerende direktør

Saken ble behandlet i lukket møte jf. helseforetaksloven § 26 a

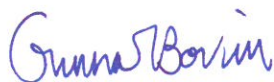
Vedtak:

Med virkning fra 1. januar 2017 økes administrerende direktør Bjørn Eriksteins årslønn med 51 770 kroner til en ny samlet årslønn per 1. januar 2017 på 2 208 841 kroner.

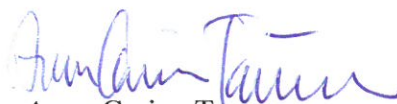
Sak 70/2017 Godkjenning av protokoll fra styremøte 29. september 2017

Vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 29. september 2017.



Gunnar Bovim
styreleder



Anne Carine Tanum
nestleder

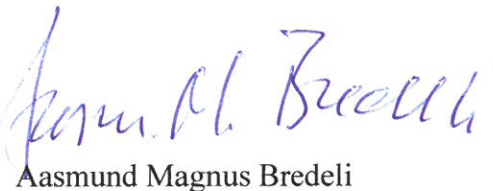


Berit Kjøl

Björg Månum Andersson
sett



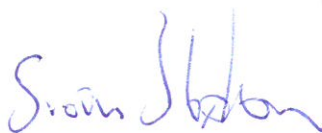
Else Lise Skjæret-Larsen



Aasmund Magnus Bredeli



Svein Erik Urstrømmen



Svein Stølen

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 15. desember 2017

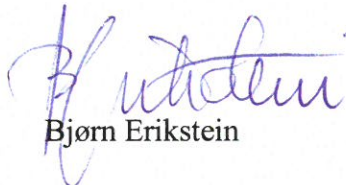
Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg:

SAK 72/2017 RAPPORT PER NOVEMBER 2017

Endelige resultater for november foreligger ikke ved utsendelse av styresakene og vil bli ettersendt styret elektronisk på tirsdag 12. desember.

Oslo, den 8. desember 2017



Bjørn Erikstein

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 15. desember 2017

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør økonomi og finans

Vedlegg:

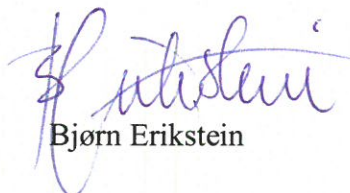
1. Budsjettdokument
2. Klinikkvise tekstdokumenter
3. Områdeplan IKT
4. Områdeplan MTU
5. Investeringsplan bygg
6. Plan for andre investeringer
7. Drøftingsprotokoll

SAK 73/2017 BUDSJETT 2018

Forslag til vedtak:

1. *Styret vedtar budsjett for Oslo universitetssykehus HF for 2018 slik det fremgår av tabellene 1, 2 og 3 i styresak 73/2017. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å disponere budsjettet i samsvar med beslutninger i foretaksmøte for Oslo universitetssykehus HF, vedtak i styret i Oslo universitetssykehus HF og gitte fullmakter. Styret ber administrerende direktør legge de vedlagte investeringsplanene til grunn for investeringene i 2018.*
2. *Styret gir administrerende direktør fullmakt til å ta opp langsiktige lån fra Helse Sør-Øst RHF og inngå nødvendige leieavtaler for å finansiere investeringer i samsvar med tabell 3.*
3. *Styret gir administrerende direktør fullmakt til å anskaffe Linac, MR, kirurgirobot og utstyr til sterilsentral som, inkludert kostnader til ombygging, har anskaffelseskostnad over 20 millioner kroner for hver anskaffelse. Fullmakten forutsetter at administrerende direktør først har fått godkjent disse anskaffelsene fra Helse Sør-Øst RHF.*

Oslo den 8. desember 2017



Bjørn Erikstein

1. INNLEDNING

Denne styresaken med vedlegg gir grunnlag for styrets beslutning om budsjett for 2018 for Oslo universitetssykehus HF. De eksterne rammebetingelser i form av rammetildelinger, aktivitetskrav og andre forutsetninger fra Helse Sør-Øst RHF er innarbeidet i de foreslåtte budsjettene.

Saken inneholder tabeller som viser de budsjetter som foreslås gjort gjeldende for styring av virksomheten i 2018 (tabellene 1-3) og som dermed foreslås vedtatt av styret.

Saken inneholder videre et mer omfattende budsjettokument (vedlegg 1) som redegjør nærmere for forutsetningene og oppbyggingen av driftsbudsjettet. Videre gis det en gjennomgang av arbeidet med effektiviseringstiltak i dette vedlegget. I tabelldelen av dette vedlegget er budsjettforslagene i tabellene 1-3 sammenliknet med budsjett 2017, estimat 2017 og tallgrunnlaget fra Økonomisk langtidsplan 2018-2021 som ble behandlet av styret i april i år.

Vedlegg 2 inneholder beskrivelser av klinikkens budsjetter for 2018 mens vedleggene 3, 4, 5 og 6 inneholder henholdsvis områdeplan for IKT for Oslo universitetssykehus HF, områdeplan for medisinskteknisk utstyr og investeringsplaner for bygg og andre investeringer.

Vedlegg 7 er protokoll fra drøftingsmøte med foretakstillitsvalgte onsdag 6. desember.

2. TIDLIGERE VEDTAK

Ved behandling av sak 36/2017 om Økonomisk langtidsplan (ØLP) 2018-2021 (37) den 24. mai 2017 ble det fattet følgende vedtak:

- 1. Styret gir sin tilslutning til forslaget til økonomisk langtidsplan.*
- 2. Styret konstaterer at kravet til resultatforbedring de nærmeste årene er svært krevende, men nødvendig for å sikre tilstrekkelig finansiering av investeringer i bygg og medisinskteknisk utstyr.*
- 3. Styret ber om å bli orientert om prosjektene innenfor «forbedring av drift» i styremøtet 29. september 2017.*
- 4. Styret vedtar foreløpig styringsmål for 2018 med 300 millioner kroner i overskudd. Styret understreker at styringsmålet er betinget av reelt uendret finansieringsregime fra 2017 til 2018. Styret ber administrerende direktør følge opp tildelingen av basisinntekter og endringene i aktivitetsbaserte inntekter overfor Helse Sør-Øst RHF.*

Ved behandling av sak 44/2017 den 22. juni 2017, ble styret orientert om status i arbeidet med økonomisk langtidsplan og budsjett 2018. Styret ble orientert om at utfordringsbildet viser at helseforetaket i 2018 må øke den samlede aktiviteten kombinert med at det gjennomføres kostnadsreducerende tiltak. Styret ble også orientert om at det er en risiko

for betydelige negative konsekvenser av endringer i etablerte finansieringsordninger for 2018, og at administrerende direktør med utgangspunkt i styrets vedtak fra 24. mai 2017 vil følge opp disse forholdene videre med Helse Sør-Øst RHF. Styret gjorde følgende vedtak:

- 1. Styret tar redegjørelsen om det videre arbeidet med oppfølging av økonomisk langtidsplan 2018-2021 til orientering.*
- 2. Styret ber om å bli orientert om fremdrift i møtet 29. september.*

Ved behandling av sak 54/2017 den 29. september fikk styret en kort orientering om arbeidet med budsjett 2018.

Sak 64/2017 Budsjett 2018 den 26. oktober 2017 tok styret til orientering.

3. ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERING

Basert på resultatregnskapet etter oktober ser det ut som om helseforetakets samlede resultat for 2017 vil bli om lag som budsjettet eller noe svakere. Det er derimot klart at klinikkene i 2017 ikke har klart å levere resultater som forventet i budsjettet. Klinikkenes prognose for 2017 viser et underskudd på om lag 220 millioner kroner som i stor grad finansieres av engangseffekter knyttet til blant annet forsinket gjennomføring av investeringer innenfor IKT-området og for høye avsetninger i balansen i forbindelse med lønnsoppgjøret for 2016. Dette medfører at klinikkene fortsatt står overfor krevende økonomiske omstillinger for å oppnå drift i balanse i budsjett 2018.

Styret behandlet første gang budsjett for 2018 i mai i år ved behandling av Økonomisk langtidsplan 2018-2021 (styresak 36/2017). Styret konstaterte på dette tidspunkt at kravet til resultatforbedring de nærmeste årene var svært krevende, men nødvendig for å sikre tilstrekkelig finansiering av investeringer i bygg og medisinskteknisk utstyr. Styret presiserte at styringsmålet på 300 millioner kroner for 2018 var betinget av reelt uendret finansieringsregime fra 2017 til 2018.

Til tross for at det er gjennomført betydelige investeringer i bygningsmassen de siste årene, blant annet for å ivareta pålegg fra tilsynsmyndighetene, har Oslo universitetssykehus HF store uløste oppgraderingsbehov i en gammel bygningsmasse. Det er også behov for omfattende fornyelse av medisinskteknisk utstyr og IKT. Foretaket må derfor effektivisere driften vesentlig for å kunne frigjøre midler til nødvendige investeringer i bygninger, medisinskteknisk utstyr og IKT. Investeringene i bygninger, medisinskteknisk utstyr og IKT vil reelt sett være finansiert av lån (eller reduserte fordringer på Helse Sør-Øst RHF) og vil medføre økte kapitalkostnader i årene framover. For 2018 planlegges det med oppstart av konseptfase for Aker/Gaustad, forprosjekt for nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet, og det forventes midler til gjennomføring av forprosjekt for ny regional sikkerhetsavdeling. I tillegg har regjeringen foreslått etablering av protonsentere ved Radiumhospitalet som skal finansieres ved lån og tilskudd. Det vil imidlertid ta mange år før nye bygg står klare til bruk, og sykehuset må i disse årene drifte i gamle bygg. Disse krever betydelig investeringer for å sikre forsvarlig drift.

Klinikkenes samlede krav til produktivitetsforbedring er vel 3 prosent. Administrerende direktør har ved tildeling av klinikkvise rammer forsøkt å sikre at alle klinikkene har fått relativt sett like krav til omstilling. Klinikk psykisk helse og avhengighet er i noen grad skjermet ved at klinikken har fått et lavere produktivitetskrav enn de øvrige klinikkene. Men også denne klinikken er stilt overfor krav til forbedringer i 2018. Administrerende direktør har i budsjettet fulgt opp krav om større vekst for psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling både i forhold til økt pasientbehandling og økonomiske rammer.

De økonomiske forutsetningene for drift av Oslo universitetssykehus HF i 2018 er noe svakere enn forutsatt når økonomisk langtidsplan ble behandlet. Det er i hovedsak inntektssiden i budsjettet som er svekket, både gjennom negative omfordelingseffekter innenfor innsatsstyrt finansiering (ISF) og nytt finansieringssystem for poliklinisk laborativ virksomhet. Kostnadsnivået inn i 2018 er også høyere enn lagt til grunn ved utarbeidelsen av økonomisk langtidsplan. Administrerende direktør har på denne bakgrunn diskutert resultatkravet med Helse Sør-Øst RHF med det utfall at resultatkravet reelt sett er justert noe ned.

Selv om klinikkene har planlagt resultatforbedrende tiltak for om lag 350 millioner kroner, foreligger det på dette tidspunkt ikke tilstrekkelig med tiltak for å kunne ha rimelig grad av sikkerhet for gjennomføring av driftsbudsjettet. Flere av klinikkene har uløste budsjettutfordringer, og det er derfor nødvendig med ytterligere konkretisering av tiltak for gjennomføring av drift både innenfor de enkelte klinikkene og gjennom arbeidet som nå pågår innenfor programmet forbedring av drift i Oslo universitetssykehus HF. Administrerende direktør vil ha en tett oppfølging gjennom året av både planlegging og gjennomføring av drift for 2018 med den enkelte klinikk og med klinikkene samlet. Klinikkene vil allerede i januar 2018 bli etterspurt årsprognose for drift med eventuelle korrektive tiltak for 2018.

Administrerende direktør vil disponere foretakets likviditet slik at samlet forbruk er innenfor Oslo universitetssykehus HF rammer. For 2017 holdt administrerende direktør igjen noe av investeringsbudsjettet ved årets start. Disse midlene ble godkjent for gjennomføring før sommeren. For 2018 er investeringsbudsjettet allerede noe redusert sammenlignet med økonomisk langtidsplan, men det kan også være aktuelt å holde igjen noe på årets investeringsramme.

Styret vil i februar i sak om oppdrag og bestilling 2018 bli orientert om oppdraget fra eier for 2018, som blir fastsatt i foretaksmøte medio februar 2018.

For å sikre nye behov og satsninger et økonomisk grunnlag er det gjennomført prioriteringer i 2018 hvor kostnadsreduksjoner knyttet til planlagt omstilling er grunnlaget for prioritering av nye oppgaver og behov i 2017. Administrerende direktør har blant annet prioritert opp følgende områder i budsjettet for 2018:

- Medisinfri behandling psykisk helsevern
- BUP, Front team
- Behandlingshjelpemidler

- Økt kapasitet radiologi
- Økte kostnader medikamenter
- Økte kostnader LIS 1 og 2
- Videre utrulling Metavision
- Styrket vaktberedskap barn
- Styrket operasjonskapasitet barnekirurgi
- Helårseffekt av ny ambulanse i 2017
- Økt bemanning sterilavdeling
- Økte kostnader transport av organer
- Oppstart HPV screening

Administrerende direktør erkjenner at budsjettet for 2018 er stramt og i tillegg er ikke alle forutsetninger på inntektssiden avklart. Selv om administrerende direktør har lagt opp til bred medvirkning og involvering i budsjettprosessen for 2018, viser dessverre tilbakemeldingen fra tillitsvalgte at medvirkning og involvering fortsatt kan bli bedre i store deler av organisasjonen. Tillitsvalgte vil derfor bli invitert med i evaluering av budsjettprosessen for 2018 og involvert i planleggingen av budsjettprosessen for 2019 på et tidlig tidspunkt.

Flere av klinikkene melder om at det vurderes som krevende å øke aktiviteten uten å øke bemanningen tilsvarende, og administrerende direktør har forståelse for denne bekymringen som også kom tydelig frem i drøftingen i Arbeidsmiljøutvalget 5. desember og med foretakstillitsvalgte 6. desember. Det er derfor viktig å følge opp arbeidsmiljøet på en tydelig måte og sørge for at nødvendige tiltak blir vurdert og igangsatt der hvor dette viser seg å være nødvendig. Det er viktig at gjennomføringen av den økonomiske omstillingen i 2018 ikke reduserer sikkerheten i pasientbehandlingen, som alltid vil ha høyeste prioritet. Omstillingsarbeidet skal også baseres på de 12 prinsippene for medvirkning i HSØ.

Administrerende direktør anbefaler at styret vedtar drifts- og investeringsbudsjettet slik det nå foreligger.

4. BUDSJETT FOR OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF 2018

Sykehusene har et totalt økonomisk ansvar for disponering av tilgjengelig likviditet til drift og investeringer. Ved behandling av økonomisk langtidsplan er det sykehusenes oppgave å veie kortsiktige hensyn opp mot de langsiktige. Dette innebærer at behovene for å sikre likviditet til investeringer må sees opp mot behovene innenfor den løpende drift i det kommende budsjettåret.

Oslo universitetssykehus HF skal i 2018 gjennomføre forventede oppgaver innenfor pasientbehandling, forskning, pasientopplæring og undervisning med høy kvalitet og innenfor det nevnte økonomiske styringsmålet. Helse Sør-Øst RHF stiller krav om at helseforetakene må ta ansvar for finansiering av egne investeringer og dermed må realisere positive økonomiske resultater for å kunne finansiere disse. Positive økonomiske resultater for Oslo universitetssykehus HF i 2018 og i årene framover er av vesentlig betydning for foretakets mulighet til å gjennomføre egne arealplaner for utvikling av eiendomsmassen og planer for utskifting av medisinskteknisk utstyr med videre på kort og lang sikt.

Hovedstrategien i Økonomisk langtidsplan (ØLP) for perioden 2018-2021 var rettet inn mot å sette helseforetaket i stand til å kunne finansiere de investeringene i MTU, bygg med videre som det er behov for på både kort og lang sikt. For å realisere dette innenfor tilgjengelig likviditet ble det forutsatt en forbedring i det økonomiske resultatet i årene fremover (jf tabellen nedenfor). Denne utviklingen krever en betydelig effektivisering av virksomheten både på kort og lang sikt. For å dekke deler av de kortsiktige investeringsbehovene ble det også vurdert at det var nødvendig med finansiell leie av utstyr mv.

Tabellen under viser årlige resultat slik det ble lagt frem i ØLP 2018-2021:

År	Estimert resultat 2017 og planlagt resultat 2018-2021 (fra Økonomisk langtidsplan 2018-2021)
2017	+ 250 millioner kroner
2018	+ 300 millioner kroner
2019	+ 350 millioner kroner
2020	+ 400 millioner kroner
2021	+ 400 millioner kroner

Som følge av regjeringens forslag om å bevilge midler til bygging av nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet, må verdiene på Radiumhospitalet vurderes på nytt. Det er derfor foretatt en gjennomgang av verdier i anleggsregisteret for bygg på Radiumhospitalet. For å realisere det foreslåtte byggeprosjektet er det behov for å rive noe av eksisterende bygningsmasse på Radiumhospitalet samtidig som deler av andre bygg ikke lenger er planlagt brukt til sykehusdrift fra det tidspunkt nytt klinikkbygg tas i bruk. Foreløpige beregninger viser et behov for nedskrivning/meravskrivning i 2018 på nærmere 90 millioner kroner, om lag 60 millioner kroner i 2019 og deretter 25-30 millioner kroner de påfølgende årene. Nedskrivning/meravskrivning har ikke likviditetseffekt, og påvirker således ikke helseforetakets øvrige økonomiske handlingsrom, verken til drift eller investeringer. Helse Sør-Øst RHF har bekreftet at helseforetakets resultatmål i 2018 kan justeres tilsvarende nedskrivning/økt avskrivning som forventes for det året (krone for krone). I budsjett 2018 er det budsjettert med nedskrivning/meravskrivning på 88 millioner kroner og tilsvarende reduksjon av budsjettert resultat for 2018. Resultatmålet i budsjett 2018 justeres derfor isolert sett fra 300 millioner kroner til 212 millioner kroner. Dersom faktisk nedskrivning/meravskrivning blir høyere eller lavere enn 88 millioner kroner vil resultatmålet justeres tilsvarende.

Etter dialog med administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF budsjetteres det med et resultatmål på 175 millioner kroner. Reduksjonen fra 212 millioner kroner til 175 millioner kroner skyldes blant annet at kostnadsnivået i driften av sykehuset ved inngangen til 2018 er noe høyere enn lagt til grunn i økonomisk langtidsplan.

4.1 Overordnet om oppdrag og bestilling

Oppdrag og bestilling 2018 planlegges vedtatt på foretaksmøte i tidlig i 2018. Dokumentet vil inneholde det formelle oppdraget til Oslo universitetssykehus HF om gjennomføring av virksomheten i 2018 samt tildele midler for å gjennomføre dette. Styret i Helse Sør-Øst RHF vil til sitt møte 14. desember bli forelagt forslag til resultatkrav for helseforetakene for 2018.

I sak om Økonomisk langtidsplan 2018-2021 vedtok styret i Helse Sør-Øst RHF en videreføring av vedtatte mål for perioden 2017-2020 for helseforetakene for 2018. Dette innebærer følgende regionale mål for 2018:

- Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd
- Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 prosent
- Pasienten får timeavtale sammen med svar på henvisningen
- Alle medarbeidere skal involveres i oppfølging av medarbeiderundersøkelsen med etablering av forbedringstiltak for egen enhet
- Det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer

4.1. Aktivitet

Statsbudsjettet for 2018 legger i følge Regjeringen til rette for en økning i pasientbehandling som omfattes av innsatsstyrt finansiering på 1,6 pst. fra aktivitetsnivået i 2017. Hoveddelen av den somatiske pasientbehandlingen som utføres i Oslo universitetssykehus HF finansieres innenfor innsatsstyrt finansiering. Det samme gjelder fra 2017 også for poliklinisk aktivitet innen psykisk helsevern og rusbehandling. Det er ikke satt et tak for finansiering av aktivitet i 2018.

Oslo universitetssykehus HF planlegger med en reell vekst i den somatiske aktiviteten på om lag 2 prosent fra estimert aktivitetsnivå i 2017. Økt aktivitet skal i hovedsak gjennomføres med uendret bemanning. Veksten må dermed realiseres gjennom bedre utnyttelse av eksisterende operasjonsstuer, poliklinikkarealer og sengeposter.

For psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling planlegges det med en samlet vekst i antall polikliniske konsultasjoner på 2,5 pst fra 2017 mens døgnvirksomheten skal videreføres på samme nivå som i 2017. Deler av døgnbehandlingen skal fra 2018 være et medikamentfritt tilbud. Dette organiseres ved en av sengepostene ved Søndre Oslo DPS. Det er planlagt med en større vekst i antall polikliniske konsultasjoner innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn innenfor somatikken.

4.2. Ventelister og fristbrudd

Oslo universitetssykehus HF arbeider kontinuerlig med å redusere ventetider og forebygge fristbrudd. Med aktivitetsmålene for 2018 og de tiltak som er beskrevet er det forventet at ventetidene skal kunne reduseres ytterligere og at Oslo universitetssykehus HF ikke skal ha pasienter som venter over ett år (langtidsventende) før helsehjelpen starter. Samtidig videreføres målet om at pasientene ikke skal oppleve fristbrudd eller brudd på andre avtalte tidspunkter for pasienter som er i et forløp.

Oppfølgingen av klinikkene og avdelingene gjennom 2018 vil basere seg på nasjonale indikatorer for henvisningsprosessen, rutiner for håndtering av fritt behandlingsvalg, riktig bruk av pasientadministrativt system, ajourhold av venteliste og oppretting av de avvik som NPR tilbakemelder. Det foreligger tilgjengelige styringsdata med rapporter som oppdateres fortløpende slik at utviklingen kan følges nøye. Særlig vil en følge antall pasienter med passert planlagt tid. Tentativ dato er styrende for kontinuitet i alle deler av et behandlingsløp (dvs. både for nyhenviste og ventelisteavklarte). For 2018 skal det settes mål for reduksjon av antall pasienter med passert planlagt tid i de enkelte klinikker/avdelinger.

Det er nedlagt et betydelig arbeid for at organisasjonen skal være oppdatert på lovverk og regler samt bruk av pasientadministrative system. Det er gjennomført internsertifisering av kontorfaglig personell og det er laget kunnskapstest for leger/behandlere som vurderer henvisninger. Prioriteringsveilederne skal legges til grunn for enhetlig vurdering av rettighetstildeling og fristfastsettelse. Det implementeres nå tiltak som skal bedre tilgjengelighet og ressursstyring av poliklinisk virksomhet slik at kapasiteten i sykehusets poliklinikker kan utnyttes bedre. Det vil samtidig arbeides for å bedre samarbeidet med både private avtalespesialister og Velg behandlingssted.

4.3. Pakkeforløp for kreft

Oslo universitetssykehus HF har innført pakkeforløp i henhold til nasjonale retningslinjer. God registreringspraksis av målepunktene i pakkeforløp er viktig for å gi korrekte styringsdata og underlag for forbedringsarbeid. I DIPS Arena er det utviklet funksjonalitet som forenkler registrering av pakkeforløp. Denne funksjonaliteten ble implementert i Oslo universitetssykehus HF 30. mai 2016. Det er utviklet en egen rapportfunksjon i DIPS Arena løsningen, og det er nå også mulig å registrere dato for "start pakkeforløp" fra et annet sykehus for et forløp der Oslo universitetssykehus HF skal innfri forløpstiden frem til behandling. Pasientlisten (eller dashboard) gir oversikt over estimerte forløpstider, hvilke som nærmer seg frist eller er over frist. Informasjon om pakkeforløp fra DIPS Arena er nå tilgjengelig i ledelsens informasjonssystem (OUS LIS) slik at det er mulig å ta ut rapporter for oppfølging av måloppnåelse for pakkeforløp i OUS til bruk internt i forbedringsarbeid i ledergrupper og forløpsteam. LIS-rapporten gir oversikt over samlet forløpstid og fordelt på ulike etapper og dermed informasjon om hvor eventuelle flaskehals er. I tillegg kan en ta ut delrapporter for type behandling, organisasjonsenhet, diagnosegruppe (forløp) og om forløpet er startet ved OUS eller eksternt. I 2018 vil Oslo universitetssykehus HF planlegge gjennomføring av sommerferien på en slik måte at den kirurgiske kapasiteten er stor nok til å unngå redusert måloppnåelse innen pakkeforløp.

4.4. Driftsbudsjett

Under behandling av Økonomisk langtidsplan 2018-2021 mottok Oslo universitetssykehus HF en foreløpig tildeling av inntektsrammer for 2018. Inntektsforutsetningene fra økonomisk langtidsplan er i hovedsak videreført i årsbudsjettet for 2018.

Ved behandling av styresak 36/2017 om økonomisk langtidsplan understreket styret i sitt vedtak at styringsmålet for 2018 er betinget av reelt uendret finansieringsregime fra 2017 til 2018.

I etterkant av dette er det kjent at det er endringer innenfor ISF-systemet (somatikk) som gir negative effekter for Oslo universitetssykehus HF i 2018. Nytt system for finansiering av poliklinisk laboratorievirksomhet ser i tillegg ut til å medføre store reduksjoner i den aktivitetsbaserte finansieringen av laboratorievirksomheten i Oslo universitetssykehus HF. Innenfor laboratorieområdet er det i budsjettet lagt til grunn at bortfall av aktivitetsbaserte inntekter vil bli kompensert fra økt basisramme tildelt Helse Sør-Øst RHF.

På andre områder øker kostnadene i noe større grad enn lagt til grunn ved behandling av økonomisk langtidsplan. Dette gjelder blant annet etablering av nytt utdanningsløp for leger i spesialisering, hvor nye utdanningsløp skal implementeres fra 2019. Det er også områder hvor det er behov for økt kapasitet og økte vaktordninger for å sikre forsvarlige helsetjenester og unngå avvik av arbeidsmiljømessig karakter (for eksempel innenfor Barne- og ungdomsklinikken).

Vurderingen av utfordringsbildet under behandlingen av Økonomisk langtidsplan 2018-2021 tilsa et krav til effektivisering av drift fra 2017 til 2018 med om lag 3 prosent. Med de nye driftsforutsetningene for budsjett 2018 er det i foreliggende forslag til budsjett et anslått krav til resultatforbedring som er noe høyere, på om lag 3,5 prosent. Klinikkene har drøftet tiltak som imøtekommer en betydelig del av dette kravet til resultatforbedring, men ikke alt. Det vil dermed være nødvendig med ytterligere tiltak for å oppnå et resultat i henhold til budsjett for 2018. Kravet til klinikkene innebærer at de i tillegg til å levere høyere aktivitet med eksisterende bemanning også må finne områder innenfor virksomheten der bemanning reduseres. Det forventes av støtteklinikken at de bidrar til effektiv drift ved å fjerne/ redusere flaskehalser for å øke muligheten for gjennomføring av rasjonell drift i de kliniske klinikkene.

4.5.Årsverksbudsjett

For å forbedre og effektivisere driften i 2018 er et av hovedvirkemidlene å øke aktiviteten som forutsatt i budsjettet med uendret eller noe redusert bemanningen. For å kunne prioritere opp vekst i bemanning innenfor prioriterte områder er det nødvendig med reduksjon på andre områder.

Klinikkenes samlede bemanningsbudsjetter viser at antall budsjetterte årsverk er om lag på samme nivå i 2018 som faktisk 2017. For årsverk med intern finansiering er det budsjettert med en reduksjon på om lag 60 (0,4 prosent). Antall budsjetterte årsverk med intern finansiering inkluderer effekt av tiltak med 120 årsverk og helårseffekt av beslutninger fra 2017. Dette gjelder blant annet innenfor Klinikk psykisk helse og avhengighet (Front-team og medikamentfri behandling), patologi og ambulansetjenesten. Det er også lagt inn økt ramme for oppbemanning i 2018 innenfor enkelte områder som for eksempel radiologi, bakvaksordning innenfor Barne- og ungdomsklinikken og noen justeringer som følge av innføringen av nye utdanningsløp for LIS-leger mv.

4.6. Investeringsbudsjett

I 2018 planlegges det med oppstart konseptfase for Aker/Gaustad, nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet er i forprosjekt, og det forventes midler til gjennomføring av forprosjekt for ny regional sikkerhetsavdeling. Regjeringen har foreslått endringer i statsbudsjettet som gjør at det kan bygges protonsenters sammen med nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet.

Styret vedtok i økonomisk langtidsplan 2018-2021 et investeringsbudsjett på 1 644 millioner kroner for 2018. Budsjettet inneholdt plan for omfattende utskifting av medisinsk-teknisk utstyr og en plan for utbedring av bygningsmassen. I økonomisk langtidsplan ble det budsjettert med 188 millioner kroner til nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet og 121 millioner kroner til ny regional sikkerhetsavdeling. I forslag til statsbudsjett bevilges det 90 millioner kroner til nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet.

Det foreslås et samlet investeringsbudsjett på 1 221 millioner kroner for Oslo universitetssykehus HF for 2018. Som nevnt ovenfor er det i statsbudsjett for 2018 foreslått det 90 millioner kroner til nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet, men dette er foreløpig ikke innarbeidet i foretakets investeringsbudsjett for 2018 da det ikke er avklart om dette skal bokføres i foretakets regnskap eller hos Helse Sør-Øst RHF. Det foreslås 420 millioner kroner for lukking av tilsynsavvik og 66 millioner kroner i omstillingsinvesteringer. Til såkalte ordinære investeringer foreslås det om lag 720 millioner kroner. For å finansiere investeringsbudsjettet legges det opp til at om lag 80 prosent av anskaffelsene av medisinskteknisk utstyr finansieres med nye finansielle leieavtaler. Investeringer finansiert av tidligere års budsjetter vil delvis bokføres i 2018.

Vedlagte tabell 3 viser hvordan investeringsmidlene foreslås fordelt på utstyrskategori. Det er vedlagt områdeplaner for medisinskteknisk utstyr, bygg, IKT og annet som redegjør for de planlagte investeringene for 2018.

4.7. Finansiering av investeringsaktiviteten i 2018

Oslo universitetssykehus HF har fire hovedkilder til investeringer for budsjett 2018:

- Årlig fast likviditetstildeling fra Helse Sør-Øst RHF
- Overskudd fra driftsbudsjettet
- Lån fra Helse og omsorgsdepartementet
- Finansiell leie

Alle finansieringskilder med beløp er også vist i tabell 3.

En stor del av finansieringen av investeringsbudsjettet for 2018 er avhengig av resultatoppgjøret i 2017 og 2018. Investeringsbudsjettet forutsettes finansiert med 178 millioner kroner av budsjetterte positivt driftsresultat for 2018. Dette er innenfor det budsjetterte resultatmålet for 2018. Det budsjetterte resultatmålet på 175 millioner kroner, er tatt ned med 88 millioner kroner som er effekt av nedskrivning/meravskrivning på Radiumhospitalet knyttet til nytt klinikkbygg. Dette forholdet har ingen likviditetseffekt. Resultatmålet for 2018, før effekt av

nedskrivning/meravskrivning er dermed 263 millioner kroner. Planlagt bruk av et positivt resultat til investeringsformål i 2018 må ses i forhold til dette.

Helse Sør-Øst RHF har bekreftet at Oslo universitetssykehus HF kan benytte driftsresultat for 2018 til å finansiere investeringer i 2018.

4.8. Fullmakter

Utover fullmakt til å gjennomføre drift og investeringer foreslås det følgende eksplisitte fullmakter til administrerende direktør:

Fullmakt til å ta opp lån fra Helse Sør-Øst RHF

Oslo universitetssykehus HF må ta opp lån i Helse Sør-Øst RHF for å finansiere lukking av tilsynsavvik (Fase 2).

Fullmakt til å anskaffe medisinskteknisk utstyr

Budsjettet for planlagte investeringer til medisinskteknisk utstyr inneholder fire anskaffelser som hver, inkludert kostnader til ombygginger, har en anskaffelseskostnad over 20 millioner kroner. Alle enkeltinvesteringer i utstyr over 20 millioner kroner skal godkjennes av Helse Sør-Øst RHF.

De fire enhetene det bes om fullmakt til å anskaffe er følgende:

- En strålemaskin (Linac) ved Radiumhospitalet med en estimert anskaffelseskostnad på 30 millioner kroner og 16 millioner kroner til ombygging. Dette er et ledd i en langsiktig utskiftningsplan for å erstatte de eldste Linacene. På grunn av behovet for å drive effektivt er det viktig å anskaffe Linacene i såkalte trillingkonsept, det betyr at tre og tre maskiner bør være av samme modell. Denne Linacen er del tre av et trillingkonsept i strålebunker 8, 9 og 10 på Radiumhospitalet.
- En MR ved Radiumhospitalet med en estimert anskaffelseskostnad på 16 millioner og 15 millioner kroner til ombygging. Dette er utskifting av en MR som er utdatert. Investeringen vil medføre at Oslo universitetssykehus HF kan fortsette å tilby medisinsk faglig forsvarlig kvalitet på undersøkelsene, noe økt kapasitet som gjør det mulig å dekke opp for den forventede økte etterspørselen i forbindelse med overføring av brystkreft og prostatakreft til Radiumhospitalet, samt i forbindelse med endrede protokoller for brachyterapien, og til slutt sikre en mer robust driftssituasjon. Det er planlagt at maskinen skal bli stående ved ferdigstillelse av nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet.
- En kirurgirobot på Aker med en estimert anskaffelseskostnad på 25 millioner kroner. Dette er en utskifting av en robot som har «end of service life» 1. januar 2018. For å kunne opprette dagens behandlingstilbud er det viktig at den nye roboten kommer på plass tidlig i 2018.
- Utstyr til sterilsentralen på Aker med en estimert anskaffelseskostnad på 13 millioner kroner til utstyr og 14 millioner kroner til ombygging. Investeringsbehovet er i hovedsak knyttet til autoklaver, vogner til autoklaver

og en vognvaskemaskin. Dette gjøres som et ledd i flyttingen av steriliseringsaktivitet fra Radiumhospitalet til Aker.

4.9. Risikovurdering av gjennomføring av budsjett 2018

Ledelsens gjennomgang per 2. tertial inneholdt en risikovurdering for sykehuset samlet. I rapporteringen til styret i september ble det blant annet skrevet at byggstandard og kapasitet/standard på medisinsk teknisk utstyr er en vedvarende utfordring i risikobildet både for pasienter og ansatte. Det samme gjelder sykehusinfeksjoner, resistente bakterier og derav økende isoleringsbehov for pasienter og smittereduserende tiltak for ansatte. De nevnte forholdene følges tett opp med flere større tiltak. Som det fremkommer i vedlegg 2 har alle klinikkene vurdert gjennomføringsrisiko og risiko for pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljø i egen klinikk.

På foretaksnivå er det som del av utarbeidelsen av budsjett 2018 vurdert om de områdene med størst risiko per 2. tertial blir påvirket av gjennomføringen av budsjett 2018 slik det nå foreligger. Det er også vurdert om det er nye risikofaktorer som er identifisert i arbeidet med budsjett 2018.

Nedenfor kommenteres de enkelte risikomomentene som vurderes å være mest relevante i forhold til budsjett 2018.

Økonomisk resultat (2018) og gjennomføring av planlagte investeringer

Det er betydelig økonomisk resultatrisiko knyttet til å gjennomføre 2018-budsjettet når krav til effektivisering med endrede inntektsforutsetninger er på om lag 3,5 prosent. Investeringsbudsjettet er basert på oppnådd driftsresultat både for 2017 og 2018. Det er derfor en risiko for at planlagte investeringer i 2018 ikke kan gjennomføres fullt ut i henhold til plan. For å redusere risikoen for negative økonomiske avvik i 2018 vil administrerende direktør ha tett oppfølging av alle klinikkene gjennom hele året, blant annet med månedlig gjennomgang av status i hver klinikk.

Ventelister, fristbrudd- og behandlingsskapasitet

Status for ventetider og gjennomføring av pasientbehandling innenfor tildelte frister er forbedret gjennom de siste årene og vurderes ved utgangen av 2017 å være på et akseptabelt nivå.

Klinikkene har planlagt for ytterligere økning i aktivitet som følge av befolkningens behov. For de somatiske klinikkene innebærer dette at det er planlagt med en vekst i aktivitet utført i sykehuset på om lag 2 prosent (målt i antall DRG-poeng). Det er en risiko for at radiologi kan bli en flaskehals, og det er derfor avsatt 10 millioner kroner til økt kapasitet innenfor dette området i 2018. Akuttklinikken skal planlegge for bedre utnyttelse av eksisterende operasjonsstuer for å legge til rette for en økning i antall operasjoner på om lag 2 prosent. Dette er om lag den samme økningen som har vært gjennom 2017.

Som en del av den løpende driftsgjennomføringen i helseforetaket vil det fortsatt være ukentlige gjennomganger av resultater innenfor tilgjengelighet, aktivitet og ressurser. Under rapportering av aktivitet vil det videreføres løpende rapportering for poliklinisk aktivitet, operasjoner og belegg på sengepostene.

Arbeidsbelastninger

Budsjettet stiller krav til mer effektiv drift. Økt aktivitet i 2018 må i hovedsak løses med et bemanningsnivå som er lik, eller lavere enn nivået fra 2017. Arbeidsbelastningen for den enkelte vil kunne øke dersom man ikke finner gode virkemidler for å bedre arbeidsflyten og samhandling med andre.

I Prosjekt forbedring av driften 2017-2018 er det etablert 3 HR-prosjekt som skal bidra til forbedring av blant annet bemanningsstyring. I tillegg vil det fortsatt være tett oppfølging med kurs i lov og avtaleverk og optimalisering i bruk av GAT som planleggings- og styringsverktøy.

Det vil fortsatt være tett oppfølgingen av brudd på arbeidstidsbestemmelsene, sykefravær og HMS-hendelser mv. Dialog med den enkelte klinikk om tiltak for å redusere arbeidstidsbrudd herunder faste tertialvise møter med alle avdelingsledere vedr status og videre tiltak.

Sykehusinfeksjoner – resistens

Ortopedisk klinikk har meldt om at antallet smittepasienter som krever skjerming og oppfølging øker. Tiltak for å forbygge smitte er viktig. På en av sengepostene på Ullevål er det laget rom med egne bad i 2017. Dette forventes å redusere smitte og behov for å stenge senger. Sykehuset vil vurdere mulighetene for tilsvarende tiltak flere steder. Som en del av pasientsikkerhetsarbeidet vurderes det innført smittevernvisitter. Klinikken vil bli utfordret på konkrete tiltak i de planlagte tertialvise gjennomgangene av virksomheten.

Forløpstider og pakkeforløp kreft

Sykehuset har redusert måloppnåelse (under 70 prosent) i 2. tertial frem til kirurgisk behandling for brystkreft, prostatakreft, lungekreft, tykk- og endetarmskreft og de tre gynekologiske pakkeforløpene. Det har ikke vært tilstrekkelig utrednings- og operasjonskapasitet for disse forløpene i 2. tertial 2017. Det pågår nå planlegging av kirurgisk kapasitet gjennom sommeren 2018. I tillegg er det etablert mer helhetlige styringsdata som kan brukes i løpende forbedringsarbeid.

Svartider patologi

Det er for lange svartider innenfor patologi. Avdeling for patologi har fått økt bemanning i 2017 og vil få helårseffekt av dette i 2018. I tillegg er det i 2017 godkjent noe oppgradering av utstyr. Avdelingen vil utover dette foreta en helhetlig gjennomgang av avdelingens drift med fokus på LEAN arbeide, gjennomgå prioriteringsrutiner med fokus på hele pasientforløpet og ikke kun pakkeforløpet, utarbeide plan for areal utvidelse/ombygging RH og etablere tettere samarbeid med kliniske miljøer og pakkeforløpsledere om svartider. Dette forventes å medføre reduserte svartider i 2018.

Bygg- og brannteknisk standard, inkluder vedlikeholdsetterslep

Stortinget har bevilget et flerårig lån for utbedring av tilsynsavvik. De mest kritiske avvikene innen brannteknisk standard blir håndtert innenfor dette. For 2018 er det budsjettet med bygginvesteringer på 420 millioner kroner innenfor dette området. I 2018 planlegges det med oppstart konseptfase for Aker/Gaustad,

nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet er i forprosjekt og det forventes midler til gjennomføring av forprosjekt for ny regional sikkerhetsavdeling. Det er likevel slik at Oslo universitetssykehus HF i mange år framover vil drifte sin virksomhet i meget gamle bygg som fremdeles fremstår som utdaterte og mer større risiko enn det ville vært i nye bygg.

Kapasitet og standard på medisinskteknisk utstyr

Oslo universitetssykehus HF har en stor utstyrsportefølje med høy gjennomsnittsalder. Det er budsjettert med over 350 millioner kroner til investeringer i medisinsk teknisk utstyr i 2018. Dette er ikke tilstrekkelig til å redusere vesentlig gjennomsnittsalderen for foretakets medisinsktekniske utstyr. Det forventes ingen vesentlig endring i risikobildet for medisinskteknisk utstyr som følge av ett års budsjett. I tillegg vil mye av det utstyret som er bestilt i 2017 bli levert og tatt i bruk i 2018, en del av dette er allerede i prøvedrift i klinikkene. Det har vært en omfattende prosess med innmelding av investeringsbehov fra klinikkene og påfølgende dialog og kvalitetssikring fra Oslo sykehusservice, for å sikre at de viktigste behovene blir finansiert først.

IKT

Innenfor IKT-området er det risiko knyttet til manglende leveranseevne hos tjenesteleverandør (Sykehuspartner), at infrastrukturmoderniseringsprogrammet er stilt i bero og at avhengigheter til løsning eller ressurser mellom prosjekter eller fagområder ikke løses. Videre er det manglende avklaringer av finansieringen av prosjekter som involverer regionale løsninger, manglende avklaringer av hvilke regionale løsninger som skal tas i bruk samt av konsekvenser ved å ta dem i bruk. Sykehuspartners evne til å tilpasse seg en tjenestebasert leveransemodell og manglende eller forsinkede leveranser innenfor de funksjonelle programmene er også en risikofaktor.

Spesialistutdanning leger

Nye krav til spesialistutdanning av leger innebærer betydelig planlegging i 2018 og fremover. Innføringen vil kreve ressurser fra alle klinikkene. Implementering av ny spesialistutdanning skal skje samtidig som aktiviteten økes. Oslo universitetssykehus HF er tildelt rollen som kompetansesenter i regionen. Det er satt av midler til å styrke utdanningsstaben for å kunne følge opp dette og midler til Dossier. Det er også satt av midler til senere fordeling til klinikkene for å sikre ressurser til planlegging av nye kompetansekrav og nødvendig tilrettelegging i driften.

Pasientbehandling(kvalitet og pasientsikkerhet), fagutvikling og forskning

Økt pasientrettet aktivitet med lik eller lavere bemanning kan påvirke hvordan pasientbehandlingen gjennomføres. Deler av det tilbud pasienten tilbys vil kunne svekkes med en økende arbeidsbelastning for de ansatte. Økt belastning vil kunne gå ut over muligheten til å gjennomføre fagutvikling og prioritere arbeidstid til forskning.

Økonomisk bærekraft

Den langsiktige økonomiske bærekraft for Oslo universitetssykehus HF vurderes å være noe svekket som følge av at budsjettforutsetningene for 2018 er mer krevende enn forutsatt i økonomisk langtidsplan og må forutsettes å bli det i årene

framover med den kunnskapen vi nå har. Dette medfører et større krav til effektivisering både for 2018 og for årene framover enn forutsatt i økonomisk langtidsplan dersom målene om positive økonomisk resultater skal nås. Konseptfaser og forprosjekter for nye bygg skal inneholde tydelige krav til resultatforbedring i driften når nye bygg tas i bruk.

4.10. Oslo universitetssykehus HF's arbeidsmiljøutvalg (AMU)

Forslag til innhold i budsjett 2018 ble lagt frem for arbeidsmiljøutvalget i møte 5. desember. Arbeidsmiljøutvalgets vedtak i saken fremkommer i teksten under.

Forslag til innhold i budsjett 2018 er lagt frem for arbeidsmiljøutvalget som har følgende vurdering av hvordan budsjett 2018 vil påvirke arbeidsmiljøet:

AMU er bekymret for at gjennomføringen av driftsbudsjettet 2018 vil påvirke arbeidsbelastningen og arbeidsmiljøet for de ansatte i OUS i negativ retning. Årsaken til dette er et betydelig og gjentakende krav til effektivisering over flere år.

Sykehuset har et betydelig etterslep på vedlikehold av bygningsmasse, elektro og MTU. På tross av store investeringer de siste årene, så samsvarer ikke sykehusets bygningsmasse og infrastruktur til kravet om en moderne og effektiv sykehusdrift. Det er derfor svært viktig at gjennomføringsevnen for lukking av avvik og pålegg fra tilsynsmyndighetene opprettholdes.

AMU vil i 2018 sette fokus på de arbeidsmiljømessige konsekvensene av budsjettet. Erfaringsmessig er det ofte de siste gjenstående tiltaksutfordringer i klinikkene som kan bli de mest merkbare på arbeidsmiljøet. AMU ønsker gjennom året 2018 å drøfte sentrale tiltak som kan avhjelpe de avdelinger som utsettes for et betydelig og risikopreget arbeidspress og/eller andre negative konsekvenser av den økonomiske situasjonen.

AMU ber om at det arbeides videre med å utvikle metode for å monitorere og vurdere de arbeidsmiljømessige konsekvenser av budsjettet (iht vedtak AMU 30.11.17 i sak 43/2017).

4.11. Ansatte - involvering og medvirkning

Krav til involvering og medvirkning ble omtalt i budsjettskriv 1 i juli 2017. Det ble her presisert at det forventes at budsjettansvarlige på laveste ledernivå gjennomfører møter med ansatte i egen avdeling som en del av behandling av budsjett 2018. Tillitsvalgte og verneombud skal involveres i vurderingen av de endringer som må gjennomføres på rett organisasjonsnivå og i gjennomføringen av risiko- og konsekvensvurderingene (pasientbehandling, ansatte, forskning, arbeidsmiljø m.v.). Som en del av budsjettleveransene til økonomistaben har klinikkene beskrevet hvordan dette er ivaretatt i egen klinikk.

Økonomistaben har vurdert hvordan klinikkene har arbeidet med involvering og medvirkning. I mange av klinikkene beskrives at det har vært arbeidet med budsjett og involvering på laveste nivå, og at det har vært løpende dialog med

tillitsvalgte og vernetjeneste i avdelingene. I en av klinikkene hvor det er gjennomført budsjettseminar for ledere, tillitsvalgte og verneombud ble det i etterkant av budsjettseminaret i klinikken sendt ut et eget skjema der både leder, ansatte og tillitsvalgte blir oppfordret til å komme med innspill og tiltak til budsjettprosessen i klinikken. I andre klinikker gis det tilbakemelding om at involvering på blant annet seksjonsnivå har vært noe mer variabel. Dette fremkommer også av de klinikkvise drøftingsprotokollene. Tillitsvalgte har i foretakets drøftingsmøte av budsjett 2018 påpekt at involvering og medvirkning ikke har fungert som forutsatt. Tiltak for å forbedre involvering og medvirkning vil bli vurdert i evaluering av budsjettprosessen for å sikre bedre og mer enhetlig involvering og medvirkning inn mot budsjettprosessen for 2019, men også i gjennomføringen av budsjettet for 2018. Dette vil bli gjort i samarbeid med tillitsvalgte på foretaksnivå.

4.12. Drøfting

Det er gjennomført drøfting av budsjett med sentrale tillitsvalgte den 6. desember.

Protokoll fra drøfting følger som vedlegg 7.

Tabell 1 – Aktivitetsmål

Pasientbehandling	Budsjett 2018
Antall utskrevne pasienter - døgnbehandling	109 591
Antall dagbehandlinger	84 087
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	846 597

DRG-poeng	Budsjett 2018
DRG-poeng for pasienter fra Helse Sør-Øst 2)	225 688
DRG-poeng for pasienter fra andre regioner mv	16 368
DRG-poeng totalt 2)	242 056

Psykisk helsevern for voksne	Budsjett 2018
Antall liggedøgn døgnbehandling	70 610
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling	2 233
Antall polikliniske konsultasjoner	93 512

Barne - og ungdomspsykiatri	Budsjett 2018
Antall liggedøgn døgnbehandling	7 800
Antall utskrevne pasienter - døgnbehandling	171
Antall oppholdsdager dagbehandling	4 188
Antall polikliniske konsultasjoner	47 769

Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbrukere	Budsjett 2018
Antall liggedøgn døgnbehandling	24 824
Antall utskrevne pasienter - døgnbehandling	2 330
Antall polikliniske konsultasjoner	22 962

DRG-poeng (PHV og TSB)	Budsjett 2018
DRG-poeng for pasienter fra Helse Sør-Øst	27 848
DRG-poeng for pasienter fra andre regioner mv	423
DRG-poeng totalt	28 271

Tabell 2 – Resultatmål

Beløp i tusen kroner

Resultatbudsjett	Budsjett 2018
Basisramme	11 806 948
Kvalitetsbasert finansiering	83 699
ISF-refusjon dag- og døgnbehandling	3 974 313
ISF-refusjon somatisk poliklinisk aktivitet	864 391
ISF-refusjon poliklinisk PVH/TSB	65 593
ISF-refusjon pasientadm kreftlegemidler (H-resept)	61 885
Utskrivningsklare pasienter	3 369
Gjestepasienter	656 515
Salg av konserninterne helsetjenester (gjestepasienter)	2 131 257
Polikliniske inntekter	689 936
Øremerket tilskudd "Raskere tilbake"	0
Andre øremerkede tilskudd	1 496 446
Andre driftsinntekter	1 214 128
Sum driftsinntekter	23 048 480
Kjøp av offentlige helsetjenester	69 339
Kjøp av private helsetjenester	348 892
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	2 622 528
Innleid arbeidskraft	163 703
Kjøp av konserninterne helsetjenester (gjestepasienter)	74 082
Lønn til fast ansatte	11 165 282
Overtid og ekstrahjelp	1 164 984
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	2 131 949
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-711 920
Annen lønn	1 911 776
Avskrivninger	901 800
Nedskrivninger	26 500
Andre driftskostnader	3 037 483
Sum driftskostnader	22 906 398
Driftsresultat	142 082
Finansinntekter	84 309
Finanskostnader	51 391
Finansresultat	32 918
Ordinært resultat	175 000

Merknad: Det kan bli endringer mellom ØBAK-linjene som følge av tekniske forhold knyttet til konsernjustering- og kvalitetssikring.

Tabell 3 – Investeringsbudsjett

Investeringer (ekskl. byggelånsrenter)		Budsjett 2018
(Beløp i millioner kroner)		
Ordinære investeringer	MTU	378
	Bygg	193
	Annet	58
	Egenkapital pensjon	55
	IKT ¹⁾	36
	Ufordelt	
	SUM	720
Øremerkede investeringer	MTU	10
	Bygg	5
	Annet	
	IKT ¹⁾	
	SUM	15
Fase 1 Omstilling	MTU	
	Bygg	66
	Annet	
	SUM	66
Fase 2 Tilsynsavvik og oppgraderinger	MTU	
	Bygg	420
	Annet	
	SUM	420
TOTALT	MTU	388
	Bygg	684
	Annet	58
	Egenkapital pensjon	55
	IKT ¹⁾	36
	Ufordelt	
	SUM	1 221
Finansiert med	Ordinær likviditet	326
	Driftsresultat	178
	Fordring på HSØ RHF	7
	Lån	346
	Øremerkede tilskudd	15
	Finansiell leie	313
	Annen finansiering	36
	SUM	1 221

1) Investeringer i IKT regnskapsføres i Sykehuspartners regnskap.

Styresak 73/2017 Vedlegg 1 Budsjettdokument

Budsjettdokument:

Resultatbudsjett 2018 for Oslo universitetssykehus HF – forutsetninger og detaljer

Innholdsfortegnelse

1	Hovedprioriteringer fra økonomisk langtidsplan	3
2	Rammeforutsetninger for budsjett 2018 for Oslo Universitetssykehus HF	3
2.1	Totalt driftsinntekter	3
2.1.1	Rammetildeling fra Helse Sør-Øst RHF	3
2.1.1	Nasjonale kompetansetjenester	8
2.1.2	Øremerkede inntekter / tilskudd.....	9
2.1.3	Raskere tilbake – omlegging av ordningen.....	12
2.1.4	Innsatsstyrt finansiering i somatikken (ISF).....	13
2.1.5	Innsatsstyrt finansiering psykisk helse/TSB (ISF).....	14
2.1.6	Gjestepasientoppgjør innenfor regionen	14
2.1.7	Gjestepasientoppgjør andre regioner	14
2.2	Lønnskostnader og pensjon	15
2.3	Varekostnader og andre driftskostnader	15
2.4	Utvikling i kostnader til leie av bygg.....	17
2.5	Avskrivninger	18
2.6	Salg og behov for nedskrivninger av eiendom	19
2.7	Finansinntekter og –kostnader.....	19
2.8	Datterselskaper og majoritetsandeler	20
2.9	IKT- kostnader	20
3	Intern rammefordelingsmodell	21
4	Produktivitetskrav i budsjettet.....	22
5	Interne faglige prioriteringer.....	23
5.1	Somatikk	23

5.2 Laboratoriefag	24
5.3 Radiologi og nukleærmedisin	25
5.4 Kirurgisk støttevirksomhet: Anestesi, operasjon og PO/Intensiv i Akuttklinikken.....	25
5.5 Prehospitalt område.....	26
5.6 Aktivitet psykisk helsevern	26
5.7 Aktivitet tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	27
5.8 Forskning og utvikling.....	27
5.9 Utdanning.....	29
5.10 Nasjonale behandlingstjenester.....	29
6 Bemanningsbudsjett.....	29
7 Omstilling budsjett 2018	31
8 Tabellvedlegg.....	33

I mange av tabellene sammenlignes budsjett-tall for 2018 med tall for budsjett 2017, estimat 2017 og tall for 2018 fra Økonomisk langtidsplan 2018-2021. Det gjøres oppmerksom på at alle økonomi-tallene fra Økonomisk langtidsplan 2018-2021 var i 2017- priser.

1 Hovedprioriteringer fra økonomisk langtidsplan

Hovedstrategien i økonomisk langtidsplan 2018-2021 var rettet inn mot å sette helseforetaket i stand til å kunne finansiere de investeringene i MTU, bygg mv det er behov for både på kort og lang sikt.

For å realisere økte investeringer var det i Økonomisk langtidsplan 2018-2021 (ØLP) lagt til grunn et positivt resultatkrav i 2018 med 300 millioner kroner. Det var videre lagt til grunn en økning i resultatkrav på 50 millioner kroner hvert av de neste årene slik at positivt resultatkrav i 2021 er 400 millioner kroner. Virksomheten må samtidig håndtere økte kostnader spesielt innenfor IKT og medikamenter.

Den samlede vurdering av kravet til resultatforbedring/effektivisering ble anslått til 2-3 prosent per år. Vekst i aktivitet uten tilsvarende vekst i bemanning er Oslo universitetssykehus HF viktigste virkemiddel for å oppnå effektivisering. Dette krever en systematisk tilnærming til resultatforbedring i Oslo universitetssykehus HF. På sykehusnivå er dette arbeidet organisert under programmet for «forbedring av drift».

2 Rammeforutsetninger for budsjett 2018 for Oslo Universitetssykehus HF

2.1 Totale driftsinntekter

2.1.1 Rammetildeling fra Helse Sør-Øst RHF

Styret i Helse Sør-Øst RHF behandlet i sak nr 105-2017 - Budsjett 2018, fordeling av midler til drift og investering. Styret sluttet seg til premisser, mål og prioriteringer for budsjett 2018 slik det var lagt frem i administrerende direktørs saksfremstilling. Helseforetakenes og sykehusenes endelige inntektsrammer for 2018, herunder forskningsmidler, vilkår for bevilgningen, øvrige styringskrav og rammebetingelser vil bli fastsatt i Oppdrag og bestilling 2018 (forventes vedtatt på foretaksmøte i januar/februar 2018).

Inntektssiden i budsjett 2018 for Oslo universitetssykehus HF er basert på inntektsramme mottatt fra Helse Sør-Øst RHF (siste versjon mottatt 4.12.2017). Eventuelle endringer i foretakets inntekter som kommer i forbindelse med beslutning av Oppdrag og bestilling 2018 i foretaksmøtet vil måtte innarbeides når dette blir kjent.

Alle elementer i basisrammetildelingen fra Helse Sør-Øst RHF fremkommer i tabellvedlegget. Basisrammen øker med 290 millioner kroner, tilsvarende 2,5 prosent, fra 2017 til 2018. Dette tilsvarer i stor grad forventet lønns- og prisvekst i perioden.

OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF	2018
Basisramme 2017	11 446
Basisramme 2018	11 735

I tabellen nedenfor gis en oversikt over de viktigste reelle endringene fra opprinnelig budsjett 2017 til 2018:

Nr	Endringer / nye forhold inn mot 2018	Beløp i mnok
1	Pris- og lønnsvekst	248,0
2	Inntektsmodell 2018, fra ØLP 2018-2021	-48,4
3	Kvalitetsbasert finansiering (netto endring)	5,0
4	RNB 2017 - pensjon, som i ØLP 2018-21	24,5
5	Pensjon, fra Prop 1S	-53,3
6	Avbyråkratiseringsreformen, uttrekk basisramme	-65,4
7	Avbyråkratiseringsreformen, lagt tilbake	101,5
8	Økt aktivitet, alle tjenesteområder	64,3
9	Økt aktivitet PHV	8,1
10	Midler fra Raskere tilbake	24,8
11	Arbeidsmedisinske avdelinger	5,5
12	Kreftlegemidler - helårseffekt 2017	10,5
13	Legemidler i basis 2017, overført ISF	-22,8
14	Overføring fra basis til ISF- psyk	-13,8
15	Overføring fra basis til ISF- TSB	-3,5
16	Hjertestarterregister/ NAKOS	1,4
17	Nasjonalt medisinsk utrykningsteam	1,8
18	Bakvakt luftambulansen	3,4
19	RASP- økt kapasitet	4,0
20	Vestby kommune, overføring av spesialisthelsetilbud fra 2.5.2018	-7,8

Lønns- og prisvekst:

Basisrammen fra Helse Sør-Øst RHF er justert ut fra forutsetningene i statsbudsjettet. Lønn er forventet å øke med 3,0 prosent, mens prisveksten for øvrig er anslått til 2,0 prosent.

Pensjonsgrunnlaget i basisrammen er holdt utenfor beregningen av kompensasjon for pris- og lønnsvekst da dette håndteres særskilt. Basisrammen er derfor pris- og lønnsregulert kun med om lag 2,2 prosent.

Enhetsprisen per DRG-poeng for somatiske fagområder er først prisregulert med 2,7 prosent og deretter underregulert med 0,4 prosent knyttet til forventet endret registreringspraksis og ytterligere reduksjon med 0,7 prosent som følge av avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen. Dette gjør at enhetsprisen reelt kun er økt med 1,58 prosent fra 2017 til 2018. Dersom omfanget av endret registreringspraksis i ettertid avviker fra det som er lagt til grunn i enhets-prisen, vil dette på vanlig måte bli håndtert i forbindelse med den endelige avregningen for 2018.

Refusjonstakstene for radiologi justeres i gjennomsnitt med 1,3 prosent og laboratorieområdet med 0,5 prosent. Øvrige inntekter er i hovedsak prisjustert med 2,7 prosent.

Egenandelene for lege- og psykologtjenester, poliklinisk helsehjelp, lab/røntgen, pasientreiser, opphold ved opptreningsinstitusjoner og behandlingsreiser til utlandet foreslås økt med 1,8 pst. i gjennomsnitt. Øvrige egenandeler under takordningene økes fra 1. juli 2018, som svarer til en økning på 0,9 pst. for året under ett.

Korrigeringer av basisramme fra ØLP:

Det er i forbindelse med oppdatering av inntektsmodellen for 2018 endret avregningsmetodikk for avregning av kjøp fra private avtalepartnere og private ideelle sykehus uten opptaksområde, og innarbeidet opprettinger av tidligere feil som gir økonomiske omfordelinger:

- Endret metode (oppretting av tidligere feil) for avregning av gjestepasientinntekter for regionale avdelinger innen psykisk helsevern (reduisert inntekt om lag 20 millioner kroner)
- Alle nasjonale behandlingstjenester kompensert i ramme (økt inntekt 29 millioner kroner)
- Feilretting datagrunnlag vedr. lab. (reduisert inntekt om lag 30 millioner kroner)
- Endring i avregning private avtalepartnere (reduisert inntekt om lag 20 millioner kroner)
- Øvrige effekter oppdaterte kriterieverdier mv (Redusert inntekt 7 millioner kroner)

Kvalitetsbasert finansiering (KBF):

Ordningen med kvalitetsbasert finansiering videreføres på nasjonalt nivå med om lag samme beløp som i 2017. Ordningen innebærer at en del av inntektene gjøres avhengig av tidligere måloppnåelse på kvalitetsindikatorer som beregnes av Helsedirektoratet. For 2017 er Helse Sør-Øst RHF trukket 291 millioner kroner i basisbevilgningen, men får tilbakeført 315 millioner kroner i henhold til resultatoppnåelse på de ulike indikatorene i KBF-ordningen slik at regionen samlet får en netto inntekt som følge av kvalitetsbasert finansiering på 24 millioner kroner.

Sammenlignet med budsjett 2017 får Oslo universitetssykehus HF en inntektsøkning på vel 5 millioner kroner som følge av bedre resultater for kvalitetsbasert finansiering. Dette er resultatet av foretakenes relative kvalitetspoengscore.

Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen:

Som en del av regjeringens avbyråkratiserings- og effektiviseringsreform (innført i 2015) er de regionale helseforetakene trukket med 0,7 prosent av faste og variable inntekter. For Oslo universitetssykehus HF utgjør dette et trekk i basisrammen på 65,4 millioner kroner. For å gi rom til blant annet investeringer og anskaffelser er det lagt tilbake 101,5 millioner kroner i basisrammen til helseforetaket. Midlene er lagt tilbake ut fra foretakets andel av sum driftsinntekter. Reformen innebærer også at andre poster på statsbudsjettet får en reduksjon (underregulering) på 0,7 prosent, jfr omtale ovenfor, herunder ISF, poliklinikk og de ulike tilskuddspostene. Denne underreguleringen gir et bortfall av aktivitetsbaserte inntekter på om lag 50 millioner kroner for 2017. Dette er i stor grad kompensert gjennom at midlene som blir trukket fra helseforetakene legges tilbake ut fra andel driftsinntekter og ikke bare ut fra andel basisramme. For Oslo universitetssykehus HF som har stor andel gjestepasientinntekter mv har denne måten å gjennomføre dette på stor betydning.

Reduserte pensjonskostnader:

Pensjonskostnadene ble redusert i 2017 og forventes ytterligere redusert i 2018. I forslag til statsbudsjett for 2018 er det nasjonalt anslått et nivå for helseforetakenes samlede pensjonskostnader på 12 900 millioner kroner. Dette er 800 millioner kroner lavere enn bevilgningsnivået for 2017. Reduksjonen fordeles mellom regionene i tråd med Magnussenfordelingen. Av den reduserte bevilgningen på 800 millioner kroner er Helse Sør-Øst sin

andel 431 millioner kroner, jfr. Magnussen-andelen. Det er videre i statsbudsjettet forventet en ytterligere reduksjon i pensjonskostnaden som gir en basisrammereduksjon til Helse Sør-Øst RHF på 161 millioner kroner. Denne reduksjonen er fordelt mellom helseforetakene etter andel kostnadsreduksjon mellom aktuarberegning for budsjett 2018 (fra juni 2017) og faktiske pensjonskostnader for 2017. For Oslo universitetssykehus HF er basisrammen for 2018 redusert med 53,3 millioner kroner som følge av dette. De faktiske pensjonskostnadene er imidlertid beregnet å reduseres med om lag 100 millioner kroner, slik at endrede pensjonskostnader og den måten dette blir håndtert i den regionale inntektsfordelingen isolert sett vil bidra positivt i budsjett 2018.

Midler til økt aktivitet:

På regionalt nivå skal det også i 2018 være større vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) enn for somatikk.

Statsbudsjettet for 2018 legger til rette for en generell aktivitetsvekst på 2 prosent fra anslått aktivitetsnivå 2017 til 2018 for alle tjenesteområder. Dette omfatter aktivitet i de offentlige sykehusene og kjøp fra private aktører. Det er videre lagt til grunn en vekst på 6,8 prosent innenfor offentlige laboratorie- og radiologiske undersøkelser.

Det er i statsbudsjettet foreslått å tildele Helse Sør-Øst RHF 604,9 millioner kroner til å finansiere økt aktivitet. Helse Sør-Øst foreslår å tildele Oslo universitetssykehus HF 64,3 millioner kroner til vekst innenfor alle områder og ytterligere 8,1 millioner kroner til psykisk helsevern.

Pasientadministrerte legemidler:

Helseforetakene ble i 2017 tillagt finansieringsansvaret for flere kreftlegemidler og legemidler mot pulmonal arteriell hypertensjon (PAH-legemidler). PAH er en alvorlig hjerte- og lungesykdom. Oslo universitetssykehus HF ble i 2017 tildelt i alt 31,8 millioner kroner i økt basisramme for dette. Kreftlegemidlene ble overført med virkningsdato fra 1. mai 2017, og det er lagt inn ytterligere 10,5 millioner kroner i helårseffekt av denne endringen. Det er etablert en nasjonal praksis knyttet til finansiering av pasientadministrative legemidler som innebærer at kostnadene første året i sin helhet finansieres av helseforetakenes basisrammer, mens de året etter blir inkludert i ISF-ordningen. Som følge av dette er basisrammen til Oslo universitetssykehus HF redusert med 22,8 millioner kroner. Det er samtidig lagt inn inntekter for et økt antall DRG-poeng med 400.

For 2018 er det foreslått overført finansieringsansvar for ytterligere legemidler til de regionale helseforetakene. Dette gjelder følgende sykdomsgrupper: Hepatitt B, HIV, alvorlig astma, mastocytose (sjelden blodsykdom) og gjenværende legemidler til behandling av hepatitt C. Helse Sør-Øst er tildelt 327,6 millioner kroner. Dette er betydelig lavere enn regionens andel av kostnader forventes å bli. Tilsvarende er også bruk av legemidlene internt i regionen skjevfordelt mellom sykehusområdene. I budsjett 2018 har Helse Sør-Øst RHF på bakgrunn av dette besluttet at tildelte midler til Helse Sør-Øst RHF foreløpig ikke fordeles til helseforetakene, men beholdes i Helse Sør-Øst RHF. I 2018 vil de løpende kostnadene henføres til de aktuelle helseforetak/sykehus gjennom månedlig fakturering fra HELFO, og tildelte midler til regionen vil fordeles til foretakene/sykehusene ut fra faktisk

kostnadsutvikling. Regionen har estimert at inntekten forventes å dekke 75-80 prosent av budsjetterte kostnader for 2018. Det presiseres at denne fordeling kun er til budsjettformål, og at tildelingen i 2018 vil baseres på den løpende kostnadsutviklingen. Oslo universitetssykehus HF er bedt om å budsjettere en inntekt på 10,4 millioner kroner. Basert på forutsetningen om at inntektene dekker 75-80 prosent av kostnadene er det budsjettert med en tilhørende legemiddelkostnad på 13,8 millioner kroner.

Det er ingen endringer når det gjelder prinsippene for finansiering av pasientadministrert legemiddelbehandling (H-resepter). Det vil si at opptaksområdeforetaket skal dekke disse kostnadene i 2018 som for tidligere år.

Overføring fra basis til ISF- psyk /TSB:

Poliklinisk aktivitet innen PHV og TSB ble inkludert i ISF i 2017. Andelen ISF i forhold til basisramme er lavere innenfor disse gruppene enn innenfor somatikken, hvor andelen er om lag 50 prosent. Det tas sikte på å øke andelen ISF innen PHV/TSB, og det er overført midler fra helseforetakenes basisrammer til ISF. For Helse Sør-Øst RHF er det trukket 108 millioner kroner i basisramme. Trekket er fordelt på helseforetak og sykehus i henhold til behovsandel innen psykisk helsevern og TSB. Innenfor Oslo sykehusområde er imidlertid uttrekket fordelt etter kostnadsandeler mellom sykehusene.

Hjertestartregister/NAKOS:

Hjertestarterregisteret er et nasjonalt register over alle hjertestartere. Informasjonen i Hjertestartregisteret benyttes av Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) for å se hvor nærmeste hjertestarter befinner i nærheten av en hjertestans (113.no). Dette er aktuell informasjon i tilfeller hvor en det er mer enn 2 førstehjelpere ved en pasient, hvor en kan hente nærmeste hjertestarter og få i gang første defibrillering før en eventuell ambulanse kommer.

Nasjonalt medisinsk utrykningsteam:

Helse Sør-Øst RHF har bevilget 1,8 millioner kroner til etablering av Nasjonalt medisinsk utrykningsteam for høyrisikosmitte. Dette skal ivaretas av Nasjonal behandlingstjeneste for CBRNE-medisin vedd Oslo universitetssykehus HF.

Bakvaktordning for luftambulanshelikoptere:

Som følge av stor oppdragsmengde for ambulanshelikopterne stasjonert på Lørenskog settes det opp dobbel bemanning fra 1. juni 2018. Luftambulansetjenesten HF får økte kostnader for piloter og redningsmenn. Medisinsk personell knyttet til basen er ansatt ved Oslo universitetssykehus HF og omfattes av de samme bestemmelsene. Som følge av dette økes basisrammen til Oslo universitetssykehus HF med 3,4 millioner kroner for 2018.

Dyre legemidler finansiert via basisramme:

Finansieringsansvaret for legemidler gitt på sykehus ble endret fra 2017 slik at det nå som hovedregel er behandlende sykehus som dekker kostnadene. Dette skal sikre at inntekter og tilhørende kostnader vedrørende sykehusadministrerte legemidler skal tilfalle samme helseforetak/sykehus. Legemidler som ikke omfattes av ISF-ordningen, men som er godkjent i Beslutningsforum, og tatt i bruk på godkjent indikasjon skal imidlertid dekkes av pasientens opptaksområdesykehus. Legemiddelkostnaden for dette skal derfor faktureres særskilt til pasientens opptaksområdesykehus.

De samme retningslinjene gjelder også internt i Oslo sykehusområde. Fra 2017 har imidlertid Helse Sør-Øst RHF etablert et legemiddeloppgjør for H-koder og for nye kreftlegemidler som benyttes i poliklinisk behandling (som en overgangsordning fram til inntektsmodell i Oslo sykehusområde er implementert). Med nye kreftlegemidler, menes kreftlegemidler som er godkjent i beslutningsforum fra og med 2015, samt de kreftlegemidler som godkjennes mens overgangsordningen er i kraft. Ordningen innebærer at 50 prosent av legemiddelkostnadene for disse områdene blir viderefakturert fra behandlende sykehus til pasientens opptaksområdesykehus.

Regional seksjon for spiseforstyrrelser (RASP) ved Oslo universitetssykehus HF:

Som følge av behov for økt bemanningskapasitet for å kunne gi pasientene med alvorlige spiseforstyrrelser et godt døgntilbud, gis det en økning i basisrammen til Oslo universitetssykehus HF på 4,0 millioner kroner.

2.1.1 Nasjonale kompetansetjenester

Oslo universitetssykehus HF har ansvar for mange nasjonale kompetansetjenester. Av totalt 30 godkjente nasjonale kompetansetjenester, er 25 lokalisert ved Oslo universitetssykehus. For 2018 er det tildelt 81,4 millioner kroner til nasjonale kompetansetjenester for sjeldne diagnoser og 95 millioner kroner til øvrige nasjonale kompetansetjenester. For 2018 er det tildelt 2,1 millioner kroner til en ny nasjonal kompetansetjeneste, Nasjonal kompetansetjeneste for albuekirurgi ved Oslo universitetssykehus. Tabellene under gir en oversikt over nasjonale kompetansetjenester (beløp i tabellene under er i 1000 kroner):

Nasjonale kompetansetjenester	Tilskudd 2018
Læring og mestring	9 780
Prehospital akuttmedisin(NAKOS)	3 741
Kvinnehelse	14 000
Amming	4 648
Langtidseffekter etter kreftbehandling	3 431
Blodtypeserologi	2 195
Sarkomer	3 491
Gynekologisk onkologi	4 320
Medfødte muskelsykdommer	3 018
Barne- og ungdomsrevmatologi	2 545
Medfødte stoffskiftesykdommer	2 611
Solide svulster hos barn	4 994
Dysmeli	938
Barnehabilitering med vekt på ernæring	4 648
Dekontaminering	2 834
Personlighetspsykiatri	2 549
Traumatologi	4 534
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige	4 534
Seksuelt overførte infeksjoner	2 749
CFS/ ME	2 304
Barn/ voksne med familiær hyperkolestrolemi oa	2 235
Komplekse alvorlige psykosomatiske lidelser hos barn/unge	2 235
Sykdomsrelatert underernæring	2 228
Nasjonal kompetansetjeneste for nevropatisk smerte	2 278
Albuekirurgi NY	2 100
SUM	94 939

Sjeldne diagnoser	Tilskudd 2018
Døvblindesystemet, NTT og kvalitetsregisteret	1 691
Cystisk fibrose	13 032
NEVSOM	19 290
Senter for sjeldne diagnoser	24 425
NK sjeldne epilepsirelaterte diagnoser	6 804
Sentral ledelse for sjeldensentrene og prosjektmidler	16 200
SUM	81 442

2.1.2 Øremerkede inntekter / tilskudd

Forskningsprosjekter finansiert av Helse Sør-Øst RHF, Forskningsrådet og EU, Krefregisteret, behandlingsreiser til utlandet, nasjonale kompetansesentre mv er aktiviteter som er finansiert av øremerkede inntekter.

Øremerkede inntekter er inntekter som kun kan anvendes til gitte formål bestemt av tilskuddsgiver. Det forutsettes at aktiviteten og ressursbruken styres innenfor tildelte inntekter. Eventuelle innbetalinger utover registrerte kostnader vil bli ført mot balansen som en tilsvarende forpliktelse slik at virksomhet basert på øremerkede inntekter isolert sett ikke skal påvirke det økonomiske utfordringsbildet eller det økonomiske resultatet. Oslo universitetssykehus HF belaster dekningsbidrag på en stor del av virksomheten som finansieres av øremerkede inntekter. Hensikten med dekningsbidrag (overhead) er å sikre at den delen av virksomheten ved Oslo universitetssykehus HF som finansieres med øremerkede tilskudd fra ulike eksterne kilder, herunder øremerkede midler fra Helse Sør-Øst RHF og nasjonale kompetansetjenester, dekker sin andel av felleskostnader/indirekte kostnader. I felleskostnader inngår blant annet deler av pensjonskostnader, avskrivninger, energi, kommunale avgifter, forsikringer, IKT, regnskapsfunksjon, andre administrative ressurser mv. Dekningsbidrag ut fra gjeldende satser dekker deler av disse kostnadene. Dette er kostnader som knyttes til driften, men som helseforetaket i dag ikke har systemer for å internfakturere. Ordningen med internt dekningsbidrag er derfor valgt for å synliggjøre og belaste denne type kostnader på det enkelte prosjekt mv.

Av budsjetterte driftsinntekter på 23 048 millioner kroner er om lag 1 789 millioner kroner, tilsvarende om lag 7,8 prosent, definert som øremerkede.

Erfaringsmessig har inntekter og kostnader definert som øremerkede blitt noe høyere enn budsjettert. Dette skyldes at det er vanskelig på forhånd å angi hvilke oppdrag Oslo universitetssykehus HF vil bli tildelt, og mange av sykehusets enheter har valgt en forsiktig budsjettering av aktiviteten for kommende år. Styret i Helse Sør-Øst RHF tildeler midler til forskningsprosjekter i styremøte 14. desember. I det foreliggende driftsbudsjettet for 2018 er det innarbeidet foreløpig tildeling av forskningsmidler basert på administrasjonens forslag til fordeling. Eventuelle endringer innarbeides når beslutning om tildeling fra Helse Sør-Øst RHF for 2018 foreligger.

Oslo universitetssykehus HF mottar følgende øremerkede statlige tilskudd som utbetales via Helse Sør-Øst RHF:

Statlige tilskudd	Beløp i mnok
Rettsmed. Inst.	169,8
Kreftregistret	112,4
Kvalsikring mammoprogrammet	0,8
Behandlingsreiser til utlandet	126,5
Koordenhet for dom til behandling	1,7
Tumustjeneste	1,5
Skadelig bruk av doping	4,5
Biobank CFS/ME	1,0
Narkolepsi på barn	3,5
Forsøksordning tannhelse, foreløpig som i 2017	2,9
Med. undersøkelse på barnehusene	3,2
Sum statlige tilskudd	427,7

I teksten under gis omtale av de største tilskuddene:

Rettsmedisinske fag:

Rettsmedisinske fag ble virksomhetsoverdratt fra Folkehelseinstituttet til Helse Sør-Øst RHF ved Oslo universitetssykehus HF fra 1.1.2017. Det statlige tilskuddet er økt fra 145 millioner kroner i 2017 til 169,8 millioner kroner i 2018 for å kunne finansiere pensjonskostnader som de tidligere ikke var belastet (konsekvens av at helseforetakenes regnskap bokføres etter regnskapsloven). Rettsmedisinske fag har i tillegg inntekter fra salg av tjenester til andre etater som politiet mv.

Rammen til Rettsmedisinske fag er øremerket. Det er lagt til grunn at alle kostnader og inntekter knyttet til Rettsmedisinske fag etter virksomhetsoverdragelsen blir belastet avdelingen og salderes, slik at helseforetaket for øvrig ikke må dekke de økte kostnadene som følger av virksomhetsoverdragelsen. Dette betyr at også kostnader til husleie, avskrivninger, tjenester fra Oslo sykehusservice og IKT-kostnader belastes avdelingens budsjett.

Kreftregisteret:

Tilskuddet er innarbeidet i inntektsrammen til Oslo universitetssykehus HF med 112,4 millioner kroner. I tillegg kommer 0,8 millioner kroner til kvalitetssikring av mammografiprogrammet.

Kreftregisteret samler inn data og utarbeider statistikk om kreftforekomsten i Norge og har også en utstrakt forskningsaktivitet. Registeret har det administrative ansvaret for de offentlige screeningprogrammene i landet - Mammografiprogrammet og Livmorhalsprogrammet, samt et pilotprosjekt på tarmkreftscreening. Kreftregisteret ble opprettet i 1951 og er et av de eldste nasjonale kreftregistre i verden. Dette, kombinert med det unike personnummersystemet i Norge, gjør at Kreftregisterets materiale, også i et internasjonalt perspektiv, er særdeles godt egnet til å etablere ny viten gjennom forskning, og å spre kunnskap om kreftsykdom.

Staben i Krefregisteret består av cirka 150 personer og er organisert i tre fagavdelinger og en stabs-/støtteavdeling. Krefregisteret har rundt 40 forskere i staben, med ulike typer faglig bakgrunn, blant annet medisin, statistikk, informatikk og psykologi.

Krefregisteret er organisert som selvstendig institusjon under Oslo universitetssykehus HF, med eget styre.

Behandlingsreiser til utlandet:

Tilskuddet er innarbeidet i inntektsrammen til Oslo universitetssykehus HF med 126,5 millioner kroner.

Formålet med tilbudet er å gi bedre funksjon og livskvalitet for pasientgruppene som omfattes av ordningen, samt redusere symptomer forårsaket av sykdommen. Ordningen innebærer diagnosespesifikke behandlingstilbud i varmt og solrikt klima. Tilbudet skal oppfylle faglige krav og gi dokumentert nytte.

Helse Sør-Øst RHF ved Oslo universitetssykehus har det faglige og administrative ansvaret for ordningen. Egenandelene er omfattet av egenandelstak 2. Egenandelen er kr.118,- per døgn, en økning på 1,8 prosent fra 1. januar 2018.

Det ble 16. juni 2017 vedtatt forskrift om behandlingsreiser til utlandet. Forskriften trer i kraft 1. januar 2018. Forskriften rammer i utgangspunktet inn i gjeldende ordning, men åpner for en større adgang til å dekke utgifter til reise og opphold for ledsager til pasienter med nedsatt funksjonsevne. Forutsetningen er imidlertid at pasienten med nedsatt funksjonsevne oppfyller vilkårene for å få tildelt behandlingsreise. Kostnader til ledsager for denne gruppen skal dekkes innenfor budsjettammen. Det foreslås ingen endring i bevilgningen som følge av dette.

Forskriften gjelder tildeling av behandlingsreise til

- a) pasienter med kroniske inflammatoriske revmatiske leddsykdommer
- b) pasienter med postpoliosyndrom
- c) pasienter fra 4 år med psoriasis eller barneleddgikt (juvenil idiopatisk artritt)
- d) pasienter fra 3 år til fylte 18 år med astma, kronisk lungesykdom eller atopisk eksem.

Medisinske undersøkelser Statens barnehus:

Som et ledd i å etablere god kvalitet og pasientsikkerhet overfor barn som utsettes for vold og seksuelle overgrep fikk de regionale helseforetakene i oppdrag å styrke kompetanse og kapasitet til å tilby alle barn som avhøres ved Statens barnehus medisinske undersøkelser. Oslo universitetssykehus HF er tildelt 3,2 millioner kroner til dette i 2018. I tillegg kommer aktivitetsbasert finansiering gjennom ISF-systemet.

2.1.3 Raskere tilbake – omlegging av ordningen

Regjeringen har foreslått at ordningen med Raskere tilbake (RTB) legges om fra 1.1.2018. Det fremkommer av Helse Sør-Øst RHF sin styresak om budsjett 2018 at:

- Helse Sør-Øst RHF skal i 2018 sørge for en planmessig omlegging og integrering i ordinære pasienttilbud av Raskere tilbake-tiltak som har vist seg å ha god effekt og som har bidratt til samtidighet i behandling og arbeidsrettet bistand, og slik at behandlingstilbud for aktuelle pasientgrupper som skal videreføres så langt som mulig tilbys uten opphold.
- Midlene som overføres til de regionale helseforetakenes basisrammer, skal primært komme personer med muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser til gode.

Oslo universitetssykehus HF ble tildelt 61,4 millioner kroner i prosjektet Raskere tilbake for 2017. Disse er tatt ut av klinikkens budsjetter for 2018, og det er deretter lagt tilbake midler til de områdene som foretaket har prioritert innenfor den økte basisrammen til drift i 2018 på 24,8 millioner kroner. Tildeling av basisramme er gjort basert på behovsandel fra inntektsmodellen. For Oslo universitetssykehus HF innebærer dette en redusert finansiering fra 2017 til 2018, noe som innebærer at ingen områder som er videreført har fått økt tildeling. Eventuell videreutvikling av de ulike tilbudene må derfor skje innenfor den samlede finansieringen til klinikkene. Helse Sør- Øst RHF legger opp til fortsatt bruk av de tidligere debitor kodene og rapportering av Raskere tilbake-tilbud som tidligere. Det er usikkerhet knyttet til kvaliteten på denne rapporteringen når en av hensiktene med omleggingen er å sikre at tilbudene inkluderes i ordinær drift.

Basert på føringene fra HOD/HSØ er det følgende tilbud som er videreført budsjettet for 2018:

- Tilbud innen PHA ved Nydalen DPS
- Tilbud innen Kreftklinikken
 - Dagrehabilitering kreft
 - Psykososial poliklinikk kreft
- Nevroklinikken
 - Den vanskelige nakken og ryggen
 - Smerter i nakke, rygg og skuldre Fysikalskmedisin
 - Akutt rygg

Prosjektene tildeles en basisramme for 2018 som sammen med forventet aktivitetsbasert finansiering, skal gi rom for å opprettholde de aktuelle tilbudene. For de somatiske tilbudene som videreføres legges det til grunn at klinikkene kan budsjettere med aktivitetsbaserte inntekter tilsvarende 586 DRG-poeng. Klinikkene må ta ansvar for videreutvikling av tilbudene innenfor klinikkens samlede ansvarsområder. Tilskudd til evaluering videreføres ikke. Tilskudd til koordinatorene videreføres på samme nivå som i 2017, mens tilskudd til transport kun videreføres med 1,2 millioner kroner.

Tildelingen innebærer at prosjekt innenfor nevrokirurgi ikke videreføres. Klinikken har planlagt ivaretagelse av de aktuelle pasientene innenfor ordinær drift. Tilbud innenfor traumatiske hjerneskader faller ut fra de overordnede kriteriene bort. For å unngå redusert

tilbud til denne pasientgruppen, hvor kapasiteten heller burde vært økt, foreslås likevel Nevroklinikken tildelt økt basisramme på nivå med tidligere toppfinansiering for å kunne videreføre tilbudet til denne pasientgruppen innenfor ordinær drift.

Tabellen under viser forslag til nye utgiftsrammer, aktivitetsbaserte inntekter og fordeling av basisramme på 24,8 millioner kroner i budsjett 2018.

Klinikk/prosjektområde	Utg. ramme	Ekstern inntekt	ISF SPO	Andel basis
PHA ved Nydalen DPS	4 422 191	748 164	0	3 674 027
Kreftklinikken	13 126 524	300 000	3 625 466	9 201 059
o Dagrehabilitering kreft				
o Psykososial poliklinikk kreft				
Nevroklinikken	19 109 181	-	13 507 783	5 601 398
o Den vanskelige nakken og ryggen				
o Smerter i nakke, rygg og skuldre Fysikalskmed				
o Akutt rygg				
Traumatisk hjerneskade	5 156 517	0	0	5 156 517
Transport - kompensasjon	1 200 000			1 200 000
SUM FORDELTE	43 014 412	1 048 164	17 133 248	24 833 000

2.1.4 Innsatsstyrt finansiering i somatikken (ISF)

Enhetsprisen for innsatsstyrt finansiering for 2018 er satt til kr 43 428. Den statlige refusjonssatsen videreføres med 50 prosent av enhetsprisen.

Hvert år justeres DRG-vektene og det gjøres endringer i ISF-regelverket mv. Basert på foreløpig informasjon om oppdaterte DRG-vekt og andre regelverksendringer er det foreløpig lagt til grunn at omfordelingseffekten fra 2017 til 2018 vil være om lag -0,8 prosent for Oslo universitetssykehus HF, gitt samme reelle aktivitet som i 2017. Endring i poeng for H-reseptor (pasientadministrerte legemidler) kommer i tillegg. Erfaringsmessig kan det komme endringer i det endelige regelverket, og det knytter seg på denne bakgrunn noe usikkerhet til den økonomiske effekten av ISF-regelverket for neste år. Klinikkenes DRG-budsjetter vil bli justert når endelig ISF-regelverk foreligger og når endelig aktivitet for 2017 er kjent.

Noen av endringene i ISF-systemet fra 2017 til 2018:

- Kostnadsvektene er fra 2018 basert på KPP-data (KPP er kostnad per pasient) fra alle helseforetak.
- MVA er trukket ut av beregningsgrunnlaget for kostnadsvektene.
- Incentivordningen for dagkirurgi endres fra et tillegg på 15 prosent på dagkirurgiske DRG-er, til å ha lik vekt som døgn-DRG for enkelte par-DRG-er.
- Det gjøres endringer i STG-logikken for 2018 gjennom å opprette nye grupper for pasientadministrert kreftbehandling. Disse gruppene vil langt på vei ha samme inndeling som kreftbehandling i sykehus (856 DRG-ene). Det er også opprettet en gruppe for pasientadministrert PAH-legemiddelbehandling (pulmonal arteriell hypertensjon), samt en gruppe for telemedisinsk oppfølging av pasienter med pacemaker/ ICD.

Endringene i ISF-systemet er så langt ikke dekomponert, og dette gjør det vanskelig å vite den økonomiske konsekvensen fra 2017 til 2018 av de ulike endringskomponentene.

2.1.5 Innsatsstyrt finansiering psykisk helse/TSB (ISF)

Poliklinisk aktivitet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) ble innlemmet i finansieringsordningen innsatsstyrt finansiering fra 2017. Beregning av ISF-refusjonen skal følge samme hovedregler som innenfor ISF ordningen for somatikken.

Refusjonsandelen er imidlertid ikke den samme, da det ved oppstart av ordningen ikke forelå et tilstrekkelig kostnadsgrunnlag til å kunne angi hvor stor andel av de samlede kostnadene som kom til å bli dekket av ISF-refusjonen. Utgangspunktet var takstrefusjonsgrunnlaget (P-takstene) hvor midlene ble overført til ISF fra 2017. Refusjonsandelen i 2017 antas å være om lag 20 prosent. Det er lagt opp til en liten oppjustering for 2018 hvor det på nasjonalt nivå er overført 200 millioner kroner fra basis til ISF.

Fra foreløpig ISF- regelverk for 2018 fremkommer det at:

- Enhetspris for ISF psykisk helsevern og TSB i 2018 er 2 354 kroner.
- Kostnadsvekten er i 2017 en satt størrelse, og er ikke relatert til antatt faktisk gjennomsnittskostnad for en gitt type tjeneste. Kostnadsvektene for 2018 er beregnet med basis i samme datagrunnlag som for 2017.

2.1.6 Gjestepasientoppgjør innenfor regionen

Det er et betydelig omfang av kjøp og salg mellom helseforetakene i regionen. For 2018 omfatter dette blant annet at:

- Pasientbehandling innenfor somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) faktureres pasientens bostedsforetak via gjestepasientfakturering. Innenfor barne- og ungdomspsykiatrien er det kun gjestepasientoppgjør for poliklinisk aktivitet.
- Gjestepasientordning ved Sunnaas sykehus HF fortsetter ved at helseforetakene betaler 30 % av enhetspris DRG til Helse Sør Øst RHF.
- Oslo universitetssykehus HF fastsetter priser for kurdøgn ved SSE, Geilomo, PET, nyfødtscreening, morsmelk mv. Prisene fremkommer av tabell 2 Økonomiske forutsetninger i tabellvedlegget. Stykkpris for nyfødtscreening er økt med 88 kroner fra 2017 til 2018 som følge av utvidelse av antall analyser. Prisen vurderes økt noe mer som følge av økte kostnader i forbindelse med transport av prøver for analysering.
- Fakturering av lab-analyser for inneliggende pasienter i annet sykehus i egen region faktureres med et påslag på gjeldende Helfotakst. Fra 1.1.2017 faktureres 3,8 ganger Helfotakst. Når effektene av nytt laboratorietakssystem er avklart må dette påslaget vurderes på nytt slik at endret takstsystem ikke gir økte utfordringer for Oslo universitetssykehus HF.

2.1.7 Gjestepasientoppgjør andre regioner

Priser for salg mellom regionen fastsettes av nasjonalt økonomidirektørmøte. Prisene er uten merverdiavgift. Merverdiavgifteffekten kompenseres av Helse Sør-Øst RHF for 2017 og dette er forutsatt også for 2018.

2.2 Lønnskostnader og pensjon

Resultatbudsjett	Budsjett 2017	Estimat 2017 Rapportert pr. oktober 2017	Budsjett 2018
Innleid arbeidskraft	157 101	207 101	163 703
Lønn til fast ansatte	10 682 789	10 627 789	11 165 282
Overtid og ekstrahjelp	1 072 148	1 252 148	1 164 984
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	2 194 865	2 233 060	2 131 949
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-673 637	-743 637	-711 920
Annen lønn	1 891 114	1 872 274	1 911 776
SUM lønn og innleie	15 324 380	15 448 735	15 825 774

Totalt budsjett for lønn og innleie i 2018 er 15 826 millioner kroner. Dette er en økning på 501 millioner kroner fra budsjett 2017 og 377 millioner kroner fra estimat 2017. I endringen inngår reduserte pensjonskostnader med om lag 100 millioner kroner.

Tabellen ovenfor viser budsjett 2017, estimat 2017 og budsjett 2018 fordelt på innleie, lønn til fast ansatte og overtid/ekstrahjelp. Av totalt budsjett til lønn og innleie er 164 millioner kroner innleie. Innleie utgjør dermed 1,2 prosent av samlet lønnsbudsjett.

Budsjett 2018 inkluderer forventet gjennomsnittlig lønnsvekst på 3,0 prosent. Denne er sentralt budsjettert og vil bli fordelt til klinikkene når lønnsoppjøret er gjennomført og ny lønn utbetalt.

For 2018 budsjetterer Oslo universitetssykehus HF med en pensjonskostnad på 2 132 millioner kroner. Budsjettert pensjonskostnad for 2018 er om lag 100 millioner kroner lavere enn pensjonskostnaden for 2017. Reduksjonen forklares i hovedsak med innføring av ny uføretariff i Pensjonskassen for helseforetakene i hovedstadsområdet og redusert kostnadsføring av tidligere års estimatavvik.

Budsjettert pensjonskostnad for 2018 er basert på beregninger fra pensjonskassene fra juni 2017, og det forventes at endelig pensjonskostnad som skal regnskapsføres for 2018 vil bli annerledes som følge av nye økonomiske forutsetninger. Ved vesentlige endringer i pensjonskostnaden som følge av dette legges det til grunn at Helse- og omsorgsdepartementet vil håndtere dette med justerte bevilgninger. Helseforetakene bærer risiko for kostnadsendringer som ikke vurderes å være vesentlige.

Det samlede budsjettet til lønn og innleie inkluderer budsjetterte midler til kurs og opplæring som kjøpes fra eksterne med 108 millioner kroner. Budsjettet til dette er i hovedsak videreført fra budsjett 2017. Per oktober 2017 er bokførte kostnader til kurs og opplæring 75 millioner kroner.

2.3 Varekostnader og andre driftskostnader

Det er budsjettert med 2 623 millioner kroner til varekostnader i 2018. Dette er en økning på vel 200 millioner kroner (8 prosent) fra estimat 2017. Dette skal dekke både prisjustering, økt aktivitet kostnader til nye legemidler godkjent tatt i bruk av beslutningsforum og nye legemidler hvor finansieringsansvaret overføres fra Folketrygden til helseforetakene.

Andre driftskostnader er budsjettet med 3 037 millioner kroner i 2018. Dette er en økning på 82 millioner kroner (2,8 prosent) fra estimat 2017.

Økte kostnader transport av biologisk materiell:

A-post og ombringing av post på lørdager avvikles fra 1.1.2018. Det har for A-post vært en garantert leveringstid på 1-2 dager. Denne faller nå bort og det blir kun en poststrøm. Det fremgår av statsbudsjettet at kostnadene nasjonalt for foretakene er forventet å øke med 30 millioner kroner som følge av dette. De foreløpige økonomiske vurderinger knyttet til denne omleggingen for OUS HF viser at dette vil medføre økte kostnader for frakt av biologisk materiell i størrelsesorden 5 – 7 millioner kroner. Det er i 2018 planlagt å starte utsending av brev gjennom etablerte digitale løsninger. Foreløpige beregninger her viser at det er et potensiale for i stor grad å finansiere økte kostnader for biologisk materiell gjennom reduserte portoutgifter knyttet til utsending av ordinære brev.

Særskilt om dyre (kreft)legemidler:

Sykehuset har fra 2015 hatt en stor økning i kostnadene til legemidler, blant annet innenfor kreftbehandling og transplantasjonsmedisin. Det gjelder for eksempel immunterapi mot kreft og immunoglobuliner som brukes ved stamcelletransplantasjoner. Det har også vært store kostnadsøkninger til dyre legemidler innenfor andre områder, for eksempel innenfor øyesykdommer. Det er tatt høyde for økte medikamentkostnader i planleggingen av driften for 2018, men omfang og tidspunkt for ibruktakelse er vanskelig å forutsi. Et annet eksempel er Spinraza til behandling av pasienter med spinal muskelatrofi. Legemidlet er ennå ikke godkjent tatt i bruk av Beslutningsforum. For pasienter som allerede har påbegynt behandling kan behandlingen fortsette.

I tillegg til økte kostnader knyttet til nye legemidler, som er godkjent av Beslutningsforum, har sykehuset i 2017 hatt økte kostnader til legemidler som følge av omlegging av oppgjørsordninger i Helse Sør-Øst. Det faktureres ikke lenger for dyre biologiske legemidler mellom sykehusene i Helse Sør-Øst, noe som har gitt vesentlige kostnadsøkninger for OUS på dette området. På kreftområdet er det en rekke nye legemidler som er til metodevurdering, og hvor det kan bli tatt beslutninger i Beslutningsforum for nye metoder i løpet av 2018. De nye legemidlene som nylig er godkjent og som er under vurdering representerer i stor grad nye behandlingsmuligheter og vil derfor i liten grad erstatte andre legemidler. Kostnader til nye legemidler reflekteres i hovedsak ikke i ISF-systemet for 2018.

For Oslo universitetssykehus HF er det budsjettet med en økning i legemidler i 2018 på om lag 40 millioner kroner. Sykehuset har i budsjett 2018 lagt inn de kostnadene som følger av allerede fattede vedtak i Beslutningsforum. Det er da kun tatt høyde for de legemidlene som er godkjent og med den forutsetning at Oslo universitetssykehus HF kun skal dekke kostnadene til befolkningen i Oslo sykehusområde.

Økte kostnader frikjøp konseptfase Aker/Gaustad:

Det er i budsjettet tatt høyde for frikjøp av ansatte for arbeid med konseptfase for Aker/Gaustad. Når det gjelder nytt klinikkbygg ved Radiumhospitalet og trolig også regional sikkerhetsavdeling er disse prosjektene i en fase hvor kostnader til frikjøp skal aktiveres, og det er følgelig ikke avsatt egne midler til disse prosjektene i driftsbudsjettet.

2.4 Utvikling i kostnader til leie av bygg

De siste årene har det vært en betydelig vekst i kostnader til leide lokaler i Oslo universitetssykehus HF. Tabellene nedenfor viser utviklingen i helseforetakets husleiekostnader de siste årene og gir en kort beskrivelse av hovedårsakene til endring i leide lokaler.

År	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Beløp i mnok	158	132	152	158	165	205	264	285	278

Tidspunkt	Hovedårsak til endring
2010-2011	Reduksjon i innleiekostnader er innenfor Klinikk psykisk helse og avhengighet.
2011-2012	Økt leie av arealer i Forskningsveien for å kunne samlokalisere administrative funksjoner.
2012-2013	Avtale med Universitetet i Oslo om leie av laboratoriearealer i Domus Medica som ligger i tilknytning til Rikshospitalet.
2013-2014	Leie av kontorarealer ved Sogn Arena ("Bertil O. Steen bygget").
2014-2015	Leie av arealer fra OCCI på Montebello for å kunne flytte ut av arealer på Radiumhospitalet som ikke lenger er egnet til bruk på grunn av betydelig vedlikeholdsetterslep med tilhørende registrerte avvik og pålegg fra flere tilsyn. I tillegg er det leid arealer fra OBOS på Mortensrud for å kunne samlokalisere virksomhet innenfor Klinikk for psykisk helse og avhengighet.
2015-2016	Helårseffekt av leieavtaler inngått i 2015 knyttet til OCCI, Mortensrud og arealer i Storgata 40 (Legevakten).
2016-2017	Brystdiagnostikk samles midlertidig i OCCI-bygget på Montebello. Klinikk psykisk helse og avhengighet utvider noe i Nydalen. Ny ambulansestasjon i Asker. Overtagelsen av rettsmedisinske fag (RMF) mvf 1/1.
2017-2018	Reforhandlet Sogn Arena, oppsigelse av Majorstuen, reforhandling av FV2 (1/13 del). Nye avtaler: Lørenskog helikopter, Myrens verksted, helårseffekt BDS på OCCI.

Den viktigste årsaken til inngåelse av nye leieavtaler er knyttet enten til behovet for å flytte ut

av uegnede arealer eller nødvendigheten av å realisere samlokaliseringsevner (økonomiske og/eller kvalitative) som ikke er gjennomførbare i egen bygningsmasse. Oslo universitetssykehus HF har i dag 93 000 kvm som ikke er i bruk. Mye av dette er gammelt og krever en så omfattende rehabilitering at det ikke vurderes å være økonomisk forsvarlig å sette dette i stand til nåværende krav. Spesielt utfordrende er dette i vernede bygg, både når det gjelder å finne funksjonelle løsninger og økonomi til gjennomføring. I noen tilfeller har det vært behov for å flytte ut av arealer som var i en slik forfatning at det ikke var forsvarlig, verken økonomisk eller med tanke på pasient- og ansattssikkerhet, å benytte lokalitetene i den stand de fremstår i.

Sykehuset gjør en nøye vurdering av behovet for arealer før det inngås kontrakter om leie av arealer. I tilfeller med usikkerhet knyttet til fremtidig lokalisering på kort sikt, vurderes det som fornuftig å leie fremfor å gjøre større investeringer. Bruk av leide vs. eide arealer vurderes etter hvert som behov for nye arealer dukker opp.

Det er igangsatt overordnede prosjekter for forbedring av driften, hvorav ett av fem delprosjekter er rettet mot reduksjon av arealkostnader. Prosjektet ble ferdig i juni 2017 og hadde konkrete tiltak som gir gevinst allerede i 2018. Helårseffekten av mange av tiltakene vil ikke komme før i 2019, men er vurdert til om lag 20 millioner kroner per år.

2.5 Avskrivninger

Det er budsjettert med 902 millioner kroner i avskrivninger på bygg og utstyr i 2018. Dette er om lag 30 millioner kroner mer enn budsjett 2017. I 2018 vil flere bygg på Rikshospitalet være ferdig avskrevet og isolert reduserer dette avskrivningene. Imidlertid innebærer beslutning om nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet at restverdiene for enkelte bygg på Radiumhospitalet må avskrives over kortere tid enn tidligere lagt til grunn. For 2018 innebærer dette økte avskrivninger på om lag 60 millioner kroner (se nærmere omtale i neste avsnitt).

Avskrivninger Oslo universitetssykehus HF	Budsjetterte avskrivninger 2016	Budsjetterte investeringer 2017	Budsjetterte avskrivninger 2018
<i>(Beløp i millioner kroner)</i>			
Medisinskteknisk utstyr	273	291	296
Bygg og eiendom (inkl anlegg under utførelse)	557	535	546
Annet	54	49	61
SUM	884	874	902

Budsjettet inkluderer avskrivningskostnader for medisinskteknisk utstyr og ambulanser som finansieres med finansielle leieavtaler. Budsjetterte avskrivninger tar hensyn til avskrivninger på anlegg som er i drift, anlegg under utførelse og planlagte investeringer. De budsjetterte avskrivningene er basert på en vurdering av investeringspådraget gjennom 2018.

Det gjøres oppmerksom på at hoveddelen av IKT-investeringene gjennomføres i regi av Sykehuspartner for helseforetakene i Helse Sør-Øst. Avskrivninger innen IKT kommer derfor ikke til uttrykk i Oslo universitetssykehus HF sitt regnskap som avskrivninger, men inngår i

driftskostnader via tjenestepriis fra Sykehuspartner og regnskapsføres under Andre driftskostnader.

Oslo universitetssykehus HF har gjennomført investeringer som er helt eller delvis finansiert av investeringstilskudd (blant annet Forskningsbygget på Radiumhospitalet og noen mindre investeringer finansiert av regjeringens tiltakspakke i 2008/2009). Regnskapsmessig ble investeringstilskuddene bokført som utsatt inntekt, og dette inntektsføres i takt med at investeringene avskrives. Det er budsjettert med inntektsføring av tidligere års investeringstilskudd (utsatt inntekt) på 66 millioner kroner i 2018.

2.6 Salg og behov for nedskrivninger av eiendom

Det er ikke budsjettert med gevinst fra salg av eiendom i 2018.

Som følge av regjeringens forslag om å bevilge midler til bygging av nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet, utløses en plikt til å vurdere verdiene på Radiumhospitalet på nytt i lys av de politiske beslutningene. Det er derfor foretatt en gjennomgang av verdier i anleggsregisteret for bygg på Radiumhospitalet. For å realisere prosjektet er det behov for å rive noe av eksisterende bygningsmasse på Radiumhospitalet samtidig som deler av andre bygg ikke er planlagt brukt til sykehusdrift fra det tidspunkt nytt klinikkbygg tas i bruk. Foreløpige beregninger viser et behov for nedskrivning/meravskrivning i 2018 på nærmere 90 millioner kroner, om lag 60 millioner kroner i 2019 og deretter 25-30 millioner kroner de påfølgende årene. Nedskrivning/meravskrivning har ikke likviditetseffekt, og påvirker således ikke helseforetakets øvrige økonomiske handlingsrom, verken til drift eller investeringer. Av beløpet på nær 90 millioner kroner for 2018 gjelder 27 millioner kroner nedskrivning og resten meravskrivninger, jf omtale i avsnittet ovenfor.

Tabellen under viser kostnadsførte nedskrivninger de siste årene:

Kostnadsførte nedskrivninger (millioner kroner)		Kort beskrivelse
2014	43	Arealer på Dikemark
2015	24	Arealer på Dikemark
2016	0	
2017	0	
2018 (budsjett)	27	Arealer på Radiumhospitalet som følge av beslutning om nytt klinikkbygg

2.7 Finansinntekter og -kostnader

For 2018 er det budsjettert med 46 millioner kroner i renteinntekter og 51 millioner kroner i rentekostnader, dvs. netto rentekostnader på 5 millioner kroner. Det er budsjettert med om lag 14 millioner kroner i rentekostnader knyttet til finansielle leieavtaler for medisinskteknisk utstyr og ambulanser. Tabellen nedenfor viser nærmere detaljer.

Rentebærende finansielle eiendeler (ekskl. pensjonsmidler) og gjeld		Balanse 1.1.2017	Budsjetterte renter 2017	Budsjetterte renter 2018
<i>(Beløp i millioner kroner)</i>				
Rentebærende finansielle eiendeler (renteinntekter)	Bankinnskudd bundne midler	596	8,3	6,0
	Fordring på Helse Sør-Øst RHF (basisfordring)	3 719	43,4	39,6
Rentebærende gjeld (rentekostnader)	Kassekreditt	2 772	-26,4	-16,0
	Langsiktig gjeld til Helse Sør-Øst RHF	2 049	-25,6	-21,2
	Annen langsiktig gjeld (finansielle leieavtaler)	169	-11,0	-13,8

2.8 Datterselskaper og majoritetsandeler

Resultatbudsjett 2018 for foretaksgruppen Oslo universitetssykehus HF inneholder også budsjettert resultat for datterselskapene (konsernbudsjett). I årsregnskapet vil det bli laget regnskap både for Oslo universitetssykehus HF (helseforetaket) og for foretaksgruppen Oslo universitetssykehus HF.

Oslo universitetssykehus HF eier helt eller delvis selskapene som fremkommer av tabellen under. For 2018 er det budsjettert med positive resultater i aksjeselskapene på til sammen 38 millioner kroner.

Navn	Budsjettert resultat i millioner kroner	
	2017	2018
Sophies Minde Ortopedi AS	20,678	29,162
Radiumhospitalets parkeringsselskap AS	3,088	4,508
Norsk medisinsk syklotronsenter AS	-5,500	2,965
Sykehotell AS	0,882	1,332
Inven2 AS	0,000	0,374
SUM	19,405	38,341

2.9 IKT- kostnader

IKT avdelingens budsjett er sammensatt av tre hoveddeler; 1) tjenestekjøp fra Sykehuspartner, 2) lokal IKT avdeling og 3) driftskostnadene til gjennomføringen av IKT-prosjekter.

Utvikling i kostnader (beløp i mnok)	Budsjett 2017	Prognose 2017	Budsjett 2018
Sykehuspartner	1 020	957	1 025
IKT kostnader til RMF (kostnader ligger hos SP)		-7	-10
Prosjekt driftskostnader	36	26	50
Lokale IKT	55	45	57
Sum IKT	1 111	1 021	1 122

Manglende kapasitet og dermed leveranser fra Sykehuspartner har medført forsinkelse av

regionale og lokale prosjekter i 2017. Planlagte og budsjetterte kostnader til prosjekter som ikke er gjennomført i henhold til plan, har derfor uteblitt. Budsjetterte midler er derfor ikke brukt, noe som har fremkommet i regnskapene som et overskudd gjennom 2017.

Basert på en vurdering av forventede leveranser fra Sykehuspartner er det lagt til grunn at kostnadene til Sykehuspartner blir om lag 10 millioner kroner lavere enn det Sykehuspartner selv planlegger å levere til Oslo universitetssykehus HF i 2018.

IKT-kostnader til Avdeling for rettsmedisinske fag dekkes av avdelingen og ikke av øvrig IKT-budsjett.

Tjenestekjøp fra Sykehuspartner HF (1025 millioner kroner):

Dette budsjettet skal dekke basistjenester, avskrivninger, leverandøravtaler, utstyrskjøp og tjenesteendringer. Sykehuspartner legger opp til et budsjettall lik ØLP-tall korrigert for Digital Fornyng prosjekter. For Basisdelen har Sykehuspartner beregnet en økning på om lag 100 millioner kroner og mesteparten av denne endringen kommer av de planlagte infrastrukturinvesteringene. Samtidig ble det gjort en del korrigeringer på de andre områdene, slik at budsjettøkningen fra 2017 til 2018 er på 60 millioner kroner.

Driftskostnader til prosjekter:

Det er budsjettet med 50 millioner kroner til prosjektrelaterte driftskostnader i 2018. Dette skal dekke behovet til pågående prosjekter og prioriterte nye prosjekter. Utrulling av regional kurveløsning (Metavision) i hele sykehuset er den største enkeltposten med 16 millioner kroner.

Lokal IKT avdeling:

Det er budsjettet med 57 millioner kroner til drift av lokal IKT-avdeling i 2018. Dette er på samme nivå som i 2017 og dekker lønnskostnadene til IKT ansatte, forvaltning av administrative systemer, fasttelefoni, vedlikeholdskostnader til Nødnett og noe andre mindre poster.

For 2018 er det satt av 35 millioner kroner til finansiering av lokale investeringsprosjekter innenfor IKT-området. Investeringsmidler til lokale IKT-prosjekter tildelt, men ikke brukt i 2017, vil bli også bli benyttet i 2018. Øvrige investeringsprosjekter innenfor IKT finansieres av regionale investeringsmidler.

For mer informasjon om de ulike prosjektene vises til vedlegg 2 til styresaken "Områdeplan IKT".

3 Intern rammefordelingsmodell

Det er to hovedmotive for utformingen av prinsipper for fordeling av rammer; Prinsippene skal sikre effektivitet, både statisk og dynamisk, og oppleves rimelig eller rettferdig.

Ulike prinsipper for fordeling av rammer har fordeler og ulemper knyttet til disse to overordnede formålene. En retrospektiv modell basert på beregnede kostnader er uhensiktsmessig og sikrer verken effektivitet eller rettferdighet. En stykkprismodell bør ikke

virke for sterkt. Kapasitetsutnyttelse bør heller sikres ved tett oppfølging. En behovsbasert modell er ikke egnet på foretaksnivå fordi den er for usikker i måling og ikke tar hensyn til funksjonsfordeling.

En inkrementell modell basert på historiske kostnader synes derfor å være den eneste reelle løsningen, og er tilnærming ved fordeling av rammer for de fleste offentlige virksomheter. En slik modell hvor prinsippene for fordeling av rammer vil være basert på historiske kostnader(prognose) må tilpasses slik at den tar hensyn til fordelene ved spesielt de prospektive modellene. Et hovedpoeng er at man må gi stegene langsiktig retning.

Rammefordelingen er ett av flere virkemidler Oslo universitetssykehus HF kan ta i bruk for å nå sine mål.

Klinikkvise krav i rammefordelingen ut over lønn- og pris er i budsjett 2018 begrunnet i forhold til:

- Ulik styringsfart fra 2017
- Skjønn knyttet til:
 - Variasjoner i kapasitet og kapasitetsutnyttelse
 - Ulikheter knyttet til nye behov

Det legges ikke opp til større endringer fra hvordan rammene ble fastsatt for 2017 til fordeling av rammer for 2018. Prinsippene for rammefordeling er basert på at det er lagt inn en føring for at klinikker som har hatt underskudd i 2017, vil få med seg en noe større utfordring i rammene for 2018 enn klinikker som har holdt seg innenfor budsjettkravet i 2017. Det viktigste ved fastsetting av rammer vil være at prioriteringer, prestasjoner og behov fokuseres gjennom analyser og løpende rapportering, ikke gjennom mekaniske endringer i måten man fastsetter rammer på. Historien må være med, men retningen i rammene vil i stor grad være basert på utøvelse av skjønn og ledelse.

4 Produktivitetskrav i budsjettet

For klinikk psykisk helse og avhengighet gir de økonomiske rammene for virksomheten i 2018 og planlagt aktivitet et samlet produktivitetskrav for klinikken på om lag 2,1 prosent.

For somatiske klinikker og øvrige klinikker gir de økonomiske rammene, samt planlagt aktivitetsvekst, ett krav om en bedret produktivitet på om lag 3,3 prosent.

Klinikk psykisk helse og avhengighet har dermed fått et produktivitetskrav som er om lag 1,2 prosent lavere enn det som foretakets øvrige klinikker skal realisere i budsjett 2018.

Tildeling friske midler for nye behov – budsjett 2018:

Somatiske klinikker er tilført 120 millioner kroner til å dekke nye behov i 2018 herunder (beløpene i tabellene under er i tusen kroner):

Somatikken	Nye behov 2018
Behandlingshjelpemidler	15 000
Medikamenter	33 000
Varekost TAVI	7 000
Ny spesialistutdanning	20 000
Økt resurs barnekirurgi	4 150
Økt resurs barnekreft	3 300
Økte vaktressurser barn	5 940
Økte ressurser radiologi	10 000
Økte kostnader flytransport organdonasjon	10 000
Økte ressurser akuttmedisin - sterialavdeling	6 000
Økte ressurser HPV screening	3 000
Økte ressurser raskere diagnostikk laboratorie	3 000
Økte ressurser jordmortjeneste	88
Sum nye behov	120 478
Ramme somatiske klinikker	12 432 000
Prosentvis vekst	1 %

Klinikk psykisk helse og avhengighet er tilført 23 millioner kroner til å dekke nye behov i 2018, herunder:

Klinikk psykisk helse og avhengighet	Nye behov 2018
Medisinfri behandling	10 000
BUP Front -team	4 000
RASP - økt aktivitet	4 000
Styrking av psykosomatisk avdeling	5 000
Sum nye behov	23 000
Ramme klinikk psykisk helse og avhengighet	2017000
Prosentvis vekst	1,1 %

Noen av midlene som fremgår av ovenstående tabeller er budsjettert på fellesposter og vil bli fordelt klinikkene etter at nødvendige avklaringer er gjennomført. Det vil dermed også kunne bli justeringer i tallene.

5 Interne faglige prioriteringer

5.1 Somatikk

I Økonomisk langtidsplan 2018-2021 ble det lagt til grunn en aktivitetsvekst for Oslo universitetssykehus HF i 2018 på 1,5 prosent. Vekstforutsetningen var blant annet basert på følgende:

- Oppnådd reduksjon i antallet fristbrudd skal videreføres og ytterligere reduksjon i ventelister forventes
- Oslo universitetssykehus gir helsetjenester på nasjonalt-, regions-, flerområde-, område- og lokalsykehusnivå – og forutsetter vekst ihht demografisk utvikling både i Oslo og i regionen
- Oslo sykehusområde har meget høy befolkningsvekst og et stort innslag av 1. og 2. generasjons innvandrere. Innen noen fagområder forventes det en vekst som går utover befolkningsveksten. Viktige eksempler på dette er kreft, øye

(flerområdefunksjon også for A-hus), nevrologi og dialyse.

I 2018 er det budsjettert med en samlet aktivitet tilsvarende 242 056 DRG-poeng. Budsjettert aktivitetsnivå er ment å ivareta endringer i behov (demografi og ventelister) og bedret utnyttelse av intern kapasitet innen for eksempel poliklinikk og operativ kapasitet. Det er lagt til grunn at eventuell meraktivitet finansieres med de til enhver tid gjeldende satser for ISF-refusjon og satser for gjestepasienter. Budsjettert antall DRG-poeng inkluderer finansiering av legemidler på H-resept/pasientadministrerte legemidler med 2 850. DRG-poeng som tidligere var finansiert via Raskere tilbake (RTB) er inkludert med 586 DRG-poeng.

Klinikkenes DRG-budsjetter vil bli justert når endelig ISF-regelverk foreligger primo 2018 og når endelig aktivitet for 2017 er kjent.

Tabellen under viser budsjettert aktivitet i antall DRG-poeng per klinikk for 2017 og 2018 samt estimat for 2017. Deler av veksten fra estimat 2017 skyldes at finansiering av legemidler overført fra Folketrygden i 2017 er overført til ISF-systemet i 2018. Dette er innarbeidet i DRG-budsjettet under Fellesposter (sykehusnivå, utenom klinikkene) med 400 DRG-poeng.

DRG-budsjett 2018 for klinikkene			Teknisk justering		Endring fra estimat 2017		
Klinikk	Budsjett 2017	Estimat 2017	Budsjett 2018	RTB	Dialyse	Antall	
Medisinsk klinikk	27 924	26 695	27 386		227	464	1,7 %
Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	22 223	22 483	22 694			211	0,9 %
Nevroklinikken	26 362	26 705	27 702	462		535	2,0 %
Ortopedisk klinikk	21 542	21 344	21 629			285	1,3 %
Barne- og ungdomsklinikken	14 862	14 566	15 095			529	3,6 %
Kvinneklinikken	21 860	20 879	21 401			522	2,5 %
Klinikk for kirurgi, infl.med og transplantasjon	34 542	34 563	35 274			711	2,1 %
Kreftklinikken	31 694	31 850	32 607	124		633	2,0 %
Hjerte-, lung- og karklinikken	32 718	33 868	34 548			680	2,0 %
Akuttklinikken	2 895	2 075	2 100			25	1,2 %
Klinikk for lab.medisin	160	177	185			8	4,6 %
Sum klinikk	236 782	235 205	240 621	586	227	4 603	2,0 %

(Merknad: RTB er raskere tilbake)

I klinikkene er det budsjettert med en samlet vekst på 2,0 prosent fra estimat 2017, dvs noe høyere enn det som ble lagt til grunn i økonomisk langtidsplan. Det er gjort vurderinger av vekstbehovet i hver av klinikkene ut fra en vurdering av befolkningens behov. I tillegg har klinikkene budsjettert med 586 DRG-poeng som tidligere er finansiert via Raskere tilbake. Medisinsk klinikk har fått overført budsjett for posedialyse fra fellesposter med 227 DRG-poeng som følge av at de har ansvaret for kostnadene til denne behandlingen.

5.2 Laboratoriefag

Det er gitt et aktivitetskrav til Klinikk for laboratoriemedisin på 3 prosent. For å gjennomføre dette er klinikken tilført 10 millioner kroner til økte varekostnader, men må håndtere

aktivitetsveksten innenfor eksisterende bemanning. Aktivitetsutviklingen de siste årene viser at laboratoriene øker mer i aktivitet enn sykehusets DRG-aktivitet. Klinikken har hatt tiltak knyttet til mer riktig rekvirering og bruk av laboratorietjenester. Det siste året har veksten i aktiviteten knyttet til inneliggende pasienter flatet ut, med unntak av patologi. Poliklinisk aktivitetsvekst er fremdeles høy. Generelt øker også kompleksiteten i metodene som benyttes i diagnostikken.

I 2018 vil det implementeres et nytt finansieringssystem for poliklinisk laboratorievirksomhet. Modellen for dette er fremdeles under utarbeidelse, og de økonomiske simuleringene av det nye systemet vil ikke være på plass før sent i desember. I tillegg ble det i statsbudsjettet lagt inn en overføring av 400 millioner kroner på nasjonalt nivå fra Helfo-refusjonene til rammefinansiering. Dette har i stor grad blitt trukket fra fagområdet medisinsk genetikk. Klinikken har lagt til grunn at endringen gjøres budsjettneutrytral for eksisterende aktivitet. Dette innebærer at HSØ må omfordele ramme mellom sykehusene i regionen. Klinikken er bekymret for at det nye finansieringssystemet ikke legger opp til å kompensere for mer komplekse metoder, da dette vil påvirke mulighetene for finansiering av fremtidig aktivitetsvekst og være en ulempe for sykehus med høyere grad av nasjonale og regionale funksjoner.

5.3 Radiologi og nukleærmedisin

Det er gitt et aktivitetskrav til Klinikken for radiologi og nukleærmedisin på 3 prosent for å kunne håndtere forventet somatisk aktivitetsvekst i 2018. For dette er klinikken tilført 10 millioner kroner for å understøtte en moderat oppbemanning. Dette gir rom for 9 nye stillinger (5 overleger og 4 radiografer). Kapasitet på eksisterende maskinpark er under press, og klinikken er avhengig av kontinuerlig utskifting av tungt utstyr. Maskinkapasitet utnyttes der det er mulig på kveldstid samtidig som pasientgrupper flyttes mellom lokalisasjoner der det er hensiktsmessig. Klinikken arbeider kontinuerlig med å redusere etterspørselen og forbedre driften, men det blir vurdert å være svært krevende å innfri et generelt krav om 3 prosent aktivitetsøkning i 2018 selv om det er gitt rom for en moderat oppbemanning.

5.4 Kirurgisk støttevirksomhet: Anestesi, operasjon og PO/Intensiv i Akuttklinikken

Akuttklinikken har ansvar for anestesi, operasjon og PO/Intensiv - hovedsakelig for de kirurgiske klinikkene.

I 2017 har det vært økt aktivitet innen anestesi på om lag 2 prosent.

For postoperativ (PO)-/intensivområdet har klinikken i 2017 hatt en økning på 1,4 prosent på antall PO-pasienter, en nedgang på 3,7 prosent på antall liggedøgn PO-pasienter og en nedgang på 5,4 prosent på antall respiratordøgn sammenlignet med 2016. 2016 var imidlertid et svært krevende år for disse områdene. Hvis man sammenligner med aktivitetsnivået fra 2015 er aktiviteten i 2017 hittil i år målt i antall respiratordøgn 1,6 prosent høyere.

I 2018-budsjettet er det forutsatt en vekst på 2,0 prosent for støttefunksjonene i Akuttklinikken. Dette forutsettes gjennomført uten bemanningsøkning og økt utgiftsramme.

For Akuttklinikken er dette en stor utfordring på operativ virksomhet da varekostnader og medikamenter er en variabel kostnad med antall og type inngrep. Det er bestillinger/signaler om behov for økt kapasitet i en rekke kirurgiske områder inn i 2018. Dette skal i hovedsak løses ved økt aktivitet innenfor eksisterende rammer. Reduksjon av strykninger og bedre stueutnyttelse vil være virkemidler for å få til dette.

5.5 Prehospitalt område

Prehospital klinikk består av 4 operative avdelinger og administrasjon. I tillegg er NAKOS (Norsk Akuttmedisinsk Kompetansesenter) organisert som en del av klinikken.

Virksomheten innebefatter ambulansetjenesten og Pasientreiser i Oslo og Akershus, AMK-sentral for Oslo, Akershus og Østfold (inkl. regional AMK-sentral ved hendelser som krever samordning). Klinikken har også ansvar for regional koordinering av luftambulanshelikoptre i Helse Sør-Øst og medisinsk bemanning av den nasjonale luftambulans og redningstjenestens baser på Lørenskog, Gardermoen og Rygge. Medisinsk sett spenner virksomheten fra pasienttransporter i taxi til avanserte intensivtransporter med fly og helikopter. Virksomheten dekker ca. 1,6 millioner innbyggere.

Det er ikke gitt noen vekstmidler til klinikken i 2018, og det forventes en aktivitetsvekst på 2 prosent. Dette betyr at klinikken må effektivisere for å ta unna aktivitetsveksten innenfor samme kostnadsnivå som i 2017 og med samme ressurser. 2 prosent aktivitetsvekst tilsvarer antall oppdrag én ambulans kjører i løpet av ett år. Det er også gitt et krav til kostnadsreducerende tiltak tilsvarende 1 prosent av styringsfarten, noe som tilsvarer 7 millioner kroner. Styringsfarten inn i 2018 er også justert for helårseffekt av lønnsopprykk fra lønnsgruppe 3 til gruppe 4 på 3 millioner kroner som klinikken må håndtere innenfor dagens ramme. I tillegg er det fordelt ut krav fra fellesposter til klikkene etter resultat og størrelse på klinikken. Dette utgjør 1,4 millioner kroner i ytterligere redusert ramme for klinikken. Totalt er rammen redusert med 11,4 millioner kroner ifht kostnadsnivået i 2017 i tillegg til effektivisering av aktivitet som tilsvarer 12 millioner kroner (en døgnbillekvivalent).

Omorganisering av sykehusenes opptaksområder, demografiske endringer, kommunesammenslåinger, legevaktstruktur, trafikale forhold og endring av politidistrikter har stor betydning for driften av prehospital klinikk ved Oslo universitetssykehus HF.

Fra mai 2018 vil spesialisthelsetjenesteansvaret for Vestby overføres fra Akershus universitetssykehus HF til Sykehuset Østfold. Dette innebærer endring i budsjett 2018 for Oslo universitetssykehus HF og det er dialog med Helse Sørøst rundt denne gjennomføringen.

5.6 Aktivitet psykisk helsevern

Etter innføring av ISF innenfor psykisk helse og TSB fra 1.1.2017 er rapportering av antall polikliniske konsultasjoner endret. Dette innebærer avvik mot budsjett og manglende sammenligningsgrunnlag fra 2016 til 2017. Til intern bruk utarbeider derfor Oslo universitetssykehus HF et korrigert rapporteringsgrunnlag for å kunne følge opp aktiviteten i

forhold til forutsetningene i budsjettet og faktisk endring i antall konsultasjoner fra 2016 til 2017.

Innenfor psykisk helsevern for voksne har aktiviteten i 2017 økt betydelig fra 2016 og vært høyere enn budsjettet for alle indikatorer. For 2018 er det budsjettet med samme omfang av utskrivninger og liggedøgn fra døgnvirksomheten som i 2017.

Antall polikliniske konsultasjoner er planlagt å øke også i 2018. Det er lagt inn en vekst på 2,5 prosent eller 2 281 konsultasjoner.

Innenfor psykisk helsevern for barn og unge er aktiviteten til og med oktober 2017, i hovedsak økt fra 2016. På årsbasis for 2017 forventes det at antall polikliniske konsultasjoner blir noe lavere enn budsjettet, mens andre indikatorer blir som budsjettet eller høyere. Avvik for polikliniske konsultasjoner skyldes særskilte problemstillinger knyttet til drift gjennom høsten. For 2018 er det budsjettet med en videreføring av døgnkapasiteten på samme nivå som i 2017. Det samme gjelder for antall oppholdsdager dagbehandling. Det har over lengre tid vært arbeidet med tiltak på flere områder for å øke antall polikliniske konsultasjoner. Det arbeides for å besette ledige stillinger, og noen er ansatt og vil tiltre i løpet av de nærmeste månedene. Det er et kontinuerlig arbeid med oppfølging av sykefravær og av enkeltmedarbeidere for å sikre god registreringspraksis av aktivitet. Dette forventes å gi en økning i antall polikliniske konsultasjoner fremover. For 2018 er det planlagt med en økning i antall polikliniske konsultasjoner på 2,5 prosent eller 1 165 konsultasjoner.

5.7 Aktivitet tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) har det i 2017 vært færre liggedøgn enn budsjettet, mens antall pasienter utskrevet fra døgnbehandling har vært høyere enn budsjettet. Avdelingen arbeider hele tiden med tiltak for å forhindre drop-out og avbrudd i behandlingen.

For 2017 er det en økning i antall utskrivninger og en reduksjon i antall liggedøgn i forhold til 2016. Prognosen for utskrivninger og antall liggedøgn er tilnærmet på nivå med budsjett for 2017. For 2018 budsjettet det med en videreføring av døgnkapasiteten, både for antall utskrevne pasienter og antall liggedøgn i henhold til estimat for 2017. Antall polikliniske konsultasjoner er ved utgangen av oktober 1 039 (5,3 %) høyere enn på samme tidspunkt for 2016 og det er lagt inn en vekstforutsetning på 2,5 prosent eller 560 konsultasjoner fra 2017 til 2018.

5.8 Forskning og utvikling

Oslo universitetssykehus HF er en stor aktør innen forskning, utvikling og innovasjon. Sykehuset bruker om lag 1,7 milliarder kroner årlig til forskning, inkludert ekstern finansiering og beregnede kostnader ved støttefunksjoner og infrastruktur. Tabellen under viser hvordan ressursbruken ble finansiert i 2016, samt utvikling 2012-2016:

OUS HF*	2012	2013	2014	2015	2016	Andel 2016
Basis HF	800 137	850 289	662 926	928 958	916 226	54 %
HSØ, ØM**	319 492	353 244	341 661	353 010	325 026	19 %
HOD***	43 428	56 348	95 300	63 210	71 796	4 %
Eksterne	269 808	262 384	311 396	358 119	397 353	23 %
Totalt	1 432 865	1 522 266	1 411 284	1 703 297	1 710 401	100 %

*Ekskl. Kreftregisteret, datterselskaper og andeler i selskaper (f.eks. Inven2).

**Øremerkede midler, kun det som er tildelt som forskningsmidler.

***Helse- og omsorgsdepartementet/direktorater, samt innovasjonsprosjekter HSØ.

Det har vært en moderat vekst i ressursbruken til forskning de siste årene og en klar økning i aktivitet målt i antall artikler. Sykehusets andel av nasjonal og regional forskningsproduksjon, målt i poeng for artikler og doktorgrader, er imidlertid noe redusert sammenliknet med situasjonen for 8-10 år siden som følge av betydelig vekst i andre helseforetak.

Hoveddelen av veksten i ressursbruk kommer fra en økning i eksternt finansierte prosjekter. Helse Sør-Øst RHF forventer at Oslo universitetssykehus HF i økende grad søker eksternt finansiering til store nasjonale og internasjonale forskningsprosjekter og ikke minst at EU-finansiert forskning øker i omfang. Slike prosjekter er ressurskrevende å delta i. Det kreves både tilstrekkelig avsatt tid og støttepersonell dersom en skal lykkes med større, multinasjonale, EU-finansierte prosjekter. Tidvis stilles også eksplisitte krav til utstyr. Prosjektene gir imidlertid tilgang til svært viktige nettverk, teknologi og internasjonal kompetanseutveksling. Eksternt finansiert forskning krever både infrastruktur og annen tilrettelegging og prioritering i sykehusets virksomhet. Eier har gjennom de siste årene stilt krav om styrking av infrastruktur for utprøving av legemidler og testing av nytt medisinskteknisk utstyr og teknologi. Det følger ikke ekstra midler med dette kravet, og Oslo universitetssykehus HF har bare i noen grad kunnet følge opp med økt satsing. Ett av Helse- og omsorgsdepartementets langsiktige mål er økt kvalitet, omfang og implementering av klinisk pasientrettet forskning, og det forventes at et økt antall pasienter får tilbud om å delta i kliniske studier.

Klinikkene må innenfor sine rammer prioritere hvordan en best kan utnytte basisrammen til sin totale virksomhet, herunder forskning og innovasjon. Det er lagt inn et krav til klinikkene om særskilt vurdering av dette området i budsjettprosessen for 2018. Klinikkene er spesielt bedt om å planlegge ressursbruken slik at den styrker infrastruktur og støttefunksjoner for kliniske studier.

Som det fremkommer av tabellen ovenfor er den største delen av forskningsaktiviteten internt finansiert. Dette innebærer at klinikkene prioriterer en betydelig ressursbruk til forskning finansiert via de ordinære driftsbudsjettene. Klinikkenes forventede ressursbruk til forskning er ikke spesifisert særskilt i budsjettene, men måles/beregnes i ettertid. Det er lagt til grunn at klinikkenes prioritering av ressursbruk til forskning vil være omtrent på samme nivå i 2018 som i 2017.

Sentralt tildelte forskningsmidler i Oslo universitetssykehus er i 2018 budsjettet med tilsvarende beløp som i 2017, dvs om lag 20 millioner kroner. De sentrale midlene går til stimuleringsmidler til klinikkene for å understøtte deres handlingsplaner for forskning, biobanker og registre, fokuserte forskningsområder, helsefaglig forskning og forskningspriser. Det tildeles videre 1,5 millioner kroner i innovasjonsmidler.

Helse Sør-Øst RHF har foreslått å tildele Oslo universitetssykehus HF 155,2 millioner kroner til forskningsformål i 2018 til prosjekter mv (behandles av styret for Helse Sør-Øst RHF 14. desember). Flere av de øremerkede tilskuddene fra Helse Sør-Øst er ikke lønns- og prisjustert for 2018. Dette gjelder blant annet tilskuddet for å drive regionale forskningsstøttefunksjoner, som også inkluderer innovasjonsstøtte til regionen. Dette skaper ekstra utfordringer, all den tid det meste av bevilgningen benyttes til faste lønnsmidler i Oslo universitetssykehus HF. Det samme gjelder øremerkede tilskudd til kvalitetsregistre.

5.9 Utdanning

Det tildeles ikke øremerkede midler fra Helse- og omsorgsdepartementet eller Helse Sør-Øst RHF til utdanningsformål. Dette er lovpålagte aktiviteter som klinikkene må ivareta ut fra de krav som stilles fra utdanningsinstitusjonene og myndighetene, og utdanningsoppgaver må i all hovedsak planlegges innenfor klinikkens ordinære budsjett. I Økonomisk langtidsplan er det påpekt at det vil være et økende behov for å prioritere midler til videreutdanning av spesialsykepleiere til fagområder som er kritisk viktige for driften. Dette fremgår også av sykehusets risikoanalyser, og det arbeides med en særskilt tiltaksplan. I budsjettet for 2018 er rammen til videreutdanning av spesialsykepleiere 47 millioner kroner. Det er avsatt 1 million kroner internt i utdanningsmidler til utvalgte prosjekter og til utdanningspriser.

Fra og med 2017 innføres gradvis en ny struktur for spesialistutdanning av leger, der regionsykehusene får betydelige koordineringsoppgaver gjennom etablering av regionale utdanningssentre. Oslo universitetssykehus er avhengig av tilførsel av midler fra Helse Sør-Øst til dette formålet dersom et regionalt utdanningssenter skal kunne driftes etter intensjonen og er i tett dialog med Helse Sør-Øst om både nivå og finansieringsmodell.

5.10 Nasjonale behandlingstjenester

Oslo universitetssykehus HF har i dag 30 nasjonale behandlingstjenester. 10 av disse er kommet til etter etableringen av Oslo universitetssykehus HF i 2010. Felles for disse 10 nye nasjonale behandlingstjenestene er at Oslo universitetssykehus HF har mottatt 1,7 millioner kroner for hver av disse. Midlene, som har kommet i form av ordinær basisramme, har blitt overført til de aktuelle klinikkens budsjetter i hhv 2012 og 2016. 20 av de 30 nasjonale behandlingstjenestene var etablert på Aker, Ullevål og RH før fusjonen i 2010. Eventuelle tilskudd som har vært gitt til disse 20 nasjonale behandlingstjenestene lå i de tre sykehusenes budsjetter på fusjonstidspunktet. Alle midlene tildelt til nasjonale behandlingstjenester er således inkludert i klinikkens budsjetter og klinikkene må dermed påse at nasjonale behandlingstjenester blir budsjettet. Rapporten fra Helsedirektoratet «Helhetlig gjennomgang – en 5-års gjennomgang av godkjente flerregionale og nasjonale behandlingstjenester i spesialisthelsetjenesten» viser at flere nasjonale og flerregionale behandlingstjenester yter god pasientbehandling, men ikke fullt fungerer etter intensjonen. Oslo universitetssykehus HF skal i samarbeid med Helse Sør-Øst arbeide med forbedringer i de nasjonale behandlingstjenestene i 2018.

6 Bemanningsbudsjett

For å forbedre og effektivisere driften i 2018 er et av hovedvirkemidlene å øke aktiviteten uten at den samlede bemanningen øker, samtidig som det er nødvendig å redusere antall

årsverk på enkelte områder for å kunne prioritere opp vekst på andre områder etter prioritering av sykehusledelsen.

Klinikkenes samlede bemanningsbudsjetter viser at antall budsjetterte årsverk er om lag på samme nivå i 2018 som estimert for 2017. Totalt antall budsjetterte årsverk er anslått å bli redusert med 36 (0,2 prosent). I tillegg er forventet bruk av ekstern innleie av helsepersonell redusert med tilsvarende 34 årsverk (20 prosent). Innenfor bemanningsbudsjettet for 2018 er det en liten vridning mellom årsverk med ekstern finansiering som øker med 26 (2 prosent) til årsverk med intern finansiering som reduseres med om lag 60 (0,4 prosent). I antall budsjetterte årsverk med intern finansiering er det inkludert effekt av tiltak som reduserer antall brutto månedsverk, helårseffekt av endringer gjennom 2017 og nye beslutninger og prioriteringer for 2018 som isolert sett øker antall brutto månedsverk.

Tabellen under viser klinikkenes antall årsverk i 2017 (budsjett og estimer) og budsjettert antall årsverk for 2018 for ordinær drift, dvs eksklusive årsverk som har ekstern finansiering.

Brutto månedsverk	DRIFT			Endring fra estimat 2017	
	B2017	E2017	B2018	Antall	%
Klinikk					
linikk psykisk helse og avhengighet	2 218	2 301	2 289	-12	-0,5 %
Medisinsk klinikk	1 247	1 294	1 272	-22	-1,7 %
Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	742	754	759	5	0,7 %
Nevroklubnikken	850	894	859	-35	-3,9 %
Ortopedisk klinikk	589	611	600	-11	-1,8 %
Barne- og ungdomsklinikke	945	953	944	-9	-1,0 %
Kvinneklubnikken	657	668	659	-9	-1,3 %
Klinikk for kirurgi, infl.med og transplantasjon	961	1 003	985	-18	-1,8 %
Kreftklubnikken	1 319	1 349	1 368	19	1,4 %
Hjerte-, lunge- og karklubnikken	811	849	848	-1	-0,1 %
Akuttklubnikken	1 766	1 786	1 808	21	1,2 %
Prehospital klinikk	776	795	802	7	0,9 %
Klinikk for laboratoriemedisin	1 341	1 336	1 346	10	0,8 %
Klinikk for radiologi og nukleærmedisin	776	789	794	5	0,6 %
Oslo sykehuservice	1 905	1 877	1 855	-22	-1,2 %
Direktørens stab	212	208	217	9	4,2 %
SUM	17 114	17 468	17 405	-62	-0,4 %

7 Omstilling budsjett 2018

Erfaringene fra omstillinger i driften så langt kombinert med omfanget av de økonomiske utfordringene framover tilsier at gjennomføringskraft i klinikkene må suppleres med tiltak på sykehusnivå. Dette betyr et sterkere fokus på at mange av de tiltakene som må gjennomføres i enhetene i linjen er generiske (i stor grad like på tvers av linjeorganisasjonen). Dette har vært hovedfokus i budsjettprosessen for 2018 i foretakets ledergruppe gjennom programmet forbedret drift 2017 – 2021.

Klinikkene har vært pålagt å kategorisere tiltakene i samsvar med prosjekter som gjennomføres i programmet forbedret drift 2017 - 2021.

Klinikkenes rapporterte status for planlagte tiltak i 2018 viser at hovedfokus i omstillingsarbeidet for budsjett 2018 vil være innenfor områder som omhandler styring og kontroll av bemanningsressurser. Det har i budsjettprosessen for 2018 for øvrig vært fokus på prosjektene knyttet til poliklinikk, operasjon, medikamenter, lønnsomme investeringer og innkjøp. Samlet har planlagte tiltak i 2018 en økonomisk verdi på om lag 300 millioner kroner.

Summer av Budsjettert øk. effekt	
Type tiltak	Totalsum
Tiltak for bedre gjennomføring av poliklinisk drift	3 587
Klinikkvise tiltak	56 707
Reduksjon i bemanningskostnader og ressursbruk	152 681
Bedre innkrevningsrutiner	7 531
Begrense medikamentkostnadene	21 440
Lønnsomme investeringer	11 225
Effektivisering av operasjonsdriften	5 500
Redusere innkjøpsutgiftene	26 026
Reduksjon av arealkostnader	8 417
Totalsum	293 114

Klinikkene er bedt å vektlegge følgende i forbindelse med kvalitetssikring av tiltak i budsjett 2018:

- Tiltaket bør ha høy sannsynlighet for å lykkes
- Tiltaket bør vurderes til å ha et godt økonomisk potensiale (dokumentert økonomisk effekt)
- Tiltaket som krever organisatoriske endringer på tvers av klinikker må være «avstemt med nabo»
- Alle tiltakene må være konkretisert med en eier i lederlinjen som er ansvarlig for gjennomføring
- Det er ingen grunn til at ikke målet skal være 100 pst gjennomføring

Den klinikkvise fordelingen av tiltak fremkommer i budsjett 2018 slik:

Planlagte tiltak 2018	
Klinikk	Totalsum
PHA	46 656
MED	15 516
HHA	19 750
NVR	10 000
OPK	6 203
BAR	15 530
KVI	2 200
KIT	12 130
KRE	16 857
HLK	12 315
AKU	23 444
PRE	7 750
KLM	40 295
KRN	11 929
OSS	52 539
Totalsum	293 114

Klinikkene er bedt om å risikovurdere planlagte tiltak både i forhold til økonomisk effekter og gjennomføring. Når det gjelder planlagte økonomiske effekter er 6 % av de planlagte tiltakene vurdert med høy risiko for økonomisk effekt, 49 % med medium risiko og 45 % med lav risiko for økonomisk effekt.

Det er fra klinikkene vurdert at 10 % av planlagte tiltak har høy risiko når det gjelder gjennomføring. Gjennomføringsrisiko er bla knyttet til uavklarte forhold ved planlagte flyttinger.

Klinikkenes tiltak for 2018 på 293 millioner kroner er i hovedsak knyttet til omstillinger for reduksjon av kostnadene. I tillegg legges det i budsjettet opp til at økt aktivitet i somatisk virksomhet skal skje innenfor eksisterende bemanning. Verdien av en økt aktivitetsvekst innenfor somatisk virksomhet på 2 prosent fratrukket økte varekostnader vil være om lag 60 millioner kroner.

Samlet økonomisk verdi på planlagte tiltak for gjennomføring av virksomheten i 2018 er på om lag 350 millioner kroner.

8 Tabellvedlegg

Tabeller til budsjettdokument 2018	
1.	Inntektsramme fra Helse Sør-Øst RHF
2.	Økonomiske forutsetninger
3.1	Aktivitetsmål for somatikk
3.2	Aktivitetsmål for aktivitet innen psykisk helsevern og TSB
4.	Resultatbudsjett - ØBAK-linjer
5.	Rammetildeling til klinikkene
6.	Bemanning
7.	Investeringsbudsjett

TABELL 1 - Inntektsramme

Beløp i tusen kroner

	Ramme mottatt fra Helse Sør-Øst 04.12.2017
Basisramme til drift og investering foregående år	11 445 683
Nye forhold inn mot 2018:	
KBF 2017 tilbakelegging av uttrekk basis	75 804
KBF 2017 uttrekk av KBF- bevilgning	-77 367
RNB 2017 - pensjon, som i ØLP 2018-21	24 463
Inntektsmodell 2018, fra ØLP 2018-2021	-48 432
Avrunding (wmn 04.12.2017)	-1
Sum endring	-25 533
Basisramme 2018 før statsbudsjettet	11 420 150
Pris- og lønnsvekst	247 983
Andre endringer fra Prop 1S (2017-2018):	
0,5% uttrekk sfa avbryttingsreformen	-65 444
Økt basis sfa avbryttingsreformen	101 493
Reduserte pensjonskostnader	-53 313
Midler fra Raskere tilbake	24 833
Arbeidsmedisinske avdelinger (Statlig tilskudd / ØMI i 2017)	5 530
Kreftlegemidler - helårseffekt 2017	10 499
Legemidler i basis 2017, overført ISF	-22 830
KBF: Uttrekk basisramme	-77 121
KBF: Bevilget sfa score på kvalitetsparametere	83 527
Økt aktivitet, alle tjenesteområder	64 322
Økt aktivitet PHV	8 147
Helsepersonell som gir ISF - nye grupper fra 2018	-344
Overføring fra basis til ISF- psyk	-13 755
Overføring fra basis til ISF- TSB	-3 538
Økte egenandeler	-2 807
Komp. for manglende prisjustering av egenandeler	4 736
Nasjonal inntektsmodell	1 009
H resepter - apotekavanse	-543
Jordmortjeneste, beredskap	88
Hjertestarterregister/ NAKOS	1 397
Nasjonalt medisinsk utrykningsteam	1 800
Bakvakt luftambulansen	3 400
RASP - økt kapasitet	4 000
Vestby kommune, overføring av spesialisthelsetilbud fra 02.05.2018	-7 798
Dyre legemidler, avregning aktivitetsbasert del	13
Sum endring	315 284
Basisramme 2018	11 735 434
Fra post 78, øremerket fra HOD	260 572
Strategiske midler, post 72 (Basisramme)	155 213
Sum forskning	415 785
Nasjonale kompetansetjenester for sjeldne diagnoser, post 78	81 442
Øvrige nasjonale kompetansetjenester, post 78	94 939
Sum nasjonale kompetansetjenester	176 381
Skadelig bruk av doping	4 500
Tilskudd til tumustjeneste	1 477
Kreftregistret	112 400
Behandlingsreiser til utlandet	126 504
Biobank CFS/ME	1 000
Særreaksjonsordning, dømt til behandling	1 700
Forsøksordning tannhelsetjenester i tverrfaglig miljø*	2 900
Narkolepsi hos barn (Nasjonalt forskningsprosjekt)	3 500
Rettsmedisinsk institutt (fra Folkehelseinst. Til OUS fom 2017)	169 800
Med. undersøkelse på barnehusene	3 167
Mammografiprogrammet - kvalitetssikring	800
Avrunding (wmn 04.12.2017)	-1
Sum statlige tilskudd	427 747
Sum faste inntekter 2018	12 755 347

TABELL 2 - Økonomiske forutsetninger

		Egen region
Økonomiske forutsetninger 2018		2018
Enhetspris ISF 2018 (100% DRG, etter budsjettforlik på Stortinget)		kr 43.428
Refusjonssats ISF for aktivitet utført for pasienter fra HSØ		50 %
Enhetspris ISF 2018 for PHV og TSB (100% etter budsjettforlik)		kr 2.354
Refusjonssats ISF for psykisk helsevern og TSB		100 %
Tilleggsrefusjonssats ISF konserninternt gjestepasientoppgjør eksklusiv stråleterapi (innenfor Helse Sør-Øst RHF - utenfor Oslo sykehusområde)		30 %
Tilleggsrefusjonssats ISF konserninternt gjestepasientoppgjør, kun stråleterapi (innenfor Helse Sør-Øst RHF - utenfor Oslo sykehusområde)		50 %
Gjestepasientoppgjør fra andre helseregioner		80 %
Døgnpris utskrivningsklare pasienter		kr 4.747
Gjennomsnittlig lønns- og prisvekst (fra statsbudsjettet)		2,7 %
Herunder lønnsvekst		3,0 %
Herunder prisvekst andre kostnader		2,0 %
Konserninterne gjestepasientpriser voksenpsykiatri 2018:		
Kurdøgn / oppholdsdøgn (HSØ-skriv nr.6)		kr 6.666
Dagopphold og poliklinisk konsultasjon (HSØ-skriv nr.6)		kr 1.663
Konserninterne gjestepasientpriser TSB 2018:		
Avgiftning/utredning, tvang og dobbeltdiagnoseproblematikk (HSØ-skriv nr.6)		kr 8.018
Øvrig døgnbehandling (HSØ-skriv nr.6)		kr 4.008
Priser somatikk 2018:		
Kurdøgn / SSE Voksne		kr 9.664
Kurdøgn / SSE Voksne, psykisk utviklingshemmede		kr 11.490
Kurdøgn / SSE Barn		kr 11.080
Kurdøgn / Solbergtoppen Rehabilitering		kr 6.316
Kurdøgn / Geilomo barnesykehus		kr 5.121
PET-scanning		kr 14.761
Andre priser 2018:		
Nyfødscreening (inkl. tillegg for utvidelse i 2018)		kr 284
Utreisekurdøgn (SSE)		kr 42.621
Sykehotell, pr. døgn dersom det bor en på rommet		kr 1.220
Sykehotell, tillegg pr. person pr. døgn dersom det bor fler på rommet		kr 1.130
Morsmelk pr. liter		kr 832
Lab/Rad, analyse for inneliggende pasienter ved andre sykehus		3,8 x Helfo
Med.genetikk, analyse for inneliggende pasienter ved andre sykehus		1,0 x Helfo
Kurs i regi av regionalt utdanningscenter: Faktureres HF'ene		
Beregning av pensjonskostnad: (ref NRS)		Benyttet i Budsjett 2018
Diskonteringsrente		2,60 %
Lønnsvekst (St.prp.nr. 1)		2,50 %
G-regulering		2,25 %
Pensjonsregulering		1,48 %
Forventet avkastning		3,60 %
Renteforutsetninger: (HSØ-skriv nr.4)		
Driftskreditt		1,00 %
Bundne bankkonti (renteinntekt)		1,20 %
Fordring på HSØ vedr. basisfordring		1,00 %
Langsiktige lån med flytende rente		1,00 %
Langsiktige lån med fast rente		1,03 % - 2,27 %

TABELL 3.1 - Aktivitetsmål for somatikk

Pasientbehandling	Budsjett 2017	Estimat 2017	Budsjett 2018	%-vis endring Budsjett 2018 ift estimat 2017
Antall utskrevne pasienter - døgnbehandling	106 221	107 421	109 591	2,0 %
Antall dagbehandlinger	85 309	81 809	84 087	2,8 %
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	833 105	836 471	846 597	1,2 %

DRG-poeng	Budsjett 2017	Estimat 2017	Budsjett 2018	%-vis endring Budsjett 2018 ift estimat 2017
DRG-poeng for pasienter fra Helse Sør-Øst 2)	221 989	222 251	225 688	1,5 %
DRG-poeng for pasienter fra andre regioner mv	16 068	16 367	16 368	0,0 %
DRG-poeng totalt 2)	238 057	238 618	242 056	1,4 %

Merknad: Estimat 2017 er fra oktober 2017.

2) I budsjettet er antall DRG-poeng negativ grupereffekt inkludert. Klinikkenes vekst i antall DRG-poeng før grupereffekt er 2 prosent.

TABELL 3.2 - Aktivitetsmål for aktivitet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Psykisk helsevern	Budsjett 2017	Estimat 2017	Budsjett 2018	%-vis endring Budsjett 2018 ift estimat 2017
Psykisk helsevern for voksne (VOP)				
Psykisk helsevern for voksne (VOP) Sum DPS og sykehus				
Antall liggedøgn døgntilrettelagt	70 912	72 210	70 610	-2,2 %
Antall utskrevne pasienter døgntilrettelagt	1 798	2 250	2 233	-0,8 %
Antall polikliniske konsultasjoner	103 840	91 231	93 512	2,5 %
Barne - og ungdomspsykiatri				
Antall liggedøgn døgntilrettelagt	5 609	6 200	7 800	25,8 %
Antall utskrevne pasienter - døgntilrettelagt	154	154	171	11,0 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	3 234	4 188	4 188	0,0 %
Antall polikliniske konsultasjoner	52 209	46 604	47 769	2,5 %
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbrukere (TSB)				
Antall liggedøgn døgntilrettelagt	24 998	24 824	24 824	0,0 %
Antall utskrevne pasienter - døgntilrettelagt	2 283	2 330	2 330	0,0 %
Antall polikliniske konsultasjoner	24 508	22 402	22 962	2,5 %
DRG-poeng (PHV og TSB)	Budsjett 2017	Estimat 2017	Budsjett 2018	%-vis endring
DRG-poeng for pasienter fra Helse Sør-Øst	28 756	25 845	27 848	7,8 %
DRG-poeng for pasienter fra andre regioner mv		367	423	15,3 %
DRG-poeng totalt	28 756	26 212	28 271	7,9 %

Merknad: Estimat 2017 er fra oktober 2017.

TABELL 4 - Resultatbudsjett (ØBAK - grunnlag for rapportering)

Beløp i tusen kroner

Resultatbudsjett	Budsjett 2017	Estimat 2017 Rapportert pr. oktober 2017	ØLP 2018 (2017-priser)	Budsjett 2018	Kommentarer til endringer fra estimat 2017 til budsjett 2018
Basisramme	11 508 316	11 532 779	11 567 229	11 806 948	Iht tabell 1 - Inntektsramme fra Helse Sør-Øst RHF.
Kvalitetsbasert finansiering	77 367	77 367	77 367	83 699	Iht tabell 1 - Inntektsramme fra Helse Sør-Øst RHF.
ISF-refusjon dag- og døgnbehandling	3 875 584	3 879 813	3 933 718	3 974 313	
ISF-refusjon somatisk poliklinisk aktivitet	809 376	809 998	821 517	864 391	50 % ISF-refusjon for pasienter fra regionen. Totalt 225.688 DRG-poeng, inkl budsjettet aktivitetsvekst fra 2017 og effekt av nye vektør 2018.
ISF-refusjon poliklinisk PVH/TSB	57 514	51 690	58 376	65 593	
ISF-refusjon pasientadm kreftlegemidler (H-resept)	60 497	61 137	61 404	61 885	
Utskrivningsklare pasienter	2 011	3 000	2 041	3 369	Inntekter fra kommunen for utskrivningsklare pasienter basert på forventet nivå og pris for 2018.
Gjestepasienter	631 901	651 901	641 379	656 515	Inntekter fra aktivitet for pasienter fra andre regioner og fra foretak innen HSØ. For priser innen regionen se tabell 2 - økonomiske forutsetninger. Salg avstemt mot andre HF.
Salg av konserninterne helsetjenester (gjestepasienter)	2 037 357	2 037 357	2 067 918	2 131 257	
Polikliniske inntekter	681 036	681 036	691 250	689 936	Polikliniske lab.inntekter er budsjettet på samme nivå som 2017
Øremerket tilskudd "Raskere tilbake"	61 203	55 203	61 202	0	Ordningen "Raskere tilbake" er avviklet fom budsjettåret 2018.
Andre øremerkede tilskudd	1 326 467	1 326 467	1 346 365	1 496 446	Tilskudd til forskn.prosjekter fra regionen, Kreftregisteret, Rettsmedisin, kjøp av behandling i utlandet mv
Andre driftsinntekter	1 047 999	1 290 235	1 063 719	1 214 128	Det er ikke budsjettet med gevinst fra salg av eiendom i 2018
Sum driftsinntekter	22 176 628	22 457 983	22 393 485	23 048 480	
Kjøp av offentlige helsetjenester	43 958	63 958	43 956	69 339	Endringen knyttet til forventet kjøp av helsetjenester fra kommuner og private i 2018.
Kjøp av private helsetjenester	360 292	340 292	360 290	348 892	Kjøp av private helsetjenester er budsjettet på omlag samme nivå som 2017
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	2 409 726	2 424 726	2 498 896	2 622 528	Økningen skal dekke både prisjustering, økt aktivitet, kostnader til nye legemidler godkjent tatt i bruk av beslutningsforum og nye legemidler hvor finansieringsansvaret overføres fra Folketrygden til helseforetakene
Innleid arbeidskraft	157 101	207 101	112 318	163 703	Det er budsjettet med en reduksjon i bruk av innleid helsepersonell.
Kjøp av konserninterne helsetjenester (gjestepasienter)	66 804	81 804	66 806	74 082	Kjøp av helsetjenester fra andre helseforetak i regionen.
Lønn til fast ansatte	10 682 789	10 627 789	10 674 878	11 165 282	Samlet endring skyldes budsjettet lønnsvekst (3,0 %), tiltak innenfor lønnsrådet og økning på prioriterte områder
Overtid og ekstrahjelp	1 072 148	1 252 148	1 071 354	1 164 984	
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	2 194 865	2 233 060	2 217 685	2 131 949	Pensjon er budsjettet ut fra pensjonskassenes budsjettberegninger for 2017.
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-673 637	-743 637	-673 136	-711 920	Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft er budsjettet noe forsiktig
Annen lønn	1 891 114	1 872 274	1 889 714	1 911 776	Omfatter i hovedsak arbeidsgiveravgift, gruppevelforsikringer, opplæring mv.
Avskrivninger	875 900	910 900	797 079	901 800	Budsjettete avskrivninger for eksisterende anlegg, anlegg under utførelse og planlagte investeringer.
Nedskrivninger	0	0	0	26 500	Budsjettet nedskrivning gjelde bygningsmasse som ikke er i bruk på Radiumhospitalet
Andre driftskostnader	2 853 416	2 955 416	3 047 211	3 037 483	Andre driftskostnader er budsjettet på omlag samme nivå som 2017
Sum driftskostnader	21 934 476	22 225 831	22 107 051	22 906 398	
Driftsresultat	242 152	232 152	286 434	142 082	
Finansinntekter	71 148	71 148	78 391	84 309	Omfatter bidrag fra AS'ene med 38 mnok, samt renteinntekter på skattetrekskto og basisfordring på HSØ.
Finanskostnader	63 300	53 300	64 825	51 391	Omfatter rentekostnader på langsiktige lån overfor Helse Sør-Øst RHF, driftskreditt og finansiell leie.
Finansresultat	7 848	17 848	13 566	32 918	
Ordinært resultat	250 000	250 000	300 000	175 000	

Merknad: Det kan bli endringer mellom ØBAK-linjene som følge av tekniske forhold knyttet til konsernavstemming- og kvalitetssikring

TABELL 5 - Rammetildeling til klinikkene

Beløp i tusen kroner

Klinikk 1)		Eksterne inntekter 2018			Utgiftsramme 2018			DRG-poeng 2018 2)		
		Ordinær drift	Øremerket	Totalt budsjett	Ordinær drift	Øremerket	Totalt budsjett	Ordinær drift	Øremerket	Totalt budsjett
PHA	Klinikk psykisk helse og avhengighet	292 824	89 789	382 613	2 016 067	89 789	2 105 856	0	0	0
MED	Medisinsk klinikk	50 642	72 249	122 891	1 230 156	72 249	1 302 405	27 386	0	27 386
HHA	Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	48 168	10 900	59 068	777 528	10 900	788 428	22 694	0	22 694
NVR	Nevroklinikken	266 163	37 474	303 637	940 794	37 474	978 268	27 702	0	27 702
OPK	Ortopedisk klinikk	75 435	19 505	94 940	630 232	19 505	649 737	21 629	0	21 629
BAR	Barne- og ungdomsklinikken	98 541	134 131	232 672	966 287	134 131	1 100 418	15 095	0	15 095
KVI	Kvinneklinikken	40 131	32 048	72 179	628 911	32 048	660 959	21 401	0	21 401
KIT	Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmed.og transpla	42 947	52 444	95 391	1 070 366	52 444	1 122 810	35 274	0	35 274
KRE	Kreftklinikken	49 117	302 809	351 926	1 438 037	302 809	1 740 846	32 607	0	32 607
HLK	Hjerte-, lunge- og karklinikken	15 673	50 000	65 673	1 120 162	50 000	1 170 162	34 548	0	34 548
AKU	Akuttklinikken	11 160	54 574	65 734	1 860 384	54 574	1 914 958	2 100	0	2 100
PRE	Prehospital klinikk	104 215	10 656	114 871	939 298	10 656	949 954	0	0	0
KLM	Klinikk for laboratoriemedisin	630 716	520 497	1 151 213	1 339 889	520 497	1 860 386	185	0	185
KRN	Klinikk for radiologi og nukleærmedisin	180 153	19 326	199 479	846 245	19 326	865 571	0	0	0
OSS	Oslo sykehuservice 3)	273 694	37 906	311 600	2 213 145	37 906	2 251 051	0	0	0
DST-1	Staben - Ordinær drift	73 322	158 802	232 124	383 282	158 802	542 084	0	0	0
DST-2	Staben - IKT	19 000	0	19 000	1 140 891	0	1 140 891	0	0	0
KRG	Kreftregisteret	0	185 941	185 941	0	185 941	185 941	0	0	0
FPO-1	Fellesposter u/finans 4) 5)	18 987 528	0	18 987 528	1 589 473	0	1 589 473	0	0	0
FPO-2	Fellesposter, grupper, pol.kons.samme dag mv	0	0	0	0	0	0	1 435	0	1 435
Sum Klinikker mv		21 259 429	1 789 051	23 048 480	21 131 147	1 789 051	22 920 198	242 056	0	242 056

Noter:

1. Budsjettene er basert på eksisterende organisasjonsstruktur. Endringer i denne vil medføre endringer i klinikkenes budsjetter.
2. Antall DRG-poeng og den klinikkvise fordelingen av DRG-poeng vil kunne bli endret som følge av endringer i intern fordeling, nye DRG-vektorer / ny grupper mv.
3. Finansiell leie, som i tabell 4 er en finanskostnad, ligger inne i OSS's utgiftsramme med 13,8 mill.kr. Totalt utgiftsbudsjett er derfor i denne tabellen 13,8 mill.kr høyere enn Sum driftskostnader i tabell 4.
4. Inntektene på Fellesposter er i hovedsak Basisramme og DRG-inntekter.
5. Utgiftene på Fellesposter er i hovedsak avsetning til lønnsoppgjør, pensjon (mye av pensjonskost.ligger hos klinikkene), overlegepermisjoner, pasientadministrerte legemidler (H-resept), gjestepasienter, avskrivninger og risikoavsetning mv

TABELL 6 - Bemanning (årsverk)

Klinikk		Brutto årsverk 2017 1) 2)			Brutto årsverk 2018 1) 2)		
		Budsjett 2017	Faktisk i november 2017	Gjennomsnitt pr november 2017	Øremerkede midler	Ordinær drift	Budsjett 2018
PHA	Klinikk psykisk helse og avhengighet	2 276	2 297	2 288	59	2 289	2 348
MED	Medisinsk klinikk	1 322	1 378	1 370	59	1 272	1 331
HHA	Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	754	781	765	8	759	767
NVR	Nevroklippen	888	953	934	36	859	895
OPK	Ortopedisk klinikk	602	624	624	11	600	611
BAR	Barn- og ungdomsklinikken	1 060	1 041	1 063	119	944	1 063
KVI	Kvinneklippen	688	690	700	31	659	690
KIT	Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon	1 009	1 056	1 046	51	985	1 036
KRE	Kreftklippen	1 626	1 696	1 681	366	1 368	1 734
HLK	Hjerte-, lunge- og karklinikken	849	913	892	43	848	891
AKU	Akuttlinikken	1 775	1 814	1 824	40	1 808	1 848
PRE	Prehospital klinikk	786	796	789	9	802	811
KLM	Klinikk for laboratoriemedisin	1 768	1 755	1 757	435	1 346	1 781
KRN	Klinikk for radiologi og nukleærmedisin	776	789	785	17	794	811
OSS	Oslo sykehusservice	1 939	1 905	1 916	47	1 855	1 902
DST-1	Staben - Ordinær drift	207	216	223	46	164	210
DST-2	Staben - IKT	53	52	49	4	53	57
KRG	Kreftregisteret	173	161	161	159		159
FPO	Ufordelt	0	1	0			0
OUS Totalt		18 549	18 920	18 867	1 540	17 405	18 945

Noter:

1) Brutto månedsværk, inkl eksternt finansierte

2) Tabellen over er ikke direkte sammenlignbar med klinikkvise tabeller i budsjettokumentets punkt 6 fordi denne tabellen oså innholder årsværk knyttet til øremerkede midler

TABELL 7 - Investeringsbudsjett

Investeringer (ekskl. byggelånsrenter)		Budsjett 2017	Estimat 2017 (inkludert overheng og forskudd)	Budsjett 2018
(Beløp i millioner kroner)				
Ordinære investeringer	MTU	467	340	378
	Bygg	235	273	193
	Annet	76	63	58
	Egenkapital pensjon	43	49	55
	IKT ¹⁾	38	30	36
	Ufordelt	30		
	SUM	890	754	720
Øremerkede investeringer	MTU	16	11	10
	Bygg		11	5
	Annet			
	IKT ¹⁾	0		
	SUM	16	22	15
Fase 1 Omstilling	MTU	18	2	
	Bygg	152	138	66
	Annet			
	SUM	170	140	66
Fase 2 Tilsynsavvik og oppgraderinger	MTU			
	Bygg	450	265	420
	Annet			
	SUM	450	265	420
TOTALT	MTU	501	353	388
	Bygg	837	686	684
	Annet	76	63	58
	Egenkapital pensjon	43	49	55
	IKT ¹⁾	38	30	36
	Ufordelt	30		
	SUM	1 526	1 181	1 221
Finansiert med	Ordinær likviditet	364	364	326
	Driftsresultat	350	287	178
	Fordring på HSØ RHF	0	0	7
	Lån	485	325	346
	Øremerkede tilskudd	16	22	15
	Finansiell leie	311	183	313
	Annen finansiering			36
	SUM	1 526	1 181	1 221

1) Investeringer i IKT regnskapsføres i Sykehuspartners regnskap.



Budsjett 2018

Oslo universitetssykehus HF

Klinikkvise tekstdokumenter



Innholdsfortegnelse

Klinikk psykisk helse og avhengighet.....	3
Medisinsk klinikk.....	6
Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi.....	10
Nevroklinikken.....	12
Ortopedisk klinikk.....	15
Barne- og ungdomsklinikken	18
Kvinneklinikken	22
Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon.....	26
Kreftklinikken	30
Hjerte-, lunge- og karklinikken	34
Akuttklinikken.....	37
Prehospital klinikk.....	41
Klinikk for laboratoriemedisin	44
Klinikk for radiologi og nukleærmedisin	47
Oslo sykehusservice	50

1. Vurdering av inngangsfart til 2018 og fordeling av krav til resultatforbedring til avdelingene

Økonomisk resultat for klinikken er ved utgangen av oktober et negativt budsjettavvik med 32,2 mno. Klinikken har per oktober estimert et negativt årsresultat for 2017 på 29,1 mnok.

Klinikkens utfordringer fra drift 2017 til budsjett 2018 ligger i hovedsak på personalkostnader i Akuttpsykiatri voksen og i de Lokale sikkerhetspsykiatriske enhetene i Døgnavdelingen. Mulighetene for reduserte kostnader betinger redusert liggetid og et raskere pasientforløp for døgnpasienter mellom avdelingene Akuttpsykiatri voksen, Døgnavdelingene voksen og DPS'ene. Dette krever utvidet kapasitet på DPS'ene med døgnåpent på alle sengeenheter hele kalenderåret. I tillegg kreves en robust bemanningsplan med tilhørende finansiering på døgnenhetene i Akuttpsykiatri voksen og i de to lokale sikkerhetspsykiatriske enhetene som klinikken drifter for hele Oslo sykehusområde. Redusert liggetid innebærer minst to komponenter; endre behandlingsprofil og tydeliggjøre en tidligere utskrivning til neste behandlingsnivå. Bydelene/Oslo kommune må ta i mot pasientene raskere enn nå.

Klinikken ble for budsjett 2017 trukket 7,3 mnok. i ramme for kommunal oppbygging av plasser i Kommunal Akutt Døgnbehandling (KAD). Reduksjonen er videreført inn i budsjett 2018. Det er hittil ikke opprettet én eneste KAD døgnplass i voksenpsykiatri eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Klinikken overførte midler til kommunen har ikke noen effekt inn i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

a. Nye forhold som påvirker drift i 2018.

Klinikken har fått tildelt midler til følgende ny oppgaver i 2018:

- Drift av medisinfri behandling ved ny sengepost ved SO DPS 10,0 mnok.
- Videreføring av Front Team Ungdom (13-18 år) ved Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling, til helårseffekt 8,0 mno. 4,0 mnok.
- RASP. Bevilget direkte fra HSØ for økt bemanningskapasitet for å kunne gi pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser et bedre døgntilbud. 4,0 mnok.

I tillegg er det gitt et foreløpig tilskudd til drift av Psykosomatisk enhet overtatt fra Nevro-klinikken.

b. Fordeling av krav til resultatforbedring i klinikken

Klinikken er tildelt en kostnadsramme til budsjett 2018 i henhold til budsjett 2017, med enkelte justeringer som er gjennomført i løpet av året. Kostnadsrammen er fordelt utover på avdelingene i henhold til fordelingen for budsjett 2017. Krav til resultatforbedring, med kostnadsreduserende tiltak for 2018, knyttes hovedsakelig til de avdelinger som har negativt avvik mot budsjett for 2017.

Klinikken har siden 2012 levert aktivitet over og til dels godt over budsjett, med drift og regnskap i henhold til det enkelte års oppdragsdokument med de krav og forventninger som er stilt. Best mulig pasientbehandling til flest mulig på riktig behandlingsnivå, har vært målsettingen for klinikken. Samtidig er det gjort flere kostnadsreduserende driftsendringer for å gjennomføre virksomheten innenfor kostnadsrammen. Klinikken har ikke fristbrudd. Ventelister er på klinikknivå godt under de nasjonale og regionale føringer.

Kostnadsreduserende tiltak er over flere år gjennomført. Mulighetene for å iverksette ytterligere nye tiltak er etter hvert sterkt redusert. Det vanligste tiltaket nå for å holde tildelt

kostnadsramme, er en kortere eller lengre periode med ledighold av stillinger. Dette er ikke et ønskelig tiltak. Bruk av «ostehøvelkutt» er det ikke rom for lenger.

2. Status for utarbeidelse av tiltak

Klinikkens muligheter for reduserte kostnader ligger i dreining av døgnbehandling av pasientene fra kostbare sykehusplasser til mindre kostnadskrevende DPS døgnplasser og poliklinisk behandling. Dette er i tråd med føringene i klinikkens oppdragsdokument. Dette vil redusere liggetidene og dermed personalkostnadene betydelig for de enhetene som i dag har et stort overforbruk i forhold til budsjett. Dette krever imidlertid finansiering for å bygge opp døgnkapasiteten ved Nydalen DPS. Øket kapasitet ved Søndre Oslo DPS er allerede under etablering.

Klinikken har lagt inn kostnadsreduserende tiltak i budsjettet på 37,4 mnok., hvorav 13,4 mno. er usaldert med 2,4 mnok. på Døgnavdelingen, 2,5 mnok. på BUP og 8,5 mnok. på sentral klinikk. Klinikken må sette i gang et arbeid for å identifisere områder som kan redusere kostnader tilsvarende disse kravene.

a. Beskrivelse av tiltak for å øke aktiviteten

Avdelingene har fått et felles krav om å øke sin polikliniske aktivitet med 2,5 % fra 2017 til 2018. Dette kravet er innarbeidet i klinikkens aktivitetsbudsjett for 2018.

Det har i flere år vært en god vekst i poliklinisk pasientbehandling. Denne økningen er i det vesentlige oppnådd ved en bedret organisering av polikliniske konsultasjoner, med dreining mot høyere andel av legespesialister, psykologspesialister og psykiatere ved poliklinikkene, samt gode effektive pasientforløp og stadig bedret registreringspraksis. Med en historisk høy aktivitet, langt utover budsjett, uten tilførsel av vekstfinansiering for 2017, er det svært vanskelig å øke konsultasjonsaktiviteten ytterligere uten en økning i tildelte behandlerressurser.

Klinikken er tildelt nye midler for 2018 til nye definerte oppgaver innen døgnbehandling, som ikke påvirker den definerte målbare polikliniske pasientaktiviteten i vesentlig grad. For dag- og døgntjenestene er det forutsatt tilnærmet samme aktivitet som for 2017.

b. Beskrivelse av alle andre tiltak

Klinikken arbeider løpende med ulike former for optimalisering av egen drift. OUS har etablert en styringsgruppe og definert ulike prosjektområder med formål å forbedre driften i OUS i perioden 2017 – 2020. Klinikken har identifisert ulike typer tiltak som er spesifisert i innhold og omfang. Disse er risikovurdert både med hensyn til gjennomføring og effekt for pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljø.

3. Risikovurdering

En vesentlig forutsetning for å løse klinikkens utfordringsbilde og å gjennomføre nødvendige kostnadsreduserende tiltak, er å kunne bygge opp døgnkapasiteten ved DPS avdelingene. Av klinikkens totale tiltak på 37,4 mnok., er 9,9 mnok., eller 26 % vurdert med gjennomføringsrisiko rød.

Den mest uttalte risiko er at konsekvensene av tiltakene er at de kan medføre redusert pasientaktivitet. Ledighold av stillinger er det mest vanlige kostnadsreduserende tiltaket.

4.Medvirkning

Involvering i budsjettarbeidet fra ansatte, tillitsvalgte og verneombud er en viktig forutsetning for en god prosess. Klinikkledeledelsen har uttrykt et klart ønske og ambisjon om deltakelse og involvering fra alle nivå i arbeidet med vurdering av eventuelle endringer, samt risiko- og konsekvensvurderinger.

Klinikken har drøftet budsjettleveransen i november med tillitsvalgte, samt behandlet den i KAMU. Informasjon om status i budsjettarbeidet har skjedd fortløpende med klinikktilitsvalgte i Klinikforum og for vernetjenesten i KAMU gjennom hele budsjettprosessen. Klinikens Brukerråd er informert.

Avdelingene i PHA har videre gitt tilbakemelding om medvirkning og involvering i budsjettprosessen av ledere på alle nivåer ned til enhetsnivå. Tillitsvalgte, vernetjenesten og til dels brukerråd har vært involvert og informert. Det har vært innkalt til møter, det meldes om varierende deltakelse.

Klinikk

Medisinsk klinikk

1. Vurdering av inngangsfart til 2018 og fordeling av krav til resultatforbedring til avdelingene

Etter rapportering for oktober har Medisinsk klinikk et prognostisert resultat på – 50,5 mnok.

Av budsjettsskriv I mottatt 5. juli gis klinikkene i oppdrag å effektivisere med 3 %, hvorav minimum 1 % skal være kostnadsreducerende tiltak. Medisinsk klinikk har levert på denne bestillingen.

Av restutfordring etablert 14. november ble halvparten fordelt etter andel underskudd i klinikkene. Siden Medisinsk klinikk har 22 % av underskuddet i OUS ble vi tildelt 6,5 mnok. Den andre halvparten ble fordelt pro rata etter størrelse på ramme. Til sammen ble dette 9 mnok i ytterligere utfordring for Medisinsk klinikk.

2. Nye forhold som påvirker drift i 2018

I innlevering 1 den 12. oktober oppga klinikkene inn prioriterte liste. På denne listen er det også satt opp områder som vi vet vil få en kostnadsøkning i 2018.

LIS 1, 2 & 3

I 2018 og 2019 vil systemet for utdanningsløp for LIS 1, 2 & 3 endres. Dette vil påvirke klinikken i og med at det med stor sannsynlighet vil kreve økt ressursbruk for gjennomføring. Det er p.t. ikke klart hvilke merkostnader dette vil innebære. Et sykehusovergripende prosjekt er satt i gang for se på hvordan ny opplæring blir og hva merkostnader vil bli.

LIS 1 har allerede fått en konsekvens ved at Gastrokirurgisk avdeling i KIT har utvidet fra 7 delt til 9 delt vakt. Dette krever 1,5 legeårsverk ved koststed for turnusleger, som administreres og lønnes på vegne av helseforetaket fra Medisinsk klinikk.

Biologiske legemidler

Klinikken har aktivitet hvor veksten er høyere en normal aktivitetsvekst og kostnader ikke dekkes av den etablerte DRG sats (underfinansiert i DRG systemet). Poliklinisk behandling med biologiske legemidler er en slik aktivitet, og det er estimert et nettotap på 4,8 mnok. for 2018.

Pasientadministrert hjemmedialyse

I perioden 2014 - 2017 har aktivitet økt fra 23 til 45 pasienter. I 2018 er det forventet samme vekst som vi har sett de 2 siste år. Dette vil medføre en økning i varekost på 2,6 mnok utover det klinikken er tilført i rammemodeller. Det er nå et behov for å øke med en sykepleier med årlig kost på 0,7 mnok. Total kostnadsøkning for 2018 vil derfor bli 3,4 mnok.

a. Fordeling av krav til resultatforbedring i klinikken

Medisinsk klinikk identifiserte 5 områder med potensiale:

- Korrekt bruk av «Fritak egenandel»
- Medikamentbytte
- Reduksjon bruk av innleie
- Reduksjon overtid / mertid knyttet til fastvakter
- Sommerdrift

Det ble beregnet et potensiale per avdeling innenfor disse områdene tilsvarende 12 mnok. Restutfordring ble fordelt etter kostnadsramme med skjerming av enkelte enheter som kompetanseenheter, turnus og leger i spesialisering m.m.

3. Status for utarbeidelse av tiltak

Medisinsk klinikk har levert i henhold til budsjettsskriv I. Aktivitetsvekst på 1,7 % og 1,3 % kostnadsreducerende tiltak. Totalt effektivisering 3 %.

a. Beskrivelse av tiltak for å øke aktiviteten

Forventet aktivitetsvekst 2018 fordeler seg mellom døgn (+1,2 %), dag (+5,0 %) og poliklinikk (+2,0 %).

Døgnaktivitet

Medisinsk klinikk har erfart en aktivitetsnedgang i 2017 hvor hypotesen er at det skyldes en effekt av samhandlingsreform. Av den grunn er Medisinsk klinikk konservative i økning av døgnaktivitet for 2018. Med det aktivitetsnivået som er forventet i 2018 vil klinikkens sengeposter ha et belegg i overkant av 91 %.

Endringen ser også ut til å skape vridningseffekter. Nedgang i øyeblikkelig hjelp på 2 % målt i antall og 0,5 % målt i DRG indikerer at gjennomsnittlig tyngde på gjenværende pasienter øker.

Dagaktivitet

Økning vil i hovedsak uttrykke seg ved aktivitet knyttet til behandling med biologiske legemidler. Veksten for dette området vil være i overkant av ett ekstra opphold per dag. Utfordringer knyttet til varekostnad er tatt med i særskilte satsningsområder og omtalt over.

Poliklinikk

Med en økning på 2,0 % vil det være behov for en økning på ca. 1900 konsultasjoner. Økningen vil være krevende både når det gjelder areal og ressurser, men kan gjennomføres med lav og medium risiko.

b. Beskrivelse av alle andre tiltak

Hoveddelen av tiltakene knytter seg til de fem områdene under punkt 2b. Utover det kreves det ytterligere kostnadsreducerende tiltak fra avdelingene på ca. 3 mnok. Dette er løst med flere typer virkemidler som redusert sykefravær, redusert medikamentbruk, oppsigelse av leieavtale o.l.

Ett av tiltakene innebærer besparelse på 4,8 mnok. sentralt (medikamentbytte hvor varekost føres på fellesposter OUS) og en kostnadsøkning i klinikk på 1,3 mnok.

Fordeling restutfordring 14. november 2017

Som omtalt over er Medisinsk klinikk tildelt ytterligere 9 mnok i redusert ramme, og ender dermed på et effektiviseringskrav på ca. 3,7 %.

Helt siden sammenslåing til OUS har Medisinsk klinikk iverksatt en rekke grep og tiltak for å tilpasse seg de rammer som er gitt. Disse tiltakene har blant annet ført til:

- Høyest andel deltid¹ og bruk av delte stillinger (et virkemiddel for å oppnå bemanningsnormering)
- Høyt belegg (91 %) for å avstemme behov for senger mot faktisk aktivitet samtidig med å håndtere vekst på eksisterende senger og bemanning²
- Reduksjon og omfordeling av UTA-tid leger
- Analyser viser stor spredning i lønnsnivå for sammenlignbare yrkesgrupper i OUS hvor Medisinsk klinikk har et forholdsvis lavt lønnsnivå
- Det er registrert flere avvik knyttet til arbeidsbelastning.

Gjennom høsten er det jobbet med, og innfridd, forutsetninger i budsjettskriv I. For å løse ytterligere 9 mnok. er det etter klinikkens vurdering behov for større strukturelle endringer som ikke kan løses selvstendig i klinikken med akseptabel risikoprofil for pasientbehandling/sikkerhet, omdømme og arbeidsmiljø.

Klinikken har p.t. ikke identifisert tiltak for 9 mnok.

4. Risikovurdering

Siden Medisinsk klinikk fortsatt har høyest andel deltid, gjennomsnittlig belegg på 91 % og en lite fleksibel bygningsmasse er det krevende å gjøre de store grep som skal til uten at dette har en høy risikoprofil, både for Medisinsk klinikk, men også for andre klinikker. Flyt ut av mottak er en pågående utfordring som vil bli forverret ved f.eks. en reduksjon i antall senger.

Videre risikovurdering er gjort i bakgrunn av de tiltak som er arbeidet frem under forutsetning fra budsjettskriv I.

a. Gjennomføringsrisiko

Alle tiltak fra Medisinsk klinikk er angitt med lav eller medium risiko. Tiltakene vurderes i sin helhet som gjennomførbare, men det kan være oppdukkende hendelser som gjør enkelte tiltak mer krevende å gjennomføre enn gjeldende risikovurdering.

b. Risiko for pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljø

Pasientbehandling

Det er klart at en aktivitetsvekst, uten økning i øvrig infrastruktur og bemanning, vil generere ytterligere press og prioriteringsutfordringer i klinikken. Gitt at nivå på ø-hjelp har stabilisert seg på et nytt nivå vil Medisinsk klinikk med vekst i døgnaktivitet på 1,2 % ha budsjettert belegg på 91 %. Dette innebærer sengeposter ofte vil ha belegg opp mot 100 % med de utfordringer det gir.

Ved særskilt høyt belegg vil det bli utfordringer med pasient- og administrativ logistikk som kan medføre uønskede effekter som lengre liggetid. Det vil også kunne gå utover øvrig virksomhet som mottak i Akuttklinikken.

Omdømme

Liten tid til faglig utvikling, forskning og veiledning vil på sikt medføre lavere kvalitet i pasientbehandlingen og gi redusert omdømme fra pasienter og medarbeidere. Forskning, fagutvikling og veiledning bidrar i høy grad til behandlingskvalitet og motivasjon hos

¹ Vist ved analyser utført i tidligere budsjettprosesser og prosjekter knyttet til drift av sengeposter

² Kilde: LIS

medarbeiderne. Omdømme er et vesentlig virkemiddel for rekruttering til Medisinsk klinikk. En svekkelse vil kunne ha negative konsekvenser med få mottiltak.

Arbeidsmiljø

Klinikken ser ingen mulighet til ytterligere nedbemanning. Bemanningsnorm har allerede medført høy arbeidsbelastning. Marginal bemanning medfører at innleie av ekstravakter, overtid og fastvakter er nødvendig ved fravær, og når sengepostene har dårlige og krevende pasienter. Den reduserte aktiviteten erfart 2017 har gjort oss i stand til å planlegge en drift på i overkant av 91 % for 2018. Dette er fortsatt et krevende belegg og vil kreve ekstraordinær innsats og kostnader når variasjon i belegg ofte gir presset kapasitet. I tidligere analyser er det kommet frem at Medisinsk klinikk er den klinikk med størst andel deltidsstillinger i OUS.

5. Medvirkning

Medisinsk klinikk startet budsjettprosess i juni 2017 for å få god tid til prosessen inkl. budsjettforståelse, involvering og medvirkning. Det ble gjennomført budsjettseminar 7 – 8. september hvor tillitsvalgte og verneombud ble invitert. På budsjettseminaret ble det satt av tid til utvikling av ledere og medarbeidere ved å legge et fundament for «Aktivt medarbeiderskap» i Medisinsk klinikk.

Budsjettprosess, økonomisk status og tiltak er jevnlig diskutert i klinikkens ledermøte. Endelig leveranse drøftes 23. november.

1. Vurdering av inngangsfart til 2018 og fordeling av krav til resultatforbedring til avdelingene

Hode-hals-klinikken har per oktober et underskudd på 4,4 mnok. Klinikkenes prognose er et underskudd på 2,8 mnok. Klinikken har hatt en stor positiv effekt av at virksomheten knyttet til oppgradering av Cochleaimplantat i 2017. Denne virksomheten ble DRG-finansiert fra og med 2016 og i 2017 har ØNH hentet inn veldig mye av etterslepet som vi har hatt på oppgraderinger av CI-apparat. Det gjør at man ikke kan forvente samme aktiviteten innen dette området i 2018. Tall fra ØNH-avdelingen indikerer at man går ned med ca. 100 oppgraderinger ift årets tall. Dette innebærer en reduksjon på 580 DRG-poeng i 2018. Det innebærer et inntektsbortfall, med klinikkenes DRG-pris, på 17,4 mnok. Samtidig vil en reduksjon på 100 implantater innebære reduserte kostnader i størrelsesorden 7 mnok.

a. Nye forhold som påvirker drift i 2018

HHA forventer ikke en vesentlig endring av drift for 2018 med unntak av ett forhold. Som følge av alvorlige øyefeksjoner ved Øyeavdelingene i Stavanger og Trondheim ifm opptrekk av medikamenter, så har Helsedirektoratet kommet med nye krav om hvordan disse opptrekkene skal gjøres. Det innebærer at Øyeavdelingen nå må inngå en samarbeidsavtale med sykehusapotekene om opptrekk også av legemiddelet Avastin. Dette vil medføre en merkostnad på om lag 2 mnok. Utover dette er det per i dag ingen kjente nye forhold for driften i 2018.

b. Fordeling av krav til resultatforbedring i klinikken

Kostnadskuttet på 1 % er likt fordelt på alle avdelinger. Inntektskravet er i all hovedsak fordelt på ØNH og Øye som har konkrete tiltak i forhold til aktivitetsøkning.

2. Status for utarbeidelse av tiltak

Klinikken er i prosess med å identifisere tilstrekkelig med tiltak for 2018. Det viktigste enkelttiltaket er på ØNH og økt dagkirurgisk virksomhet på Aker. Dette ble fremmet og godkjent som businesscase i sommer. Det har likevel vist seg å være vanskelig å finne stuekapasitet på Aker for denne virksomheten. HHA jobber nå med å klare å frigjøre operasjonskapasitet ved Aker innen egen klinikk. Ved å ansette en operasjonssykepleier ved Kirurgisk dagavdeling eller Plastikkirurgisk avdeling, så vil man kunne øke den polikliniske virksomheten på Rikshospitalet. Dette vil igjen medføre at man frigjør kapasitet til dagkirurgisk virksomhet for plastisk kirurgi i Rikshospitalet. Dette vil innebære at Plastikkirurgisk avdeling vil kunne overføre den dagkirurgien de i dag gjør på Aker til Rikshospitalet. Det vil frigjøre 3,5 stue i uken til ØNH. Det vil også medføre at Plastikkirurgisk avdeling sine leger vil være på en lokalisasjon mindre, som også vil føre til en mer robust legestab.

Det andre store tiltaket for klinikken er etablering av AMD-klinikk. Dette ble også presentert som en businesscase i løpet av sommeren og er nå godkjent ifm ordinært MTU-budsjett. Det skal nå raskt utredes om det finnes alternative lokaler på Ullevål i bygg 30, eller om man fortette i Øyeavdelingen sine egne lokaler. Tiltaket vil ellers ha en positiv effekt på kostnadssiden som følge av redusert prosjekt og dermed variabel lønnsforbruk. Det forutsetter imidlertid en del nye stillinger, så det er ikke realistisk å ha dette klart allerede ved begynnelsen av 2018. Det er viktig å presisere at det ikke først og fremst er økonomiske hensyn som er bakgrunnen for å gjennomføre dette tiltaket. Øyeavdelinger har nå en pågang

fra denne pasientgruppen som gjør at det kjøres prosjekt 4-5 dager hver eneste uke og med stadig stigende volum så blir det umulig å håndtere pasientgruppen uten noe økt kapasitet på dagtid.

Et annet tiltak på Øyeavdelingen er å gjennomføre et forskningsprosjekt om virketiden på de aktive stoffene i medikamentene som brukes til AMD-behandlingen. Ved å påvise at disse medikamentene har lenger holdbarhet enn det som er protokoll i dag, så vil man redusere mengden seponering av medikamenter og dermed spare kostnader på varekost.

Foreløpig siste identifiserte tiltak for klinikken, er et potensial for reduserte hotellkostnader ved sykehotell ved Rikshospitalet og Montebello. Her har klinikken en del å hente. Effekten av disse tiltakene er i størrelsesorden 15-20 mnok og utgjør omtrent 2,5 % av rammen. Så klinikken er ikke i mål, men må jobbe videre med å identifisere nye tiltak. Klinikken har relativt lav bruk av overtid og innleie, sett bort fra AMD-prosjektet, så det er i utgangspunktet lite å hente innenfor dette området.

I tillegg til nevnte tiltak på Aker for ØNH, så ønsker klinikken at Plastikkirurgisk avdeling får en hel operasjonsstue på Ullevål istedenfor to halve som de har i dag Dette vil føre til at færre pasienter må tas opp til Rikshospitalet og vil gjøre at avdelingens logistikk blir vesentlig forbedret. Dette bør kunne medføre en aktivitetsøkning for avdelingen.

Det er også lagt inn tiltak knyttet til redusert hotellbruk for inneliggende pasienter ved hotellene ved Rikshospitalet og Montebello. Det er særlig ØNH som har et potensial her og avdelingen jobber med å få på plass nye rutiner.

Et annet tiltak er å øke aktiviteten på fremre segment og barneseksjonen ved Øyeavdelingen. Begge disse seksjonene har lange ventelister og man jobber med å øke den operative virksomheten for begge seksjonene. Dette vil kunne kreve noe bemanningsøkning, men vi mener det vil være god økonomi i dette i tillegg til at det er faglig ønskelig.

3. Risikovurdering

a. Gjennomføringsrisiko

HHA mener at det er liten risiko forbundet med gjennomføring av beskrevne tiltak i egen klinikk. Men det er avhengig av at man får den forespurte økning i operasjonsstuekapasitet.

b. Risiko for pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljø

De aller fleste av disse tiltakene vil ha en positiv effekt på pasientbehandlingen. AMD-klinikken vil også en positiv effekt på arbeidsmiljøet da man vil redusere den store graden av merarbeid ved avdelingen. Det vil derimot være stor risiko for ikke å kunne gi denne pasientgruppen adekvat behandling, dersom tiltaket ikke gjennomføres.

4. Medvirkning

Det er informert om utfordringsbildet og mulige strategier for å løse dette i møte med tillitsvalgte. Budsjettet skal driftes i klinikken 24.november.

1. Vurdering av inngangsfart til 2018 og fordeling av krav til resultatforbedring til avdelingene

Nevroklinikken har per oktober økt antall døgnopphold med 8 %, antall dagopphold med 9 % og antall polikliniske konsultasjoner med 6 % sammenliknet med samme periode i fjor. Klinikken har en aktivitetsvekst korrigert for økning i antall tracheostomier på 1,8 %. Vi har per oktober et underskudd på 21 mnok, og et estimert resultat for 2017 er -25 mnok. Per 2. tertial har produktivitet (aktivitet vs. kostnad) økt med 0,5 %, mens arbeidsproduktivitet (aktivitet vs. bemanning) har økt med 2,4 %.

a. Nye forhold som påvirker drift i 2018

Kunnskap om driften i 2018 tilsier økte utfordringer i klinikken grunnet følgende forhold:

- Avvikling av raskere tilbake prosjekt gir klinikken en økt utfordring på 8 mnok.
- Nevrologiske pasienter har økende liggetid i mottak grunnet manglende fremskutt nevrologisk kompetanse i mottak. Det er flere eksempler, avvik og fylkeslegesaker på for dårlig behandling av flere av våre pasienter grunnet samtidskonflikter. Spesielt for slagpasientene er dette kritisk viktig og må bedres ved nevrologisk kompetanse i mottak. En eventuell endring i slag organisering vil påvirke driften.
- Det er forventet en økning innen trombectomier etter at Beslutningsforum kom med retningslinjer i april 2017. For 2018 er det for OUS estimert en økning på 30 - 40 %. Dette krever kapasitet både hos leger og sykepleiere på nevrologisk sengepost på Rikshospitalet, samt anestesi- og radiologiske ressurser.
- Endring i utdanning av legespesialister.
- Endring i medikamentutgifter innen MS og stadig økende implantatkostnader innen Nevrokirurgi som følge av manglende konkurranse i markedet.

b. Fordeling av krav til resultatforbedring i klinikken

Klinikken er opptatt av å gi realistiske rammer til avdelingene. Utgangspunktet for avdelingenes utgiftsramme i 2018 er prognosen for 2017 korrigert for engangsforhold. Fra dette nivået er avdelingene bedt om å redusere utgiftsnivået med 1 %. Samtidig skal avdelingene ytterligere forbedre pasientforløpene og utnytte dagens kapasitet, slik at aktiviteten øker med 2 %.

2. Status for utarbeidelse av tiltak

Klinikken har valgt å fokusere på tre hovedområder for å løse budsjettutfordringen i 2018:

- Øke aktivitet uten å øke bemanning.
- Redusere variabel lønn gjennom bedre planlegging.
- Sikre inntekter vi har krav på ved bedret kodepraksis.

a. Beskrivelse av tiltak for å øke aktiviteten

Klinikken vurderer at det er mulig å øke DRG aktiviteten med 2 % fra 2017 nivå. 75 % av DRG produksjon i klinikken er innen Nevrokirurgi. Nevrokirurgi har utfordringer med strykninger relatert til endret medisinsk tilstand og manglende indikasjon. Dette kan reduseres ved enda større fokus på planlegging og ved å innføre pre-poliklinikk for alle elektive pasienter. Vi mener det er risiko knyttet til aktivitetsøkning innen nevrokirurgi grunnet

allerede høye beleggs tall (>100 %). Klinikken ser derfor på endringer i pasientforløp som kan frigjøre kapasitet.

Vi vurderer det slik at det er mulig å frigjøre noe kapasitet ved å redusere omsorgsnivå (Døgn -> Dag -> Poliklinikk) og ved å bedre koordinering av hele operasjonsforløpet. I dag er sengepost kapasitet og pre-/ per/ og postoperativ aktivitet ikke avstemt godt nok og dermed heller ikke kostnadseffektivt. Innen poliklinikk mener vi det er rom for å øke aktiviteten gjennom bedret planlegging, større bevissthet om hvilke type pasienter som krever hvilken type oppfølging, og ved å redusere ikke-møtt andel. Klinikken er bekymret for endringer i raskere tilbake aktivitet innen fysikalsk medisinsk avdeling og nevrokirurgi. Med dagens kapasitet/resurser, vil det kunne medføre lengere ventetid innen enkelte pasientforløp.

Aktivitetsøkning bidrar til å løse 2 % av klinikkens utfordring.

b. Beskrivelse av alle andre tiltak

Klinikken har arbeidet ut fra krav om kostnadsreducerende tiltak på 1 % av utgiftsrammen, det tilsvarer en tiltakspakke i størrelsesorden 10 mnok. Klinikken har identifisert følgende hoved kostnadsreducerende tiltaksområder:

- Reduksjon i variabel lønn. Dette sikres ved enda bedre tilpasset bemanningsplan opp mot variasjon i aktivitetsbildet innen poliklinikk, sengepost og operasjonsaktivitet. Klinikken vil også se på muligheter for samdrift av sengepostene i ferieperioden, samt enda bedre koordinering av ressursene i lavaktivitetsperioder.
- Reduksjon av vare -og andre driftsutgifter gjennom stram styring på bestillingsrutiner.
- Midlertid ledighold av stillinger.
- Reduksjon i kostnader til pasienthotell.

Klinikken vil arbeide videre for å sikre inntekter gjennom å bedre kodepraksis, blant annet ved korrekt takstbruk på polikliniske konsultasjoner og bedret rutiner for fakturering av ikke-møtt pasienter. Klinikken har så langt identifisert tiltak i størrelsesorden 10 mnok.

Endelig rammetildeling til klinikk tilsier at det er behov for ytterligere kostnadsreducerende tiltak. Det arbeides kontinuerlig med å identifisere ytterligere tiltaksområder, for å møte utfordringen.

3. Risikovurdering

a. Gjennomføringsrisiko

Klinikken har som mål å ha høy gjennomføringsgrad av tiltakene som meldes inn. Dette sikres ved å utarbeide handlingsplaner for gjennomføring på laveste nivå. De største tiltakene i klinikken er innen aktivitetsøkning og effektivisering av driften. Aktivitetsøkning uten endring i bemanning medfører risiko. Klinikken vurderer derfor økonomisk risiko for gjennomføring av budsjett 2018 innen tildelte rammer for å være høy.

b. Risiko for pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljø

Aktivitetsvekst og forbedringer i pasientlogistikken vil bidra til at flere pasienter får behandling og noe redusert ventetid. Dette vil oppleves som positivt av pasientene. Ingen av tiltakene som meldes inn vil ha negativ effekt for pasientene. Vi anser derfor risiko i pasientbehandling og omdømme for å være lav. Klinikken har en økning i sykefravær fra i fjor og det er bekymringsfullt. Endringsprosesser påvirker den enkelte ansatte og kan medføre noe høyere belastning. Vi vurderer derfor risiko innen arbeidsmiljøet som moderat.

4. Medvirkning

Informasjon om budsjettprosessen er gitt fortløpende i dialogmøtene og i AMU. Klinikken har også hatt dialog med brukerrådet og gjennomført eget seminar for tillitsvalgt- og vernetjenesten i klinikken om budsjettprosessen. Vi har hatt fokus på å involvere ansatte, tillitsvalgte og vernetjenesten for å sikre god forståelse og planlegging av driften. Vi mener involvering på klinikk og avdelingsnivå har vært bedre enn tidligere år, men den kan bli bedre på lavere nivåer. Denne leveransen er drøftet med partene på klinikknivå den 22.11.2017.

Klinikk

Ortopedisk klinikk

1. Vurdering av inngangsfart til 2018 og fordeling av krav til resultatforbedring til avdelingene

Ortopedisk klinikk har en negativ årsprognose per oktober på -22 mnok. 5,5 mnok lavere inntekter til DRG, 12 mnok merinntekter andre inntekter og 28 mnok høyere kostnader enn budsjettet.

Selv om prognosen for DRG er 1 % bak budsjett er akkumulert aktivitet per september 4 % over tilsvarende nivå i 2016. Etableringen av den nasjonale behandlingstjenesten for barn på Rikshospitalet og samlingen av protesekirurgien fra Rikshospitalet til Ullevål sykehus i desember 2016 har gitt spesielt barneseksjonen på Rikshospitalet en betydelig vekst. Aktiviteten har likevel vært noe lavere enn forventet blant annet på grunn av den krevende rekrutteringssituasjonen for operasjonssykepleiere. Dette har medført at operasjonsstuen i Storgt. 40 i perioder har måttet redusere aktiviteten samt at antallet langdager har vært lavere enn forutsatt ved Rikshospitalet. Det har vært krevende å benytte de to forutsatte stuen til protese.

Det negative avviket knyttet til DRG oppveies noe av et positivt avvik knyttet til eksterne inntekter og egenandeler på 12 mnok. Dette er blant annet fordi det ved Ortopedisk skadelegevakt har vært en betydelig sterkere vekst i antall konsultasjoner (7 % fra samme periode i 2016) enn befolkningsveksten.

Kostnadene til innleie og variabel lønn forklarer den største veksten i kostnader ut over budsjett. I tillegg har sengepost 1 vært stengt for oppussing i sommer. Varekostnadene har også et avvik blant annet fordi klinikken har avvirket et lager. I mai 2017 var det et utbrudd av VRE på sengeposten noe som medførte perioder med redusert aktivitet, samt ekstra utgifter til gassing og kassasjon av utstyr.

a. Nye forhold som påvirker drift i 2018

Det er flere forhold som vil påvirke driften ved Ortopedisk klinikk. For det første vil planleggingen av den nye Storbylegevakt på Aker kreve personalressurser fra alle yrkesgrupper. Ortopedisk klinikk vil måtte ta ansatte ut av klinisk drift til dette. Finansieringen er per tidspunkt uavklart.

Antallet smittepasienter som krever skjerming og oppfølging øker. Dette påvirker klinikken på flere måter. Når det kommer inn smittepasienter må disse isoleres. Dette kan gjøre at noen senger må stå ledig men smittepasientene legger samtidig beslag på de ansatte.

b. Fordeling av krav til resultatforbedring i klinikken

Ortopedisk klinikk har fått et effektiviseringskrav på 3,9 %. Klinikken har hatt en omorganisering i 2017 slik at det er krevende å fremskaffe sammenliknbare aktivitetstall på seksjon og avdelingsnivå.

Av effektiviseringskravet skal 1,3 % løses ved aktivitetsvekst uten tilsvarende vekst i bemanningen. Per oktober 2017 er det 1668 henviste som venter ved klinikken. Det er en gjennomsnittlig ventetid på 75 dager og ved flere seksjoner er ventetiden mer enn 100 dager. Det er et behov for økt aktivitet. På grunn av spesielle forhold i 2017 vil det være mulig å gjennomføre dette.

I tillegg skal kostnadene reduseres med 15,4 mnok, korrigert for prisvekst. Ortopedisk klinikk har utarbeidet eksplisitte kostnadsreducerende tiltak for dette på alle avdelinger, men har p.t. ikke tiltak for alt.

Ortopedisk avdeling på Rikshospitalet (ORH) og ortopedisk avdeling på Ullevål (ORU) vil måtte håndtere et noe større prosentvis effektiviseringskrav enn de andre enhetene.

Skadelegevakten har fått et lavere krav enn ellers da disse har håndtert en stor vekst i aktivitet i 2017, og aktiviteten er i stor grad øyeblikkelig hjelp selv om det også er noen kontroller. Driften er i all hovedsak knyttet til konsultasjoner og ø-hjelp.

Ortopedisk avdeling for forskning er skjermet fra kutt men klinikken vil jobbe for at en større andel av klinikkens forskning vil finansieres eksternt.

Klinikken er tilført 2,1 mnok til et nasjonalt kompetansesenter for albuekirurgi, midler til varekostnaden ved aktivitetsveksten samt lønns og prisjustering.

2. Status for utarbeidelse av tiltak

Ortopedisk klinikk har november kostnadsreducerende tiltak for 7,2 mnok. Dette er ikke tilstrekkelig til å håndtere hele det forventede kravet om effektivisering. Klinikken vil jobbe videre med dette.

a. Beskrivelse av tiltak for å øke aktiviteten

Klinikken planlegger følgende tiltak for å øke aktiviteten:

- Langdager på Rikshospitalet; Dette gjør det mulig å gjennomføre 2 lengre operasjoner samme dag, slik at operasjonsstuen på ettermiddagene blir bedre utnyttet.
- Klinikken vil omdisponere ressurser for å kunne åpne den ene operasjonsstua til protese. Ventetiden til disse pasientene har økt som følge av samlingen av pasientene på Ullevål.
- Operasjonsstuen på Storgt. 40 jobber for å redusere strykninger og bedre samarbeidet mellom seksjonene.
- Klinikken har gjennomført en intern revisjon av planleggingen på poliklinikk og vil jobbe med flere tiltak for å bedre dette.

b. Beskrivelse av alle andre tiltak

Klinikken har kostnadsreducerende tiltak for 7,2 mnok og jobber med:

- Flere mindre tiltak som vil redusere kostnadene blant annet knyttet til ledighold, bedret planlegging sommeravvikling samt oppsigelse av en leilighet som operasjonssykepleierne har disponert.
- Selvbetalingsautomat på Ortopedisk skadelegevakt. Dette gir besparelser både i form av reduserte månedlige kostnader til porto samt og mindre tid til administrasjon. Dette vil også gi en besparelse utenfor OPK på nesten 0,8 mnok i porto kostnader.
- Hotellposten på Ullevål sykehus. Det er behov for en endret drift av denne hotellposten som kun i liten grad avlaster sengeposten med postoperative pasienter. Klinikken jobber med å konkretisere dette tiltaket. Det er imidlertid en risiko knytte til dette ettersom flere av pasientene ved klinikken er eldre og har andre komplikasjoner slik at de vil kreve preoperative innleggelser.

3. Risikovurdering

Aktiviteten til klinikken har svekket seg i løpet av 2. halvår 2017. Det er en risiko for at kravet om aktivitetsvekst blir vel høyt. Spesielt har det ved Ortopedisk skadelegevakt vært en rekordstor aktivitet i 2017. At aktivitetskravet baserer seg på en videreføring av denne aktiviteten medfører risiko.

Det er en risiko for gjennomføring av budsjettet ettersom bemanningen er presset ved flere enheter. Sengepostene både på Ullevål sykehus og Rikshospitalet er fulle, noe som krever endret utskrivningspraksis og få infeksjoner for å kunne gjennomføre en økt aktivitet. Ved Ortopedisk skadelegevakt er behov for å styrke legebemanningen i helgene. Dette vurderes fortløpende.

Flere av sengepostene drifter med huller i turnus, noe som genererer fast innleie. Klinikken vil jobbe for at det ikke leies inn eksterne, men via faste ansatte fra personalformidlingen. I tillegg er det merkantile personellet selv om det tilbys lite støtte til hhv operasjon, til fysio/ergoterapi på ORU sin poliklinikk v Storgt 40.

a. Gjennomføringsrisiko

Flere av klinikkens tiltak betinger investeringer (mottaksrom, ombygging av poliklinikken). Installeringen av selvbetalingsautomaten krever også bistand fra avdeling for kliniske systemer i OUS samt en avklaring av personvern hensyn. Dette bidrar til en risiko for gjennomføringen.

b. Risiko for pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljø

Som tidligere opplever ansatte arbeidsbelastningen som høy. Økt aktivitet uten tilsvarende vekst i ressurser vil øke arbeidsbelastningen ytterligere.

4. Medvirkning

Klinikken har god dialog med de tillitsvalgte, og det har vært informert om budsjettet på avdelingsledermøter, seksjonsledermøter. Det ble imidlertid kort tid fra endelige rammer forelå til fristen for innlevering slik at tiden til forankring i linjen og tillitsmannsapparatet ble minimal.

Innholdet i budsjettleveransen er formelt drøftet. Det har i tillegg vært eget informasjonsmøte om den videre driften ved hotellet og ansatte har vært involvert i utarbeidelsen av en rapport som ser på bruken av hotellet.

1. Vurdering av inngangsfart til 2018 og fordeling av krav til resultatforbedring til avdelingene

Barne- og ungdomsklinikken har et underskudd på 35 mnok som resultatprognose per oktober for 2017. Her følger de viktigste forklaringene på underskuddet:

- **Merforbruk på variabel lønn og innleie fra vikarbyrå:**
Står for 27 mnok av klinikkens prognostiserte underskudd for 2017, og skyldes økte kostnader innen nyfødtintensiv (spesielt Rikshospitalet), barneintensiv Ullevål (krevende bemanningssituasjon pga. omstillingsprosess) og barnemedisinsk sengepost Ullevål (ansvar for ny behandlingslinje for ervervet hjerneskade har krevd mange fastvakter, som dagens grunnbemanning ikke kan håndtere).
- **Høyere forbruk varekostnader:**
Står for ca. 11 mnok av klinikkens prognostisert underskudd. Hittil i år er apotekkostnader ca. 32 % høyere enn i 2016 til samme tid, og skyldes innføring av Spinraza, bløderpasient og noen få, svært kostbare kreftmedisiner.

a. Nye forhold som påvirker drift i 2018

Spinraza:

Beslutningsforum behandlet Spinraza 23.okt 2017 og besluttet at legemiddelet ikke kunne innføres pga. for høy pris. De pasientene som til nå har fått Spinraza kan dog fremdeles få legemiddelet framover. Gitt at klinikken får viderefakturert årets Spinraza til pasientens hjemmesykehus, vil merkostnaden for klinikken i 2018 være 3 mnok i økte medikamentkostnader ift. 2017.

Nyfødtintensiv:

OUS har nedsatt en arbeidsgruppe som skal se på følgende tre utfordringer for Nyfødtintensivavdelingen (NIN):

- **Økning i intensivbelegg ut over det dagens grunnbemanning kan håndtere:**
NIN har gjennom 2017 hatt et intensivbelegg som langt overstiger kapasiteten til avdelingens årsverk. Helsedirs nasjonale, faglige retningslinje for nyfødt utgitt 29.sept 2017 vil innebære en ytterligere sentralisering til OUS av i hvert fall premature uke 26 og 27. OUS sin arbeidsgruppe er bedt om å definere korrekt antall intensivsenger og øvrige sengekategorier, samt anbefale normering av sykepleiehjemler til de ulike sengekategoriene både på Rikshospitalet og Ullevål.
- **Behov for økning i andel spesialsykepleiere:**
Helsedirs nye retningslinje for kompetanse og kvalitet i nyfødtintensivavdelinger beskriver minimum 60 % dekning av spesialsykepleiere, mens NIN ligger langt under dette måltallet med ca 40 % dekning i dag. Det finnes i svært liten grad ferdig utdannede spesialsykepleiere som kan rekrutteres, og klinikken mener den eneste realistiske løsningen er at OUS finansierer flere utdanningsstillinger.
- **Legedekning:**
Intensivbehandling av kritisk syke nyfødte krever betydelig legetilstedeværelse for tett oppfølging. Belastningen, særlig på vakt, men også på dagtid er betydelig.

Barnekreft:

Overlegebemanningen på Barneavdeling for kreft og blodsykdommer har over tid vært for lav i forhold til driften. Det er spesielt synlig når det gjelder til stamcelletransplantasjoner (HSCT) der klinikken i løpet av få år har nær doblet aktiviteten både i antall transplantasjoner og i kompleksitet per transplantasjon. Helsetilsynet har også nylig bedt OUS øke ressursene for sikre forsvarlig stamcelle transplantasjoner til barn etter en alvorlig avvikssak. Samtidig er samlet arbeidspress på barnelegene på vakt på Rikshospitalet for stort utenfor vanlig arbeidstid, og klinikken har fått 3,3 mnok i budsjett 2018 til å etablere en egen bakvakt for barnekreft.

Tilstedevakt generell bakvakt:

Landets sykeste barn kommer til Rikshospitalet. Disse pasientene er blitt mer kompliserte, og legene i spesialisering melder at det er blitt for travelt på vakt her. Klinikken har derfor fått 5,9 mnok til å utvide tilstedevakt for generell bakvakt (overleger evt. erfarne LIS).

Barnepalliativt team:

Helsedirektoratet har laget nye nasjonale retningslinjer for palliasjon til barn og unge (IS-nummer: IS-2599). Disse krever at regionspsykehuset etablerer et barnepalliativt team. OUS er i dialog med HSØ om finansiering av dette.

Forskning:

Det politiske klimaet har vært positiv til kliniske studier på barn, dette har ført til en betydelig økning i antall studier. For å styrke infrastrukturen og støttestruksjoner for kliniske studier har klinikken besluttet å oppbemanne med 1,0 årsverk biobankrådgiver fra januar 2018. Denne er fullfinansiert av overskudd på allerede gjennomførte studier gjennom Inven2.

Statens barnehus:

HOD har gitt i oppdrag for 2017 å styrke medisinske undersøkelser på statens barnehus slik at alle barn skal få tilbud om medisinsk undersøkelse. Samtidig flyttes finansieringsansvaret fra politi til HF. Det er gitt en midlertidig bevilging for 2017, og i budsjett 2018 har klinikken fått øremerkede midler til økt aktivitet her.

Nasjonal screening for alvorlig kombinert immunsvikt (SCID):

Utvidet tilbud om nasjonal screening for alvorlig kombinert immunsvikt (SCID) er besluttet innført fra 1. januar 2018. De økte drifts- og investeringskostnadene skal finansieres i sin helhet ved økning av prisen på nyfødtscreening, som alle helseforetak faktureres for.

b. Fordeling av krav til resultatforbedring i klinikken

BAR har fått et effektiviseringskrav på 3,5 % i budsjett 2018. Klinikken har delt ut hele effektiviseringskravet til avdelingene. Alle avdelinger med klinisk virksomhet har fått et innsparingskrav på kostnadssiden på minst 1 %. Flere avdelinger har fått et større innsparingskrav enn 1 % på kostnadssiden basert på at de har et større merforbruk i 2017.

2. Status for utarbeidelse av tiltak

a. Beskrivelse av tiltak for å øke aktiviteten

Klinikkens viktigste eksterne inntekter er knyttet til DRG-aktivitet (både somatikk og psykiatri) og kurdøgn. Totalt planlegger klinikken med en aktivitetsøkning på 2 % fra prognose 2017 til 2018 uten tilsvarende kostnadsøkning.

b. Beskrivelse av alle andre tiltak

Utenom tiltak på aktivitetsvekst har klinikken samlet tiltak for 15 mnok, hvorav 12 mnok gjelder reduksjon av innleie fra vikarbyrå hos NIN, samt barnemedisinske avdelinger både på Ullevål og Rikshospitalet. De gjenværende tiltakene gjelder mindre reduksjoner av varekostnader (bl.a. økt bevissthet rundt medikamenthåndtering) og andre driftskostnader, samt at klinikken skal få betalt for genetiske analyser som Nyfødtscreeningen i dag utfører uten å motta inntekter.

For å redusere kostnader til innleie og variabel lønn vil klinikken se på flere tiltak, bl.a.:

- Følge opp gjennomføring av vakt hver 3. helg for ansatte på poliklinikker samt sykepleiere i spesialfunksjoner
- Følge opp ny rutine for å begrense bruk av fastvakter
- Større bruk av fleksible team med ulikt kompetansenivå som har felles ansvar for en liten gruppe av pasienter
- Sikre samarbeid på tvers av seksjoner og Ullevål/Rikshospitalet også i helg
- 3+3+3 uker som ramme for sommerferieavvikling på senge-/intensivposter
- Bedret ny drift etter omorganisering av barneintensiv Ullevål fra 1. nov 2017
- Styrke samarbeidet med OSS personalformidling, inkl. benytte medisinerstudenter særlig i helger hvor vi har den største utfordringen med innleie
- Gode lokale tilretteleggingsprosesser med involvering av HR

For å sikre tilstrekkelig kapasitet på poliklinikk og dagbehandling med minst mulig økning i bemanning vil vi se på bl.a.:

- Jevnere fordeling av pasienter gjennom ukedagene
- Langtids planlegging av rimelig jevn samlet legetilstedeværelse og god koordinering lege-kontor-pleie
- Flere sykepleiekonsultasjoner
- Talegjenkjenning innføres også på Rikshospitalet, som gjør at vi kan vri merkantile medarbeidere fra skrivertjeneste til bl.a. effektiv pasientforløpsoppfølging

3. Risikovurdering

a. Gjennomføringsrisiko

Ingen avdelinger melder om tiltak med høy risiko knyttet til gjennomføring. Det knytter seg størst risiko til følgende tiltak:

- **Reduksjon av innleie fra vikarbyrå:**
En stor andel av tiltakene på reduksjon av innleie forutsetter oppbemanning av faste ansatte. Det vil ta tid innen rekruttering og kompetanseopplæring av nye faste ansatte er ferdigstilt, slik at i mellomtiden kan innleie være høyt.
- **Reduksjon av varekostnader:**
Økt aktivitet vil gjøre det vanskelig å redusere varekostnader. Tiltakene her vil i større grad begrense økning i varekostnader.

b. Risiko for pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljø

Kvaliteten i pasientbehandlingen må opprettholdes og styrkes, og ingen av tiltakene som foreslås vurderes til å ha betydelig negativ effekt på vår pasientbehandling.

Ingen av de tiltakene som foreslås bør heller ha store konsekvenser for omdømmet vårt. Snarere vil økt andel egne ansatte tilstede i helg og gjennom ferien bidra til styrket pasientsikkerhet og kompetansebygging. Det kan være en risiko for dårligere arbeidsmiljø hvis man reduserer bemanning, men tiltakene angår i all hovedsak reduksjon i bruk av variabel lønn og innleie, og vi anser derfor dette som lite sannsynlig. Økt aktivitet fører til flere arbeidsoppgaver og økt arbeidspress, og kan dermed påvirke arbeidsmiljøet. Prosesser der medarbeidere og ledere sammen yter en innsats for bedre flyt, driftsoptimalisering og daglige forbedringer, kan bidra til større engasjement, økt eierskap til løsninger, og dermed like mye være et bidrag til forbedret arbeidsmiljø. Dette forutsetter lokal involvering. Økt arbeidspress kan føre til fortsatte problemer med å ha tid til fagutviklings- og prosedyrearbeid.

Den viktigste ressursen i klinikken er de ansattes kompetanse. Det foreslås ingen tiltak i budsjettet som reduserer tilgjengelige midler til kurs og kompetanseutviklingstiltak. Drift og bemanning 24/7 må imidlertid dekkes, og det blir fortsatt utfordrende for alle avdelinger å gi kurs og kompetanseutvikling tilstrekkelig prioritet i 2018. Det er viktig å legge til rette for kurs og kompetanseutvikling også for de erfarne ansatte (og for en større bredde enn i dag), og ikke bare for de nyansatte. Kurs og kompetanseutvikling krever god planlegging fra ledernes side. Klinikken er sårbar dersom flere erfarne ansatte enn normalt slutter i 2018.

4. Medvirkning

Økonomienheten i klinikken har hatt gjennomgang av budsjettprosessen og effektiviseringskravene med alle avdelingslederne, seksjonslederne, klinikktiltitsvalgte og klinikkverneombud. De fleste avdelingene har gjennomført møter med tiltitsvalgte og verneombud der budsjett har vært tema. Møtene er referatført. På seksjonsnivå har involveringen av de tiltitsvalgte, verneombud og ansatte vært noe mer variabel. Budsjettsaken har vært oppe i dialogmøtene med tiltitsvalgte og verneombud gjennom høsten 2017 og i møte 9. oktober 2017 med gjennomgang av utkast til budsjettsak. Oppdatert budsjettsak er drøftet og AMU behandlet 13. november 2017.

Klinikk

Kvinneklubnikken

1. Vurdering av inngangsfart til 2018 og fordeling av krav til resultatforbedring til avdelingene

Kvinneklubnikken har per oktober et negativt resultat på -18,9 mnok, og prognose for 2017 er et negativt avvik på -27 mnok. Av dette avviket har 13,3 mnok sammenheng med lavere antall fødsler og DRG-indeks enn i fjor.

Klubnikken er tildelt et effektiviseringskrav på 3,7 % i 2018. Dette er fordelt med 1,7 % på DRG, og resterende 2 % er beregnet av kostnadsrammen og utgjør 13 mnok.

Det er flere forhold som vil kunne påvirke resultatet i 2018. Til sammen var dette estimert til å utgjøre 5,1 mnok i økte kostnader. Av dette har klubnikken kun fått kompensert 3,6 mnok i ramme, og resten må da klubnikken lete etter andre løsninger for i 2018. I tillegg er det senere identifisert flere forhold, som øker utfordringsbildet med 1,6 mnok.

a. Nye forhold som påvirker drift i 2018

I 2018 innføres nytt laboratoriekodeverk (NLK) hos reproduksjonsmedisinsk avdeling. I regnskapet for 2016 hadde avdelingen laboratorieinntekter tilsvarende 3,9 mnok. Det er foreløpig uvisst hvordan innføringen vil slå ut økonomisk for avdelingen. Både fordi det fremdeles mangler koder og systemer for å rapportere aktiviteten i 2018. Klubnikken arbeider for å få mest mulig på plass før 2018, men det er en risiko knyttet til om systemer vil være på plass i 2018 som gjør det mulig å rapportere aktivitet.

Fostermedisinsk avdeling varsler om en ny diagnostisk metode som vil tas i bruk, sannsynligvis i starten av 2018. Behandlingen dreier seg om NIPT, som er en non-invasiv metode for prenatal diagnostikk. Blodprøvene skal i en startfase sendes til laboratorium utenfor Norge før analysen blir tilgjengelig ved laboratorium nasjonalt. Finansierungsordning inkludert takster er fremdeles uavklart, og må avklares i 2018 før eventuell oppstart.

b. Fordeling av krav til resultatforbedring i klubnikken

Effektiviseringskravet er i hovedsak fordelt til avdelingene basert på samme prinsipper som rammen til klubnikken. Dette medfører at fødeavdelingen, som har en stor andel av kostnadsrammen og årets underskudd, også i år har fått et stort effektiviseringskrav. Med bakgrunn i ventelister og samlokalisering av OPU-rom på Rikshospitalet, er reproduksjonsmedisinsk avdeling stilt et krav om høyere aktivitetsøkning/effektivisering enn de andre avdelingene, men dette gir ingen stor effekt for utfordringsbildet på klubnikknivå.

2. Status for utarbeidelse av tiltak

a. Beskrivelse av tiltak for å øke aktiviteten

Totalt har klubnikken en plan om å øke aktiviteten med ca. 520 DRG, hvorav 360 gjenstår som tiltak når man ser bort fra effekt som følge av ombygging i 2017. 360 DRG utgjør planlagt/forventet vekst på 1,7 %.

Reproduksjonsmedisinsk avdeling planlegger (etter korrigerings av effekter ifb. med ombygging) en aktivitetsøkning på 10 %. Dette utgjør ca. 153 DRG. Etterspørselen har økt betydelig som følge av sosiale endringer i samfunnet, og kapasitetsøkning er nødvendig. Pasientene opplever generelt ventetiden altfor lang. Ventetid for utredning er nå 12 uker, og

for behandling ytterligere 16 uker. Par må vente enda lengre for sæddonasjon (10-12 måneder).

Gynekologisk avdeling planlegger også å øke poliklinisk virksomhet. Dette blir mulig når Vulvapoliklinikken fysisk flyttes til Olafiaklinikken, og rom dermed frigjøres på Ullevål. Avdelingen forventer å øke aktiviteten med ca. 540 konsultasjoner per år. Dette vil gi ca. 19 DRG poeng i årlig effekt. Faglig skal ansvaret for pasientene være som tidligere. Videre vil avdelingen ha en resteffekt fra tiltak i 2017 med omlegging til flere tyngre operasjoner på Ullevål etter utflytting av dagkirurgi til Aker. Dette er estimert til ca. 25 DRG. Det arbeides med å finne tiltak som kan gi økt fleksibilitet med tilhørende økt aktivitet i avdelingen.

Etablering av et nytt ultralydlaboratorium i 2018 vil kunne gi mulighet for bedre pasientflyt. Foreløpig avventes tildeling av investeringsmidler for å bygge om kontorer til behandlingsrom.

Fødeavdelingen påvirker i begrenset omfang sin egen aktivitet, og innvilger alle søknader om fødeplass. Det er imidlertid to forhold som det aktivt jobbes med:

1. Unge familier ønsker å være sammen rundt fødsel og barsel og velger derfor sykehus med barselhotell. Muligheten for å bruke hotell på Gaustad til barselkvinner utredes.
2. Avdelingen ønsker å avvise og flytte færrest mulig fødende pga. kapasitetsutfordringer i OUS (både internt og hos nyfødt). Dette er en uheldig ekstra belastning på syke gravide. Det er en forutsetning i aktivitetsbudsjettet for 2018 at antall fødsler blir høyere enn i 2017. Prognosen for 2017 er 9626 fødsler. For 2018 legger vi til grunn et plantall på 9730. Resultat i 2016 var 9884 og i 2015 9760.

Det arbeides aktivt for å utnytte den avsatte, planlagte operasjonskapasiteten på Rikshospitalet til sectio. Dagene med sectio-inngrep på Ullevål oppleves travle. Fødeavdelingen arbeider med å lage rutiner, som gjør at de riktige pasientene på et så tidlig tidspunkt som mulig henvises til Rikshospitalet for sectio. Dette kan frigi kapasitet på dagtid og bidra til færre strykninger på Ullevål.

a. Beskrivelse av alle andre tiltak

Basert på kutt i kostnadsramme på 13 mnok og økt «fart» som ikke er kompensert i rammetildelingen, har klinikken et resterende utfordringsbilde på ca. 15,5 mnok.

Fødeavdelingen, som i praksis disponerer i overkant av 70 % av kostnadsbudsjettet til klinikken, beskriver få muligheter for å redusere kostnader i 2018. Dette er utfordrende for klinikken i budsjettssammenheng. Fødeavdelingen mottar stadig avviksmeldinger fra de ansatte knyttet til plassproblemer, lav bemanning i forhold til pasientvolum og samtidighetskonflikter. Avdelingen møter en pasientgruppe som er stadig mer kompleks, og dette øker kompetansebehovet blant ansatte. Alder, fedme, smitte, diabetes, økt innvandrerandel og sykdomspanorama hos den gravide, inkludert psykososiale utfordringer og psykisk helse, er fenomener som har endret og fremdeles endrer behovene knyttet til svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Kravene til sikkerhet og oppfølging gjennom graviditeten er samtidig økt. Det kan nevnes kvalitetskravene knyttet til tilstedeværelse i aktiv fødsel og familiebasert barselomsorg. Fødeavdelingen oppfylder per i dag ikke alltid kravet om en-til-en-omsorg i fødsel med eksisterende bemanning. På Rikshospitalet er det også slik at barna på barsel i snitt er blitt mer krevende. Nyføds kapasitetsproblemer gjør at nyfødte som tidligere ville blitt lagt på den letteste nyfødt delen av nyfødt, blir liggende på barsel og observeres der i stedet. Dette er ressurskrevende.

Over tid vil primærhelsetjenesten overta mer av omsorgen for friske barselkvinner. Foreløpig er ikke forholdene lagt til rette for dette godt nok i sykehuset eller i kommunene til å gi stor effekt i 2018. Det mangler elektronisk kommunikasjon mellom sykehuset og helsestasjonene, fordi dokumentene fra Partus har et format som ikke følger dokumentasjonsflyten i DIPS. Det foregår en oppbemanning av jordmortjenesten i bydelene, men det er ingen vaktordning i helg.

Avdelingen vil ta initiativ til ferieavtaler som kan gi mer fast personale på jobb om sommeren, og samtidig jobbe aktivt for fortsatt å holde variable lønn og innleie så lav som mulig og bemanning tilpasset aktiviteten gjennom hele året. Klinikken planlegger en gjennomgang av alle bemanningsplaner i 2018. Effekten av dette er uklar, men målet er å identifisere eventuelle potensialer for å tilpasse bemanningsplaner bedre til aktivitet.

Gynekologisk avdeling vil holde ledig en overlegestilling på gyn i 6 måneder da ingen har overlegepermisjon i denne perioden. Dette gir reduserte lønnsutgifter på ca. 0,5 mnok. Videre vil avdelingen ha økt fokus på innkreving av egenandel ved polikliniske konsultasjoner og øke bruken av betalingsterminaler i avdelingen med mål om redusert tap.

I 2016 og 2017 har reproduksjonsmedisinsk avdeling i påvente av bygging av smittelaboratorium til IVF, sendt pasienter til behandling i utlandet. Det forventes en kostnadsreduserende effekt på om lag 1 mnok ved at klinikken gjør dette selv i 2018.

Kontorfaglig avdeling vil jobbe med tiltak som kan øke fleksibiliteten i oppgaver på tvers av Rikshospitalet og Ullevål. Videre vil en økt bruk av talegjenkjenning blant legene på Rikshospitalet kunne redusere arbeidsbelastningen. Totale besparelser er estimert til ca. 0,3 mnok i variabel lønn. Kontor vil videre få sin andel av effektiviseringskravet via økt belastning uten oppbemanning som følge av den økte aktiviteten i klinikken.

Klinikken vil fortsette arbeid med riktig koding av egenandeler som ble startet i 2017.

Totalt har klinikken funnet kostnadsreduserende tiltak for kun 2,2 mnok. Det betyr at klinikken har en foreløpig uløst budsjettutfordring på ca. 12,4 mnok. Alle seksjoner er imidlertid utfordret på minst et område for forbedringsarbeid i 2018, og flere mindre prosjekter er konkretisert. Klinikken har tro på at jevnt og godt forbedringsarbeid vil gi resultater over tid.

3. Risikovurdering

a. Gjennomføringsrisiko

De innmeldte tiltakene fra avdelingen vurderes realistiske og gjennomførbare. Reduksjon i variabel lønn og innleie hos Kontorfaglig avdeling forutsetter at talegjenkjenning benyttes i vesentlig grad, både på Rikshospitalet og Ullevål, både i Partus og DIPS. Økningen i poliklinikk hos gyn i 2018 avhenger av hvilken måned Vulvapol flytter til Olafiaklinikken. Allerede nå ser vi at dette sannsynligvis er forskjøvet til mars. I aktivitetsbudsjett er det forutsatt at dette blir i januar.

De er stor usikkerheten knyttet til nivået i aktivitet som er budsjettet på fødeavdelingen i 2018. Den kan bli både høyere og lavere. Ventelistene for januar og februar er imidlertid lavere enn fjorårets. Det er også en risiko for inntektssvikt/reduksjon ved innføringen av NLK, der vi fremdeles mangler både koder og systemer for rapportering. Det arbeides med dette.

Videre er det en stor risiko knyttet til den foreløpige uløste budsjettutfordringen. Det anses som svært krevende å finne nødvendige tiltak, og det er dermed stor risiko for at klinikken får et underskudd i 2018.

b. Risiko for pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljø

Generelt er budsjettforutsetningene stramme, og arbeidspresset oppleves høyt. Kvaliteten i pasientbehandlingen må opprettholdes, og ingen av tiltakene som foreslås, vurderes å ha negativ effekt på KVIs pasientbehandling eller for omdømme. Klinikken har ikke fått tilført midler til sine prioriterte områder, dvs. at klinikken ikke kan starte med dobbeltmerking av nyfødte eller forsterke oppfølgingen av gravide med svangerskapsdiabetes i tråd med den nye Nasjonale retningslinjen.

Økt aktivitet kan imidlertid føre både til flere og noe endrede arbeidsoppgaver, og dermed oppleves belastende for noen ansatte. Vår erfaring er imidlertid at forbedringsarbeid der medarbeidere og ledere sammen yter en innsats for bedre flyt, bidrar til større engasjement, økt eierskap til løsninger, og dermed også kan være et bidrag til forbedret arbeidsmiljø.

4. Medvirkning

Kravet om medvirkning og involvering av tillitsvalgte, verneombud og ansatte er formidlet til ledere i organisasjonen. Tiltakene er diskutert med ledere, tillitsvalgte og verneombud, og budsjett har vært tema i klinikkens dialogmøte 11. oktober 2017. Budsjettet er drøftet 21. november 2017.

1. Vurdering av inngangsfart til 2018 og fordeling av krav til resultatforbedring til avdelingene

Ved tildeling av ramme for 2017 ble klinikken gitt det største forbedringskravet i sykehuset på 5,0 %, tilsvarende 50 mnok. Klinikkenes samlede tiltaksportefølje i avdelingene var ikke tilstrekkelig for å nå dette innsparingskravet, og KIT gikk derfor inn i 2017 med en uløst utfordring i budsjettet på 37 mnok. Prognosen for økonomisk resultat i 2017 per oktober er minus 52 mnok. Dette er 15 MNOK dårligere enn planlagt. Vi vurderer at 3 mnok av dette er knyttet til engangsforhold, slik at inngangsfarten per oktober anslås til om lag 50 mnok.

KIT er per oktober tilnærmet likt budsjett på aktivitet målt i DRG og har så langt en økning på 2,9 % sammenlignet med 2016. Avviket på lønnskostnader tilsvarer om lag klinikkenes udefinerte innsparingskrav. KIT har hatt sterkt fokus på bemanningsutviklingen i en situasjon med sterk aktivitetsvekst og har holdt bemanningstallet stabilt i 2017. Samlet har klinikken merforbruk på varekostnader tilknyttet innleie og implantater knyttet til aktivitetsøkningen og større innkjøpskostnader enn planlagt. Særdeles høye kostnader til blodprodukter grunnet pasientsammensetningen gir KIT et stort samlet merforbruk på denne posten.

a. Nye forhold som påvirker drift i 2018

Medikamenter

Medikamentkostnader vil fortsette å øke innen fagområdene hud, revmatologi, infeksjonssykdommer og transplantasjonsmedisin. Vi får stadig nye biologiske medikamenter og nye indikasjoner (eksempelvis biologisk behandling av atopisk eksem). Det utvikles også nye diagnostiske verktøy og krav om persontilpasset medikamentell behandling. Utvikling av nye medisiner ved behandling av immunsvikt og infeksjoner hos immunsupprimerte vil i stor grad treffe våre pasienter. Kostnadsutviklingen på medikamenter er svært vanskelig å anslå da enkeltmedikamenter kan gi svært store utslag. Økningen for to medikamenter alene (Nulojix og Dupilumab) estimeres for 2018 til 3,5 mnok og er meldt som et særskilt satsingsområde for klinikken.

LIS 1 (tidligere turnusleger) og innføring av LIS 2 og 3

1. september 2017 startet den nye LIS 1 utdanningsplanen. Basert på dette fikk KIT godkjent å øke med 0,5 overlege for koordinering og veiledning på AGK. Innføringen av ny modell for spesialistutdanningen treffer klinikkene i OUS ulikt. Vi vet at innføringen vil få betydelige konsekvenser for KIT grunnet høy vakt-belastning i spesialiserte kirurgiske fag og dermed lavere tilstedeværelse på dagtid sammenlignet med andre faggrupper. Hvis aktiviteten skal holdes på nåværende nivå, vurderer KIT at antallet leger må øke for å få nok dagtid. KIT har 10 spesialiteter innen sine fagområder og utarbeidelse av læringsmål og -aktiviteter vil kreve legerressurser allerede fra vinteren 2017/2018.

Pakkeforløp

KIT har hovedansvaret for en stor andel av kreftpakkeforløpene og deltar i 11 av 28 organspesifikke forløp. Koordinatoroppgavene i AGK har fra starten vært større enn ressursene. Pasientene følges ikke opp slik krav fastsatt av Helsedirektoratet tilsier. Pasientinformasjon og koding av forløpstider nedprioriteres mot løpende driftsoppgaver. Høyt arbeidspress og sykefravær gir i dag uakseptabel risiko for feil, og klinikken har prioritert å øke med én stilling.

Kreftkirurgi og øyeblikkelig hjelp Ullevål

Volumet av kreftkirurgi og øyeblikkelig hjelp på Ullevål har økt over flere år og vinteren 2017 ble det nødvendig å iverksette endring til 9-delt tjenesteplan med flere tilstede på dagtid for å ivareta forsvarlig drift. Endringen ble i 2017 gjort ved å utsette utdanningspermisjoner for overleger, men må nå budsjetteres med en økning på 0,8 årsverk.

Nyrekoordinator til transplantasjonsaktiviteten

Arbeidet med å øke antallet levende givere fra landets nyreavdelinger har gitt resultater i form av et større antall tilgjengelige nyredonorer. Denne aktiviteten har hittil vært håndtert av en person, nå gjør både volumet og manglende robusthet at dette må økes med en stilling.

a. Fordeling av krav til resultatforbedring i klinikken

KIT har fordelt forbedringskravet på 3,5 % på egne avdelinger ved bruk av sykehusets rammemodell. Det ble forutsatt at 2 % av effektivitetsforbedringen skal skje gjennom økt aktivitet uten bemanningsendring, resten av kravet skal skje gjennom kostnadsreduserende tiltak på til sammen 18,7 mnok.

2. Status for utarbeidelse av tiltak

a. Beskrivelse av tiltak for å øke aktiviteten

KIT har spesialiserte behandlingsområder innen kreftkirurgi, transplantasjon, inflammasjon og øyeblikkelig hjelp som ikke kan ivaretas av andre sykehus i regionen. Mange av behandlingene innebærer kirurgi hvor tilgjengelige operasjonsressurser er begrensende faktor. Aktivitetsveksten på 2,05 % samlet for klinikken er et resultat av grundige gjennomganger med avdelingene og forutsetter en bedring i kapasitets-utnyttelse både for innlagte pasienter, i operasjonsstuene og i klinikkens poliklinikker. Det er også en liten og akseptabel risiko for at enkelte pasientgrupper (ikke kreft) kan måtte få sin behandling ved andre sykehus i regionen som har kompetanse og kapasitet

Poliklinikk

Bedre utnyttelse av polikliniske ressurser er en viktig forutsetning for at KIT skal klare økte aktivitetskrav, samt en forutsetning for å innfri forløpstidene i pakkeforløp. God styring og koordinering av ressurser som areal, sykepleier/støttepersonell og lege er avgjørende for effektiv drift. Klinikkens behov for arealer til poliklinikk vil fortsette å øke i tråd med driftsendringer fra innleggelser mot mer dagbehandling og poliklinikk.

Operasjonsaktivitet

Arbeidet med tidlig oppstart og kortere skiftetider på operasjon fortsetter. Det arbeides også med justering og tilpasning av operasjonsprogrammer for å sikre optimal ressurs-utnyttelse slik at flere operasjoner kan gjennomføres. Gjennomføring av ukentlig program-møte og tydeliggjøring av operatørs ansvar for planlegging er viktige forutsetning for å få bedre utnyttelse av operasjonsressursene og redusere stryk. KIT er svært positiv til utvidet åpningstid på operasjons-stuene. Våre overleger har arbeidstid til kl.17:00 og kan derfor operere frem til kl.16:00.

Innlagte pasienter

KIT hadde våren 2017 en grundig gjennomgang av bruk av senger og bemanning. Gjennomgangen førte til at poster med lavere belegg enn 85 % gjennomførte bemanningsreduksjon, og vi mener at dagens drift i stort gir god utnyttelse av sengepostene. Mange av KITs sengeposter har flere pasienter i helg enn det bemanningsplanene forutsetter. Dette medfører behov for ekstravakter og innleie, som i tillegg til en økonomisk nedside også

medfører redusert kontinuitet og kompetanse. Raske pasientforløp (ERAS) og sammedagskirurgi brukes i stor grad og breddes til stadig nye diagnosegrupper. Det er fortsatt et potensiale for overgang til dagbehandling og poliklinikk på Rikshospitalet, men for å få til dette er vi avhengige av en økt tilgang på poliklinikkarealer.

Tilgang på organer til transplantasjon

ATX arbeider kontinuerlig med informasjon og kompetansebygging innen organdonasjon og levende-giver transplantasjon. Videre utadventt nettverksarbeid mot landets sykehus for å oppnå høyt nivå av levende og avdøde givere, samt videreutvikling av cDCD donasjon er nødvendig for å klare planlagt aktivitetsøkning.

b. Beskrivelse av alle andre tiltak

Aker-flytt

Klinikken legger til grunn at døgnvirksomheten i urologi flyttes fra Aker til Ullevål i løpet av 2018. Helårseffekten av tiltaket er tidligere beregnet til 6,4 mnok for KIT og har også gunstige effekter for andre klinikker, spesielt AKU og KRN. Effekten forklares ved kostnader til drift av akuttmottak, beredskap og vaktordninger. Flytt av døgnaktivitet fra Aker er også en viktig forutsetning for å lage et elektivt kirurgisk senter.

Hotell

Nye retningslinjer for bruk av sykehotell og viderefakturering av kostnaden til pasientens hjemkommune og pasientreiser har gitt lavere kostnader for klinikken i 2017. Dette arbeidet fortsetter og vil antageligvis gi en rest-effekt også neste år.

Økt avtaledekning på innkjøp

KIT har i 2017 brukt mye tid på gjennomgang av varer som kjøpes utenfor avtaler til operasjonsstuene. Basert på dette arbeidet har vi identifisert flere områder som skal gjennomgås ut fra endret bruk eller opprettelse av nye avtaler..

Talegjenkjenning (TGK)

KIT har hatt TGK i flere avdelinger i flere år og vil fortsette utrulling til gjenstående enheter. Rikshospitalet innfører i disse dager talegjenkjenning. En innsparing i 2018 er reduksjon av kostnader til ekstern skrivejeneste og timelønnet ekstrahjelp, estimert til 1,5 mnok.

Hjemmetester Olafia

Olafia har tidligere betalt en ekstern aktør for utsending av hjemmetester, dette skal nå seksjonen gjøre selv noe som fører til reduserte kostnader.

Selektiv bruk av Koelis

URO bruker i dag Koelis ved diagnostisering av prostatakraft på alle pasienter. Engangsutstyret er kostbart og avdelingen angir at ordinær ultralydveiledet biopsi kan erstatte Koelis for enkelte pasienter, noe som vi gi besparelser på varekostnader.

Redusert innleie og variabel lønn

Hovedårsaken til innleie er lav helgebemannning og uforutsette svingninger i belegg og pleietyngde. Vi har gjennomført ulike tiltak ved sengepostene: forsøksordning 12,5-t vakter for sykepleiere i helg på Rikshospitalet, ansettelse av sykepleierstudenter via personalformidlingen og arbeid med prosjekt om kombistillinger. Det er fortsatt en uløst utfordring med for lav bemanningsplan i helg på flere sengeposter. Summen av tiltakene forutsetter likevel å gi en reduksjon i innleie.

Vi arbeider kontinuerlig med tiltak for reduksjon i variabel lønn for flere av KITs avdelinger. Det er etablert et samarbeid mellom sykepleiere på sengepostene og poliklinikken i AGK, og vi ønsker å få til flere slike ordninger. Stillinger (ved nyansettelser) på poliklinikk/dagbehandling skal kombineres med sengeposter for å styrke helgebemanningen. KIT har egen retningslinje for dette. KIT er godt i gang med å bredde prosjektet «GAT Bemanningsplanlegging sengeposter» og forventer at dette vil bidra til redusert variabel lønn i 2018. Månedlig utsendelse av lønnsoversikter til ledere i klinikken bidrar til bedre oversikt over lokale lønnskostnader og minimerer risikoen for feil, dette vil bli videreført i 2018.

3. Risikovurdering

a. Gjennomføringsrisiko

Gjennomføring av en samlet forbedring på 3,5 % innebærer svært stor risiko.

Aktivitetsøkning på over 2 % gir risiko for fortsatt behov for innleie, overtid og økte varekostnader. Vi er avhengig av å lande strukturelle grep rundt helgebemanning for å få en varig reduksjon i kostnader. Videre må det arbeides med større og mindre tiltak for å redusere kostnader, dette er ikke ferdigstilt på drøftingstidspunkt.

b. Risiko for pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljø

Forsvarlig pasientbehandling er prioritert. En gjennomgang i avdelingene med sikte på endring av arbeidsprosesser og risikoreduserende tiltak vil bli nødvendig. Risikoen anses særlig stor på AGK sengeposter Ullevål, hvor det må arbeides konkret med samarbeid mellom leger og sykepleiere rundt både visitt, inntak og utskrivning. Det må også lages tiltak for å styrke kompetanse og redusere turnover blant sykepleierne.

Flytt av urologi fra Aker vil på den ene siden kunne redusere risiko i pasientbehandling og arbeidsmiljø, på den annen side innebærer en flytteprosess en krevende omstilling av arbeidsforhold og -miljø.

4. Medvirkning

Budsjettarbeidet har startet i avdelingene på laveste nivå der medarbeiderne er involvert. Det har vært en løpende dialog med TV og VO i avdelingene rundt prosessen og de utfordringer klinikken må håndtere i 2018. Det har vært avholdt en budsjettsamling med N3-5 ledere og TV/VO og budsjettet har vært regelmessig diskutert i dialogmøter på klinikknivå. Drøfting av budsjettet blir gjennomført etter OUS' retningslinjer. I drøftingen av leveranse 1 har TV/VO meldt at involvering og medvirkning ikke har fungert godt nok ved alle enheter. Klinikkleder har tatt dette opp med aktuelle avdelinger.

Klinikk

Kreftklinikken

1. Vurdering av inngangsfart 2018 og fordeling av krav til resultatforbedring i avdelingene

Resultat 2017 Kreftklinikken

Kreftklinikken har pr. oktober et resultat på +1 mnok. Aktivitetsinntektene fra DRG er om lag som budsjettert, mens andre inntekter er noe høyere enn budsjettert. Varekostnadene er høyere enn budsjettert, mens personalkostnadene så langt i år er noe lavere enn budsjettert. Klinikken prognose for resultat etter oktober er -6,4 mnok. Det er flere årsaker til at klinikken forventer et dårligere resultat de siste to månedene enn hittil i år. Den viktigste er imidlertid at vi forventer en betydelig økning i medikamentkostnader på grunn av beslutninger i Beslutningsforum siste halvår (spesielt for melanom og myelomatose).

Budsjetterammer Kreftklinikken

Kreftklinikken har fått et kutt i utgiftsramme for 2018 på 16 mnok. Kuttet utgjør om lag 1,3 % av klinikkenes ramme (eksklusive forskning).

a. Nye forhold som påvirker drift i 2018

Klinikken vurderer av vekst i pasientbehandling for 2018 er vurdert til å bli 2 %, basert på en kombinasjon av befolkningsutviklingen og særskilte forhold knyttet til pasientbehandling (kreftinsidens, medisinsk utvikling).

Legemidler utgjør en betydelig andel av kostnadene i Kreftklinikken. Det er ventet at medikamentkostnadene vil øke i 2018 som følge av beslutninger fattet i Beslutningsforum for nye metoder i løpet av 2017. I budsjettet for OUS er det for 2018 satt av 40 mnok til økte medikamentkostnader. De avsatte midlene er foreløpig ikke fordelt mellom klinikkene. Det er flere beslutninger som er fattet av Beslutningsforum som ventes å påvirke medikamentkostnadene i Kreftklinikken mye. Blant de viktigste er carfilzomib og daratumumab for myelomatose og kombinasjonsbehandling med nivolumab og ipilimumab for malignt melanom. Klinikken vurderer at økte kostnader knyttet til nye medikamenter og nye indikasjoner vil være om lag 15 mnok i 2018.

b. Fordeling av krav til resultatforbedring

Klinikken har fordelt kravet til kostnadsuttak til avdelingene proporsjonalt ut fra størrelse på utgiftsrammene. Kravet til vekst i pasientbehandling, målt som DRG, er noe høyere i Avdeling for blodsykdommer enn i Avdeling for kreftbehandling. For Avdeling for gynekologisk kreft og Avdeling for klinisk service er kravet på 2 %, som for klinikken.

2. Status for utarbeidelse av tiltak

a. Tiltak for økt aktivitet i klinikken

Klinikken har hatt en moderat økning i antall DRG-poeng i 2017 og hittil i år er aktiviteten målt i DRG 522 poeng over fjoråret (+ 2 %). Dette er som budsjettert. Målt i antall sykehusopphold er det tilsvarende en helt moderat reduksjon for poliklinikk/dagbehandling for klinikken og en økning for døgnopphold knyttet til økt ekstrakorporal fotoferese i Avdeling for blodsykdommer, men ikke for døgnaktiviteten ellers.

Antall operasjoner hittil i år er 1674, noe som er en reduksjon på 99 operasjoner i forhold til fjoråret. For bryst-/endokrinkirurgien og gyn.kreftkirurgi gjelder at begge må få økt tilgang på operasjonsstuer gjennom sommermånedene. Vi bør planlegge for et aktivitetsnivå på 80 % og

ikke 65 % som i 2017 i forhold til normalt aktivitetsnivå. Den lave aktiviteten resulterte i for lange forløpstider i juli/august og klinikken var langt unna styringsmålet om at 70 % av pasientene skal behandles innenfor normerte forløpstider.

Strålebehandling

Utviklingen de siste tre årene har vist en reduksjon/stabil utvikling i forhold til kjerneparametre. Dette skyldes mer hypofraksjonert behandling, spesielt for brystkreft, men også ved skjelettmetastaser og mer bruk av stereotaktisk strålebehandling.

Klinikkens vurdering av kapasitet for gjennomføring av planlagt vekst i budsjett 2018

Samlet sett er det en redusert bruk av sengene i klinikken i 2017. Det reflekteres også i beleggsprosenten som med unntak for blodsykdommer er lavere enn norm på 85-90 %. Det legges derfor til grunn at en aktivitetsøkning kan derfor gjennomføres uten bemanningsøkning i sengepostene samlet. Det har vært en viss reduksjon i poliklinisk aktivitet i 2017. Dette sammenholdt med de bemanningsendringer som er planlagt i 2018, tilsier at legekapasiteten er tilstrekkelig. Det gjelder for alle fire avdelinger.

For Avdeling for gynekologisk kreft vil en forventet overgang til sentinal node metodikk ved intermediær og høy risiko endometriekreft gi en økning i kirurgisk kapasitet uten ekstra ressurser på grunn av kortere operasjonstid. For bryst-/endokrinkirurgien forventer vi en stabil tilgang av pasienter.

For stråleterapi oppfatter klinikken at en 2 % økning er i tråd med forventet insidensøkning og at denne økningen kan gjennomføres innenfor dagens bemanning. Det vil bli satt i drift to nye lineærakseleratorer på Radiumhospitalet i februar 2018. Nye strålemaskiner er mer effektive enn de som fases ut.

b. Beskrivelse av kostnadsreducerende tiltak i budsjett 2018

Tabell 1 Liste over kostnadsreducerende tiltak for budsjett 2018 for Kreftklinikken.

Avd	Tiltak navn	Type tiltak	Risiko for effekt	Risiko for gjennomføring	Budsjettert øk. effekt
AKB	Red. med.kostnader AKB	Begrense medikamentkostnadene	M	M	2 500
AKB	Red. med.kostnader AKB	Begrense medikamentkostnadene	M	M	2 500
AKB	Anbud MabThera AKB	Begrense medikamentkostnadene	M	M	3 094
BLO	Red. med.kostnader BLO	Begrense medikamentkostnadene	L	L	2 000
BLO	Red. med.kostnader BLO	Begrense medikamentkostnadene	M	M	900
BLO	Anbud MabThera BLO	Begrense medikamentkostnadene	L	L	756
GKR	Medikamenter GKR	Begrense medikamentkostnadene	L	L	450
AKB	Effektivisert strålebehandling	Klinikkvise tiltak	M	M	
ALLE	Aktivitetsvekst	Klinikkvise tiltak	M	M	
AKB	Redusert innleie kontor AKB	Reduksjon i bemanningskostnader og ressursbruk	M	L	600
AMF	Ledighold kontor AMF	Reduksjon i bemanningskostnader og ressursbruk	L	L	81
AMF	Tilfeldig ledighold AMF	Reduksjon i bemanningskostnader og ressursbruk	L	L	137
GKR	Red. ekstrahjelp A3	Reduksjon i bemanningskostnader og ressursbruk	L	L	400
GKR	Red. overtid gyn.pol.	Reduksjon i bemanningskostnader og ressursbruk	M	M	75
GKR	Red. ekstrahj. gyn.pol	Reduksjon i bemanningskostnader og ressursbruk	M	M	150
GKR	Red. ekstrahjelp lege GKR	Reduksjon i bemanningskostnader og ressursbruk	M	M	250
KRE	Redusert bem. Kontor KRE	Reduksjon i bemanningskostnader og ressursbruk	M	L	2 000
GKR	Redusert behov for ekstravakter/innleie sengeposten	Reduksjon i bemanningskostnader og ressursbruk	M	L	300
AMF	Serviceavtaler linacer	Redusere innkjøpsutgiftene	L	M	574
AMF	Utstyr og apperatur	Redusere innkjøpsutgiftene	L	M	90

Tiltak for å begrense medikamentkostnadene

De tre kliniske avdelinger i klinikken har systematisk arbeidet for en hensiktsmessig arbeidsdeling innen medikamentell kreftbehandling med de andre helseforetakene i HSØ. I

tråd med en betydelig kompetanse og kapasitetsøkning for medikamentell kreftbehandling i regionen, har pasientgrupper blitt overført til hjemsykehus. Klinikken mener det er behov for en formalisert prosess med HSØ og de andre helseforetakene i regionen i etterkant av en beslutning i Beslutningsforum om innføring av nytt medikament, der oppgavedeling mellom sykehusene blir avklart. Denne prosessen vil understøttes av den regionale løsning for medikamentell kreftbehandling (CMS) som implementeres i HSØ i løpet av 2018/19.

Det er nå utviklet biotilsvarende legemidler for flere kreftlegemidler (inkludert legemidler som Rituximab og Trastuzumab) med svært høye årlige kostnader. Ingen er ennå godkjent for bruk ved kreftsykdom, men for rituximab har det medført at dagens leverandør (Roche) har redusert prisen på medikamentet (Mabthera). Det medfører månedlige besparelsers som på årsbasis utgjør ca. 4 mnok, men avtalen løper ikke for hele året. Det må også arbeides systematisk for å følge opp at vi henter ut mulige gevinster av reduserte priser på medikamenter. Det dreier seg blant annet om at anbefalingene fra LIS (legemiddelinnkjøpssamarbeidet) innenfor onkologi følges opp i klinikken. I andre tilfeller kan de være nødvendig å *vurdere* driftsomlegginger for å kunne redusere legemiddelkostnadene. Et eksempel på dette vil bli legemiddelet Herceptin (trastuzumab) mot brystkreft. Medikamentet har et utløpt patent når det administreres som infusjon, mens patentet når det administreres som injeksjon varer lengre.

Tiltak for å redusere bemanningskostnader og ressursbruk

Klinikken skal i løpet av 2017 ha implementert talegjenkjenning i de kliniske avdelingene på Rikshospitalet og Radiumhospitalet. Implementeringen medfører at arbeidsoppgaver for ansatte i skrivetjenesten helt eller delvis bortfaller. Dette berører totalt 16 ansatte sekretærer i tre avdelinger. Prosessen gjennomføres i henhold til retningslinje for bemanningstilpasning i OUS. HR i klikk følger nå opp prosessen i dialog med tillitsvalgte og med jurist i HR-stab. Nedtrekk i stillinger som følge av implementeringen skal løses ved naturlig avgang. For 2018 vil dette anslagsvis være 4 årsverk fordelt på de tre aktuelle avdelingene. Implementeringen av talegjenkjenning vil i tillegg medføre et kutt i kostnader på ekstern arbeidskraft på ca. 0,6 mnok.

Klinikken har relativt lave utgifter til variabel lønn og vi har hatt en reduksjon både av innleie og overtid/ekstravakter. Klinikken ser dog at det er mulighet for en bedre koordinering og gjennom lavaktivitetsperioden som tilsier en ytterligere reduksjon av disse utgiftene (eks stråleterapi i ferieavviklingsperioden).

Tiltak for å bedre klinikkens inntekter

Som et tiltak som kan øke klinikkens inntekter planlegger klinikken en retningslinje som slår fast at det skal kreves egenandeler også av pasienter som deltar i kliniske studier. Forventet effekt for klinikken er en økning i egenandelsinntekter på om lag 0,5 mnok.

3. Risikovurdering

a. Gjennomføringsrisiko

Gjennomføring av økt aktivitet uten økt bemanning i 2018 vil være krevende. Klinikken mener imidlertid at pasientgrunnlaget tilsier at økningen er realistisk ut fra den kapasiteten som er innenfor dagens bemanning og den effektiviseringen som er forventet ved å ta i bruk ny teknologi og nye teknikker. Gjennomføringen vil kreve ytterligere prosessforbedringer som stiller krav til omstillingsevne for klinikkens medarbeidere.

Klinikken har lagt inn estimat for forventet budsjettmessig effekt av nye medikamenter innført i 2017 for 2018. Det må forventes at det gjennom 2018 vil bli gjort beslutninger i

Beslutningsforum som får økonomiske konsekvenser uten at omfang av dette er klart. En tydelig og hensiktsmessig oppgavedeling mellom helseforetakene vil sikre en fordeling av utgifter mellom sykehusene i HSØ.

b. Risiko for pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljø

Klinikkens hovedtiltak for å håndtere forbedringskravet er økt aktivitet uten økt bemanning. Så langt er dette ikke vurdert til å ha høy risiko for pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljø. Det gjelder alle kjerneaktivitetene (kirurgi, stråleterapi og medikamentell kreftbehandling) samt gjennomføring av høyspesialisert behandling. Det er imidlertid nødvendig å gjøre løpende risikovurderinger i den videre gjennomføringen av budsjett og tiltak for klinikken og spesielt om aktivitetsutviklingen blir annerledes enn forutsatt i budsjettet.

4. Medvirkning

I henhold til budsjettskriv nr. 1 har klinikken arbeidet for å forbedre medvirkning og involvering i budsjettprosessen på alle nivå i klinikken.

Klinikkledelsen har vært tydelig på at det forventes at budsjettansvarlige på laveste ledernivå gjennomfører møter med ansatte i egen avdeling som en del av behandling av budsjett 2018. På klinikknivå har budsjett 2018 vært fast punkt på informasjons- og dialogmøtene, og blitt fulgt opp fortløpende i andre møtearenaer som ledermøter, stabsmøter, klinikk- AMU og HR- Administrasjonsmøter.

Det har og vært avholdt et eget budsjettseminar med ledere på alle nivå, samt tillitsvalgte og verneombud på klinikknivå. Som et ledd i sikre involvering av ansatte på alle nivå ble det i etterkant av budsjettseminaret i klinikken sendt et eget skjema der både leder, ansatte og tillitsvalgte blir oppfordret til å komme med innspill og tiltak til budsjettprosessen i KRE. Det kom totalt 16 innspill, som vil klinikkledelsen vil følge opp og gjennomgå i dialog med klinikktilitsvalgte og klinikkverneombud.

Budsjettleveranse 2 for Kreftklinikken ble drøftet den 22. november 2017 og behandlet i AMU KRE den 23. november 2017.

Klinikk

Hjerte-, lunge- og karklinikken

1. Vurdering av inngangsfart til 2018 og fordeling av krav til resultatforbedring til avdelingene

Akkumulert regnskapsresultat for Hjerte-lunge- og karklinikken (HLK) pr. oktober 2017 er +17 mnok.

Prognosen for Hjerte -, lunge og karklinikken er ved budsjettleveransen for 2018 estimert til pluss 12 mnok. Prognosen er basert på driften i 2017. Prognosen er ikke justert for forhold som har ligget i budsjett 2017, men ikke aktivert i 2017 og som først vil være en del av den planlagte driften i 2018. Dette gjelder ledigholdte årsverk innen forskning samt en ledig kardiologi stilling. Pasientbehandlingen i klinikken har vært høyere enn planlagt for 2017, innenfor alle de somatiske avdelingene, særlig innenfor invasiv kardiologi ved Kardiologisk avdeling når det gjelder TAVI og ablasjoner. Klinikken hadde en produktivitetsvekst på ca 3 % i 2. tertial 2017 sammenlignet med samme periode i 2016.

a. Nye forhold som påvirker drift i 2018

I budsjettåret 2018 planlegges det at Karavdelingen (KAR) flytter ut av Aker. Det er enda ikke avklart hvordan dette skal skje og derfor er det foreløpig ikke lagt inn endringer i budsjett 2018 knyttet til flyttingen.

b. Fordeling av krav til resultatforbedring i klinikken

Klinikken har fordelt effektiviseringskravet på 3 % på alle avdelinger unntatt forskningsinstituttene. Klinikken ønsker å skjerme forskningen for å sikre at infrastrukturen til forskningen opprettholdes.

Etter flere år med økning i produksjonen uten ekstra tilførte ressurser og med fortsatt gode faglige resultater, melder klinikken i år at det er vanskelig med ytterligere økning av aktivitet tilsvarende 2 % uten noen økning i bemanning. Klinikken vil derfor ha en moderat økning av bemanning knyttet til ytterligere planlagt aktivitetsvekst i 2018.

2. Status for utarbeidelse av tiltak

Klinikken har hatt tre budsjettseminar med fokus på budsjettansvar og tiltak for å komme i budsjettbalanse i henhold til budsjettskriv nr. 1. Tiltak som det fokuseres på er driftsendringer knyttet til sengebruk, og etablering av en lettpost som kan behandle dagpasienter som i dag finnes på sengepostene.

a. Beskrivelse av tiltak for å øke aktiviteten

Kardiologisk avdeling (KAD)

De største tiltakene ved avdelingen er å gjøre flere ablasjonsbehandlinger og å øke antall TAVI. Det legges opp til økning med 200 ablasjoner og 75 TAVI.

Thoraxkirurgisk avdeling (TKA)

Det planlegges for en ytterligere økning med 25 TAVI-behandlinger ved TKA og KAD på Ullevål i 2018. Økningen i TAVI forutsetter at Akuttklinikken omstiller seg fra å serve i hovedsak konvensjonelle operasjoner til et økende antall kateterbaserte intervensjoner slik som TAVI. I tillegg vil en økning i TAVI kreve litt økt kapasitet til CT fra KRN klinikken.

Den største driftsendringen ved TKA for 2018 er at avdelingen samler alle sengene i 4. etasje på Rikshospitalet. Herved fristilles senger som gjør det mulig å øke antall ablasjonsbehandlinger og TAVI ved Kardiologisk avdeling.

Lungeavdelingen (LUR) vil videreføre mye av den samme driften inn i 2018. Med stor sannsynlighet vil lunge tx øke noe neste år som en følge av endret indikasjon på donoruttak (DCD).

Karavdelingen (KAR) vil øke antall varice- behandlinger uten økning i bemanning. Dette for å få redusert antall pasienter på venteliste og for å imøtekomme kravet om 2 % aktivitetsvekst.

b. Beskrivelse av alle andre tiltak

Lønn og årsverksbesparelser for driftsåret 2018 vil i hovedsak være ved TKA, LUR og KAR avdelingen. TKA-Rikshospitalet melder en besparelse på 4 årsverk. LUR melder en ubesatt seksjonsleder stilling i 2 måneder, samt bortfall av en 20 % fagstilling for sykepleiere. KAR melder om besparelse av 0,5 servicemedarbeider.

Forslag om nedleggelse av bronkoskopivakt knyttet til sykepleiere, estimert til å gi en besparelse på -0,1 mnok. I tillegg melder KAR om nedleggelse av vaktordning etter flytting og samordning av ny vakt med TKA. Dette er estimert til en besparelse på -0,5 mnok.

Kardiologisk avdeling melder om endret medikamentbruk fra «Reopro» til «Integrillin» på Angio lab Ullevål. Dette vil redusere medikamentkostanden med ca. -1 mnok.

Thoraxkirurgisk avdeling melder at avdelingen vil gjøre en omlegging til bruk av billigere «hemostasemidler», samt omlegging til en økt bruk av «cellsaver».

Nevnte forhold knyttet til tiltak som gir kostnadsbesparelser for driften i 2018 oppsummerer seg til ca. -12,3 mnok.

Egenandel av dagpasienter Klinikken har en del dagpasienter som må begynne å betale egenandeler. Dette gjelder angio pasienter, ablasjonspasienter, tx kontroller mm. Pasientene må kodes riktig i DIPS og betalingsterminal må installeres. Tiltaket er estimert til ca. +0,5 mnok i økte egenandelinntekter.

3. Risikovurdering

a. Gjennomføringsrisiko

Klinikkens økonomi er sterkt DRG avhengig. Stor endringer i DRG regimet for 2018 er skissert ved at MVA er trukket ut av implantattunge prosedyrer og lagt til på medisinske DRG. Økt aktivitet knyttet til mer implantattunge prosedyrer ikke vil fanges opp av «grupperendringer» som årlig justerer DRG kravet pr klinikk.

Prosedyrer knyttet til aktivitetsveksten i klinikken på 2 % for 2018 er knyttet til kostbare implantater. En økning på 200 atrieflimmer og 75 TAVI gir en merkostnad i varekostnader på ca. 20 mnok. Klinikken vil budsjettere med et ubalansert budsjett på ca. -12 mnok for 2018.

Det er viktig å understreke behovet for en nøye planlagt flytteprosess av Karavdelingen for å sørge for gode pasientforløp og fornøyde medarbeidere.

En økning av behandlingstilbudet til kardiologiske pasienter krever at det er nok tilgjengelig sengekapasitet samt støtterom for en ytterligere økt aktivitet.

Økningen av TAVI er avhengig av økt anestesiserive fra Akuttklinikken og flere CT ved KRN.

b. Risiko for pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljø

Ingen av tiltakene som klinikken skisserer vil i utgangspunktet representere en risiko for pasientbehandling, omdømme eller arbeidsmiljøet, men noen av tiltakene krever en bedre utredning før de iverksettes. Det forventes av andre regionssykehus at HLK tar hånd om komplekse pasienter både fra eget og andres opptaksområde. Ivaretagelse av denne forventede oppgaven er meget krevende på grunn av begrensede areal-, økonomi- og personalressurser.

Hjerte-, lunge- og karklinikken har kapasitet for å øke antall hjerteoperasjoner. Volumene av enkel hjertekirurgi ved OUS er nå så lave at det truer OUS sin evne til å utdanne hjertekirurger. Man ser det derfor som uheldig dersom HSØ viderefører kjøp av hjerteoperasjoner fra LHL-klinikken.

4. Medvirkning

Klinikken har hatt budsjettseminarer i mai, september og november, med fokus på drift, tiltak og brukermedvirkning. Budsjettseminarene var for alle ledere på nivå 3,4 og 5, klinikkens brukerrepresentanter, samt tillitsvalgte og verneombud på klinikknivå. I seminaret ble sykehusets økonomiske utfordring presentert samt effektivisering av drift innenfor hver avdeling. I budsjettprosessen 2018 vil hovedfokus være å få den enkelte leder til å gå igjennom og jobbe med eksisterende drift slik det er skissert i budsjettskrivet fra økonomidirektør.

Alle avdelingsledere jobber med forslag til tiltak. Det har vært stort fokus og krav til involvering av ledere på nivå 4 og 5. Avdelingsledere jobber med forslag til driftsendringer vedrørende budsjett og tiltak for 2018, samt forslag til endret medisinsk tilbud og aktivitetsendringer for 2018.

Klinikkens økonomi og skisserte budsjettendringer er drøftet med tillitsvalgte og verneombud i møte den 17. november 2017. Det er laget drøftingsprotokoll basert på drøftingsmøtet.

1. Vurdering av inngangsfart til 2018 og fordeling av krav til resultatforbedring til avdelingene

Akuttklinikken (AKU) har et underskudd på 20 mnok som resultatprognose per oktober for 2017. Her følger de viktigste forklaringene på underskuddet:

- **Høyere forbruk varekostnader:**
Tiltak på reduksjon av medikamenter og andre medisinske forbruksvarer har vært vanskelig å oppnå i 2017, samtidig som antall operasjoner og aktivitet utenfor tradisjonelle operasjonsstuer har økt med ca. 2 %. Utgjør ca. 12 mnok av AKUs underskudd.
- **Lavere DRG-aktivitet Smerteavdeling:**
Nedgangen i DRG-aktivitet hos Smerteavdelingen skyldes mindre tilgang på pasienter, som igjen skyldes at avdelingen ikke har fått informert nok om tilbudet, slik at henvisningene ikke har økt. Utgjør ca 5 mnok av AKUs underskudd i 2017.
- **Merforbruk på lønn og innleie fra vikarbyrå:**
AKU har redusert innleie fra vikarbyrå med ca. 28% hittil i 2017 i forhold til samme periode i 2016. Totalt har AKU dog fremdeles et samlet merforbruk på innleie og lønn, bl.a. pga større driftsproblemer med autoklaver på Sterilavdelingen. Utgjør ca. 6 mnok av AKUs underskudd 2017.

a. Nye forhold som påvirker drift i 2018

Driftsproblemene på Sterilavdelingen ved Rikshospitalet (er i slutfasen av prosjektet) tilsier at vi må iverksette risikoreduserende tiltak for å sikre leveranser av sterile instrumenter til operasjonsdriften. Etter at ombygningene er ferdig på Rikshospitalet, skal det settes i gang med ombygging på Aker i 2018. Økningen i kirurgisk virksomhet og i prosedyrer utenfor operasjonsstuene i OUS bidrar også til økt behov for kapasitet. Dette betyr at vi over en lengre periode må sikre oss tilstrekkelig kapasitet for instrumenthåndtering. Avdelingen legger derfor opp en ny turnus med nattarbeid, og klinikken har fått en tildeling på 6 mnok i budsjett 2018 til oppbemanning her (6 årsverk på Rikshospitalet fra jan 2018 og 6 årsverk på Ullevål fra sommeren 2018).

Økning i operasjonsaktiviteten kan oppnås med effektivisering av de øktene som er bemannet og ligger i operasjonsplanen (økt stueutnyttelse og færre strykninger). Det kan også tilføres ressurser og dermed gis økt tilgang til tid på operasjonsstuer (flere og lengre økter). For 2018 har OUS satt som mål å øke aktiviteten med 2 %, og oppnå det ved effektivisering, dvs ikke økning i bemanningsressursene i operativ drift. Dette er iht konklusjonen i prosjekt «Effektivisering av operasjonsdrift» og finnes oppsummert i nivå 1 prosedyre for «God drift i operasjonsvirksomheten».

b. Fordeling av krav til resultatforbedring i klinikken

AKU har fått et effektiviseringskrav på ca. 3,2 %, hvorav 2 % -poeng dekkes av at AKU skal bidra til 2 % aktivitetsøkning for OUS innenfor dagens avsatte operasjonsøkter og bemanning. Resten av effektiviseringskravet (1,2 % -poeng) skal dekkes av kostnadsbesparende tiltak. Klinikken har delt ut et effektiviseringskrav på 2 % til alle avdelingene.

2. Status for utarbeidelse av tiltak

a. Beskrivelse av tiltak for å øke aktiviteten

AKUs aktivitet tilfaller DRG-messig i hovedsak de somatiske klinikkene. Smerteavdelingen (SME) har dog noe DRG-aktivitet som tilfaller AKU. Avdelingen arbeider med å gjøre tilbudet kjent, og ventelisten deres er i ferd med å fylle seg opp. Avdelingen forventer derfor langsom økning i aktiviteten utover i 2017 og videre i 2018, med ca. 3 % aktivitetsvekst fra 2017 til 2018. Denne aktivitetsveksten kan gjennomføres uten bemanningsøkning.

b. Beskrivelse av alle andre tiltak

Samlet har AKU andre tiltak for 23,4 mnok. De største tiltakene har AKU på kostnadssiden:

- **Reduksjon av innleie fra vikarbyrå:**

PO/Intensivavdelingen (INT), Avdeling for anestesisykepleie (ANS) og Operasjonsavdelingen (OPE) har samlet meldt inn tiltak for reduksjon av innleie fra vikarbyrå på 12,1 mnok. INT planlegger å oppnå innsparing her gjennom noe økning av faste stillinger, flere i utdanningsstilling, mer bruk av traineer, reduksjon av sykefravær, samt mer effektiv bruk av Barneintensiv på Ullevål.

OPE skal redusere innleie ved å beholde og rekruttere operasjonssykepleiere. Flere av seksjonene i OPE har stillingsannonser ute nå og jobber for å ansette operasjonssykepleiere som er ferdig utdannet i desember 2017. ANS skal i mindre grad erstatte kortere fravær på dagtid med innleie fra vikarbyrå.

- **Reduksjon av lønnskostnader:**

Samlet melder avdelingene inn tiltak på reduksjon av lønnskostnader på 8,5 mnok. 2,1 mnok gjelder at Avdeling for Anestesiologi (ANE) får aktivert lønnskostnader vedrørende frikjøp av medarbeidere til nytt klinikkbygg Radiumhospitalet som investeringskostnad.

Sterilavdelingen vil redusere bruk av overtid og ekstravakter på til sammen 2,1 mnok pga. tiltak på nedgang i sykefravær, samt redusert ekstravaktbruk ved økte faste stillinger. 0,5 mnok gjelder at Avdeling for Anestesisykepleiere (ANS) bl.a. ikke skal erstatte kortere fravær på dagtid og kveld. 1,5 mnok gjelder midlertidig ledigholdelse av stillinger hos Akuttmottak (AKM) og SME. Pga. endringer i personalsammensetning fra medio 2017 vil lønnskostnadene i økonomienheten i Stab gå betydelig ned i 2018, som vil gi en innsparing på 0,6 mnok.

- **Reduksjon av varekostnader:**

AKM, OPE, IVS og ANS har samlet meldt inn tiltak for reduksjon av varekostnader på 2,0 mnok. Tiltakene går bl.a. på at innkjøpsansvarlige gjennomgår varesortimentet i samarbeid med Sterilavdelingen for å redusere forbruk, samt sørge for flest mulig produkter på avtale og oppdaterer favorittlister.

3. Risikovurdering

Budsjettet for Akuttklinikken har som forutsetning at all økning i operativ drift skjer ved effektivisering og at håndtering av øyeblikkelig hjelp er om lag på uendret nivå. Det er en tydelig risiko i budsjettet at intensivvirksomheten øker eller at det settes større krav til aktivitet i OUS enn det som ligger i budsjettforutsetningene.

a. Gjennomføringsrisiko

Ingen avdelinger melder om tiltak med høy risiko knyttet til gjennomføring. Det knytter seg størst risiko til tiltakene innenfor reduksjon av innleie fra vikarbyrå og reduksjon av varekostnader:

- **Reduksjon av innleie fra vikarbyrå:**

AKU har i 2017 redusert innleie med 28%. Klinikken har konkrete tiltak for ytterligere reduksjon av innleie i 2018, bl.a. mer effektiv bruk av Barneintensiv Ullevål (men det vil ta noe tid pga. mangel på kompetent personell).

Det er dog risiko for at økt operasjonsaktivitet vil innebære innleieøkning for å håndtere aktivitetsøkning inntil rekruttering og kompetanseopplæring av nye faste ansatte er ferdigstilt. I tillegg er det hard konkurranse om å rekruttere bl.a. operasjonssykepleiere. Det er vesentlig risiko knyttet til om ANS, OPE og INT får tak i nyansatte med rett kompetanse.

- **Reduksjon av varekostnader:**

Økt operasjonsaktivitet vil gjøre det vanskelig å redusere varekostnader. Tiltakene her vil i større grad begrense økning i varekostnader.

b. Risiko for pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljø

Kvaliteten i pasientbehandlingen må opprettholdes og styrkes, og ingen av tiltakene som foreslås vurderes til å ha betydelig negativ effekt på vår pasientbehandling. Ingen av de tiltakene som foreslås bør heller ha store konsekvenser for omdømmet vårt.

Det kan være en risiko for dårligere arbeidsmiljø hvis man reduserer bemanning, men tiltakene angår i all hovedsak reduksjon i bruk av variabel lønn og innleie, og vi anser derfor dette som lite sannsynlig. Økt aktivitet fører til flere arbeidsoppgaver og økt arbeidspress, og kan dermed påvirke arbeidsmiljøet. Vår erfaring er imidlertid at prosesser der medarbeidere og ledere sammen yter en innsats for bedre flyt, driftsoptimalisering og daglige forbedringer, bidrar til større engasjement, økt eierskap til løsninger, og er dermed like mye et bidrag til forbedret arbeidsmiljø. Økt arbeidspress kan føre til fortsatte problemer med å få til fagutviklings- og prosedyrearbeid.

Den viktigste ressursen i klinikken er de ansattes kompetanse. Det foreslås ingen tiltak i budsjettet som reduserer tilgjengelige midler til kurs og kompetanseutviklingstiltak. Drift og bemanning 24/7 må imidlertid dekkes, og det blir fortsatt utfordrende for alle avdelinger å gi kurs og kompetanseutvikling tilstrekkelig prioritet i 2018. Det er viktig å legge til rette for kurs og kompetanseutvikling også for de erfarne ansatte, og ikke bare for de nyansatte. Kurs og kompetanseutvikling krever god planlegging fra ledernes side. Klinikken er sårbar dersom flere erfarne ansatte enn normalt slutter i 2018.

4. Medvirkning

Økonomienheten i klinikken har hatt gjennomgang av budsjettprosessen og effektiviseringskravene med alle avdelingslederne og seksjonslederne. Den samme

gjennomgangen har klinikktilitsvalgte og klinikkverneombud fått. De fleste avdelingene har gjennomført møter med tillitsvalgte og verneombud der budsjett har vært tema. Møtene er referatført. På seksjonsnivå har involveringen av de tillitsvalgte, verneombud og ansatte vært noe mer variabel. Budsjettsaken har vært oppe i dialogmøte med tillitsvalgte og verneombud 9.okt 2017. Klinikken gjennomførte drøftingsmøte om budsjett 2018 med tillitsvalgte og verneombud 16.nov 2017. Samme dag ble også budsjett 2018 behandlet i klinikkens AMU.

1. Vurdering av inngangsfart til 2018 og fordeling av krav til resultatforbedring til avdelingene

Prognose i 2017 er vurdert til 24 mnok. Dette skyldes i hovedsak:

- Viderefakturering til HELFO av egenandeler over frikort taket gir klinikken en «gevinst» i 2017 på 8 mnok. Klinikken viderefakturerer HELFO basert på egenandelstakster for pasientreiser, hvor takstene ikke er fratrukket mva.
- Avklarte forhold rundt trekk på faktura fra taxi selskap fra 2016 og tidligere utgjør 6 mnok.
- Lavere pris på anbud på taxi i Oslo på 5 mnok, her var det budsjettert med en økning på 4 mnok i forkant av anbudsprosessen.
- Lavere kostnader på enkeltoppgjør enn forventet, som følge av regelendring høst 2016 (økt krav til avstand er fra 3 til 10 km for å få refundert reiseutgift). Mindre forbruk på 4,5 mnok.

Mange av forholdene over er forhold klinikken ikke styrer eller har liten oversikt over før i etterkant. Lavere priser på taxi i Oslo er på bakgrunn av godt arbeid i Pasientreiser i anbudsprosessen. Det samme gjelder avklaring rundt trekk på eldre faktura, hvor det kvalitetssikres dokumentasjon og priser pr tur på faktura fra leverandører.

I 2017 har klinikken endret hvordan egenandeler for pasienter med frikort blir bokført. Denne egenandelen viderefaktureres HELFO. Tidligere har dette vært netto ført, ved at refusjonen har redusert kostnaden på frikortene. Dette skjuler det totale kostnadsnivået på transportene. Derfor er refusjonen flyttet til inntektssiden og gir klinikken i 2017 både økte inntekter og kostnader. I 2017 er det forventet et negativt avvik på kostnadssiden på 70 mnok og et positivt avvik på inntektssiden på 94 mnok.

Engangs- og helårseffekt på kostnadssiden

Det er engangsforhold og justering for helårseffekt i klinikken på 18 mnok. Inntektsført avsluttet prosjekt med 1 MNOK hvor kostnaden har vært driftsført i 2015/2016, helårseffekt av oppjustering av lønnsgruppe 3 til 4 utgjør 3,0 mnok, Avklart eldre trekk på pasientreiser på 6 mnok. Korrigert for dette er det forventet et positivt resultat inn i 2018 før nye forhold og krav til effektivisering

a. Nye forhold som påvirker drift i 2018

- Klinikken er ikke tilført vekstmidler innenfor ambulansetjeneste i 2018 og må håndtere dette innenfor dagens ramme (se pkt 2. a. om aktivitetstilpasning). Dette kan bli problematisk for klinikken da det ikke foreligger godt styreverktøy for å kunne unytte ressursene optimalt. Avdeling jobber hele tiden med å bedre responstidene. Med en vekst på 2 % som tilsvarer oppdrag en ambulansetjeneste kjører i løpet av ett år kan det bli krevende å samtidig benytte de samme ressursene best optimalt.
- Det er ikke tildelt noen budsjetttramme tilknyttet helseteam eller EMT. Dette vil kunne påføre klinikken og resten av OUS kostnader i 2018 som følge av vakante vakter og gjennomføring av øvelser/kurs i helseteam
- Ny bakvakt på luftambulansen som en følge av nytt anbud med Luftambulansetjeneste ANS. Dette er finansiert for oppbemanningen og starter opp fra 1.6.2018
- Nasjonalt hjertestarterregister har fått et tilskudd i driftsrammen i 2018

- Overføring av Vestby til Østfold innebærer noe usikkerhet. I 2016 dekket OUS 75 % av ambulanseoppdragene i Vestby, mens Østfold dekket 25 %.
- Tilbudet raskere tilbake skal utvikles i 2018, her har pasientreiser bidratt i prosjektet med transport av pasientene. Er noe usikkerhet om kostnadene/antall turer vil reduseres tilsvarende.
- Usikkerhet rundt leverandører på pasientreiser og om disse klarer å levere tjenester i 2018. Kan medføre at klinikken må si opp de aktuelle avtalene og inngå nye.
- Klinikken må dekke helårskostnaden for lønnsopprykk på 3 mnok innenfor tildelt ramme

De fleste av disse momentene bidrar til usikkerhet rundt kostnadene for 2018. Det er stor usikkerhet rundt utslaget av overføringen av Vestby, her er det trukket ut budsjetttramme på ambulanseselv om kostnadsnivået er forventet på samme nivå. Hvis Østfold overtar mer av turene i Vestby vil dette frigjøre kapasitet i ambulansetjenesten.

b. Fordeling av krav til resultatforbedring i klinikken

Klinikken har fått et krav på 1,2 % hvor kostnader tilknyttet pasienttransport holdes utenfor. Dette utgjør et krav på 8,5 mnok. Kravet er håndtert ved konkrete tiltak i klinikken. Klinikken har tiltak på 7,8 mnok. Hvor resterende av utfordringen tas ved effektivisering. Avdelingene får tilført budsjetttramme tilsvarende forventet og avklart kostnadsnivå for 2018. Utfordringen er tilnærmet i balanse etter tiltakene, men det er noe usikkerhet rundt kostnadsreduksjonen ved avvikling av raskere tilbake og hvordan effekten av overføring av Vestby fra mai 2018 vil slå inn.

Siden det ikke er fordelt noen vekstmidler tilsvarer dette i tillegg en effektivisering på ca. 2 % som er forventet aktivitetsvekst. Klinikken har som mål å håndtere innenfor dagens ramme.

2. Status for utarbeidelse av tiltak

Klinikken har konkrete tiltak på 7,8 mnok. I tillegg jobbes det kontinuerlig med å se på bruken av ressursene for å imøtekomme aktivitetsveksten innenfor dagens rammer.

Tiltak	(i 1000)
Ledighold adm	2 500
Vedlikehold	750
Bemanningspool	1 500
Utlandspasienter	3 000
Sum tiltak	7 750

a. Beskrivelse av tiltak for å øke aktiviteten

Det er problematisk for klinikken å skulle levere tjenesten til flere med samme antallet ressurser som i dag. Klinikken jobber kontinuerlig med å optimalisere driften og best mulig utnyttelse av ressursen i avdelingene for å imøtekomme en aktivitetsvekst på ca. 2 % og fortsatt opprettholde nivået på responstider. Dette gjelder bl.a. beredskapspunkt og bruk av hvite ambulanser.

b. Beskrivelse av alle andre tiltak

- Bemanningspool er vridning fra variabel til fastlønn. Vil gi mer fleksibilitet da disse blir ansatt overordnet og ikke ned på en enkelt stasjon. Vil redusere variabel lønn og kunne gi avdelingen mer fleksibilitet til å dekke opp vakter ved behov. Forventer en reduksjon i bruk av sommeravtaler som følge bruk av bemanningspool på sommeren

- Utskifting av gamle ambulanser gir en reduksjon av gjennomsnittlig kilometerstand pr bil og reduserer behovet for vedlikehold
- Ledigholdelse og gjennomgang av administrative funksjoner i klinikken, dette gjelder Stab og Pasientreiser. Her ligger det en forventning om å utnytte dagens ressurser best mulig på tvers av hele klinikken
- Klinikken har som mål å øke fakturering av utlandspasienter. Her jobbes det med å se på mulige løsninger for registrering av viderefremming av informasjon på sikker måte. Registreringen av informasjon foregår ute i ambulansen. Her skal det registreres navn, adresse og fødselsdato i tillegg til at det tas bilde av ID-kort. Dette skal være en løsning som skal kreve minimalt med tid. Resten av oppgaven løses administrativt ved å samle dataene og viderefakturere.

5,3 mnok av tiltakene ligger i ambulanseavdelingen, 1,5 mnok gjelder ledighold av administrative stillinger ligger i Pasientreiser og resterende 1 mnok ligger i Stab og gjelder bedre ressursutnyttelse i klinikken.

3. Risikovurdering

a. Gjennomføringsrisiko

Det er få overordnede tiltak i klinikken som er enkle å følge opp. Dette vil bidra til bedre muligheten for gjennomføring av tiltakene og for å hente ut en potensiell effekt. Er noe usikkerhet rundt oppstart av bemanningspool, men forventer at denne er i gang før sommeren.

b. Risiko for pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljø

De foreslåtte tiltakene skal ikke påvirke pasientbehandling eller omdømme. Tiltaket med bemanningspool vil kunne styrke pasientbehandlingen ved å ha en mer stabil bemanning. Det kan være problematisk å ta unna aktivitetsvekst innenfor dagens ressurser med den IKT-løsningen som er i dag. Dette gjelder bl.a. manglende flåtestyring, ingen EPJ i ambulansene, økende problemer med AMIS i AMK, ingen elektronisk medisinsk indeks i AMK. Dette er forhold som vil kunne påvirke belastningen og mentalkapasiteten til ansatte hvor det ikke er noen IT-støtte. Dette er spilt inn tidligere over år i budsjettprosessen. Mangel på IKT-støtte er en økende kritikalitet for driften.

4. Medvirkning

Klinikkledelsen har informert tillitsvalgte og verneombud i dialogmøte om arbeid med tiltak og utfordringen til klinikken. Økonomi har formidlet hva utfordringen til klinikken er i Ledergruppa. Det har vært holdt drøftingsmøte med tillitsvalgte og verneombud i forkant av budsjettleveranse 2, hvor tillitsvalgte og verneombud har mulighet til å komme med innspill og evt. protokolltilførsler som legges ved leveransen.

Informasjon videre ut i avdelingene er et lederansvar. Ledere informerer sine ansatte i sine linjer om budsjett og utfordringen til klinikken og den enkelte avdeling.

Klinikk

Klinikk for laboratoriemedisin

1. Vurdering av inngangsfart til 2018 og fordeling av krav til resultatforbedring til avdelingene

KLM har pr oktober et negativt avvik på 2,6 mnok og leverer en prognose for årsresultat på 0 mnok. I denne prognosen er det lønnskostnadene og interne inntekter som gir positive utslag, mens varekost og eksterne inntekter gir negative avvik.

OUS fordeler ramme basert på styringsfart. I vurdering av styringsfart og ramme for 2018, har KLM fått kompensert for engangseffekter på inntekter og engangseffekter knyttet til lønnskostnader. Styringsfarten er korrigert ned med tanke på engangseffekter knyttet til avvikling av lager i 2017. Kravet om kostnadsreduksjon beregnes ut fra størrelse på styringsfarten, med fratrukk av intern forskning.

I tillegg til et krav til kostnadsreduksjon på 1 %, har KLM fått et aktivitetskrav på 3 %. Det er imidlertid ikke stilt inntektskrav knyttet til denne veksten da finansiering for 2018 er usikker.

Endring 2018		MNOK
Inntektskrav	Redusert eksternt inntektskrav	6,6
Kostnadsramme	Krav til kostnadsreduksjon 1%	-12,1
	Pro rata ekstra reduksjon	-2,5
	Justering inngangsfart	-7,0
Utfordring - behov for tiltak		-15
Tiltakspakke pr 16.11.2017 for kostnadsreducerende tiltak		15
Restutfordring		0

a. Nye forhold i 2018

Inntekter:

- Nytt finansieringssystem for poliklinisk laboratorievirksomhet blir implementert med virkning fra 1.1.2018 for alle fagområder minus patologi og klinisk nevrofysiologi.

I tiltaksarbeid og øvrig budsjettarbeid har KLM lagt til grunn at det nye finansieringssystemet implementeres budsjettnøytralt ved at omfordelingseffekter nøytraliseres mellom HF internt i HSØ.

Kostnader:

- Helse Sør-Øst har tildelt ansvar for HPV-funksjonen til OUS fra 2018. Dette vil kreve oppbemanning og investeringer i utstyr. Det er også forventet at OUS kan kreve refusjon fra HELFO for aktiviteten, men siden det nye finansieringssystemet ikke er på plass er størrelsen på dette usikkert. Det vil ta tid å få på plass bemanning og utstyr og det er derfor også usikkert om tidspunkt for oppstart. Det er reservert midler sentralt i OUS for oppstart i 2018.
- Raskere diagnostikk av alvorlige infeksjonstilstander – klinikere krever etablering av analysen prokalsitonin på Ullevål som øyeblikkelig hjelp-analyse. Dette er forankret i et eget ledermøtevedtak i OUS. Økt volum estimeres til ca. 15000 analyser og vil koste ca. 3 mnok i året. Dette har klinikken fått rammekompensasjon for i budsjett 2018.

b. Fordeling av krav til resultatforbedring i klinikken

Alle avdelinger har fått et krav til kostnadsreduksjon på i overkant av 1 % av beregnet styringsfart. Aktivitetsvekstmidler er fordelt etter avdelingenes andel av klinikkens varekostnader.

Avdeling for rettsmedisin (RMF) fortsetter med øremerket bevilgning og får sin ramme fra statsbudsjettet. Rammen er styrket med kostnader til pensjon. RMF er i en krevende situasjon knyttet til høye avskrivningskostnader og IKT kostnader. Disse kostnadene vil øke i 2018. RMF har utarbeidet tiltak på 3 % av kostnadsrammen.

Alle avdelinger må ha tiltak for å kunne understøtte en aktivitetsvekst på 3 %. Det er ikke stilt krav til inntektsøkning da finansieringen for 2018 er usikkert. Med krav til kostnadsreduksjon på 1 % og krav til å håndtere aktivitetsvekst, har klinikken et produktivitetskrav på 3,4 %.

2. Status for utarbeidelse av tiltak

Avdelingene har meldt inn tiltak for ca. 40 mnok, inkludert Avdeling for rettsmedisin. For ordinær drift er summen av tiltakene 31 mnok. Av disse er 15 mnok knyttet til kostnadsreducerende tiltak. Dette skal kunne dekke klinikkens krav til kostnadsreduksjon.

RMF er i en krevende situasjon knyttet til høye avskrivningskostnader og IKT kostnader. Disse kostnadene vil øke i 2018. RMF har utarbeidet tiltak på 3 % av kostnadsrammen.

a. Beskrivelse av tiltak for å øke aktiviteten

Generelt er tiltakene i KLM i stor grad rettet mot å øke aktiviteten med bemanning gitt i budsjett 2017. Dette skal gi positive effekter på inntektene, svartider og andre kvalitetsparametere.

Overordnet handler også flere av tiltakene om å utnytte utstyrskapasitet og ta ut gevinster der vi faktisk har fått innvilget nytt MTU (primært via breakdown). En del av de foreløpige tiltakene baserer seg på en forutsetning om å få innvilget MTU. KLM vil påpeke at en koordinert utstyrssatsing i KLM vil kunne gi rask og vesentlig forbedring av effektivitet, kapasitet, kvalitet og arbeidsmiljø med tiltakseffekter ut over det som er identifisert så langt.

På sikt vil KLM jobbe for økt aktivitet fra ekstern poliklinikk for å øke inntektene. Vi tror at innføring av elektronisk rekvirering via IHR-løsningen i andre HF og primærhelsetjenesten, vil gi oss et større tilfang av analyser.

Et av de viktigste tiltakene knyttet til reduksjon i kostnader, er rettet mot reduksjon i unødvendig analysevirksomhet knyttet til inneliggende pasienter. Et viktig virkemiddel har vært av pop-up vinduer i DIPS ved rekvirering av analyser. Denne funksjonen er implementert fra september 2017 og det forventes overhengseffekter inn i 2018, samt at funksjonen utvides til flere analyser. Dette vil frigjøre kapasitet til å håndtere poliklinisk aktivitet som er økende.

Arbeid med kontinuerlig forbedringsarbeid knyttet til prøveflyt og organisering pågår i alle avdelinger og bidrar til mange mindre tiltak som til sammen utgjør store effekter på produktiviteten. Det største enkelttiltaket er knyttet til Avdeling for medisinsk genetikk der seksjon for klinisk genetikk og seksjon for arvelig kreft har iverksatt et prosjekt med mål om å øke antall veiledninger med minimum 10 %. Dette vil øke behovet for analyser og gir økte inntekter.

Et annet tiltak som kan trekkes frem er samordning av analyser som ikke er ø-hjelp og som utføres flere steder. Avdeling for medisinsk biokjemi jobber med dette, men er aktuelt også for andre avdelinger da en del analyser utføres av flere avdelinger.

b. Beskrivelse av alle andre tiltak

Det jobbes kontinuerlig med gjennomgang av innkjøpsavtaler med tanke på reduserte varekostnader. I tillegg kan etablering av nye utstyrsplattformer gi reduserte varekostnader ved at reagensene er billigere enn gammel plattform og ved at man kan utnytte reagenser bedre. Etablering av HIV/hepatitt PCR plattform ved Avdeling for mikrobiologi er et eksempel på dette.

Tiltaket knyttet til pop-up vinduer i DIPS vil, i tillegg til frigjøring av kapasitet til å håndtere større poliklinisk prøvevolum, redusere varekostnader ved at det blir analysert færre dyre analyser.

For øvrig vil det også i 2018 være noe anvendelse av midlertidig ledighold av stillinger. Primært vil årsaken til ledighold være at det erfaringsmessig vil være opphold mellom ansettelse.

3. Risikovurdering

a. Gjennomføringsrisiko

Usikkerhetsfaktorer er i stor grad knyttet til manglende MTU- og IKT investeringer og servicekapasitet på Sykehuspartner. Dersom et allerede knapt investeringsbudsjett for OUS blir ytterligere redusert, vil gjennomføringsrisikoen øke betraktelig for KLM sin evne til å levere tjenester på et nivå som er nødvendig for å nå OUS sine aktivitetsmål. KLM opplever også at høye krav til personvern fører til at det tar lengre tid å implementere IKT-tiltak.

b. Risiko for effekt

På grunn av usikkerheten knyttet til innføringen av det nye finansieringssystemet er inntektstiltak som baserer seg på polikliniske inntekter markert med høy risiko for manglende effekt. Tiltaksverdiene kan ikke settes før det nye finansieringssystemet er på plass. Tiltakene må imidlertid gjennomføres med tanke på å øke aktiviteten 3 % uten å øke bemanning.

c. Risiko for pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljø

Tiltakene skal gi positive utslag på aktivitetsvekst, svartider og andre kvalitetsindikatorer, men økt aktivitet uten økt bemanning vil øke risikoen for negativ påvirkning av pasientbehandling og arbeidsmiljø. Både tillitsvalgte og ledere uttrykker bekymring for dette. Det er fare for både økte svartider og økt belastning på de ansatte da det er sterkt begrensede ressurser til å etablere nye undersøkelsestilbud. Derfor blir det spesielt viktig i 2018 å gjennomføre tiltak som reduserer unødig bruk av laboratorietjenestene og tiltak som kan redusere unødvendig dublering av virksomhet. Slik vil vi kunne frigjøre midler til nye nødvendige satsinger.

4. Medvirkning

Tillitsvalgte og verneombud skal være involvert på det nivået tiltakene får effekter/konsekvenser. Det ble gjennomført drøfting av budsjett 2018 på klinikknivå 22. november 2017. Både tillitsvalgte og verneombud deltok i drøftingen. Klinikken fikk i etterkant av drøftingen beskjed om å redusere ytterligere på risiko knyttet til polikliniske inntekter og trekke ut bemanningsvekst knyttet til dette. Klinikken har informert de tillitsvalgte og verneombud om endringene, men må holde et nytt møte for en nøyere gjennomgang og dialog om konsekvenser.

Klinikk

Klinikk for radiologi og nukleærmedisin

1. Vurdering av inngangsfart til 2018 og fordeling av krav til resultatforbedring til avdelingene

Prognosen til KRN har vært null i hele år og er det fortsatt.

Tallstørrelser for klinikken i 2018:

Ramme KRN - 2018	Beløp i tusen
Utgiftsramme styringsfart	820 013
Prognose	-
Aktivitetskrav	3 %
Krav om 1 % kostnadskutt	-8 200
Tilleggskrav (aktivitet < 2 %)	-
Aktivitetsvekstmidler varekostnader	3 435
Ramme - før nye behov	815 248

Nytt krav til klinikkene (samlet 60 mill)	
50 % av kravet fordeles etter underskudd i 2017	
Prognose 2017 KRN	-
Tilleggskrav grunnet underskudd	-
50 % av kravet fordeles pro rata	
Tilleggskrav pro rata	-1 672
Ramme etter tilleggskrav - før nye behov	813 576

Vedtatte nye behov	
KRN kapasitetsøkning	10 000
Rammet etter nye behov	823 576

«Støtteklinikken» KRN og KLM har for 2018 fått et krav om å øke aktiviteten med 3 %, mens de somatiske klinikkene har krav om aktivitetsvekst på 2 %. Dette er en erkjennelse av at behovet for «støttetjenester» øker mer enn aktiviteten målt i DRG.

a. Nye forhold som påvirker drift i 2018

Takket være en budsjettert oppbemanning i årene 2013-2015, har KRN hatt en betydelig aktivitetsvekst de senere årene: fra 2012 til 2016 økte CT med 18 %, MR med 31 % og PET/CT med 39 %. Per oktober 2017 har CT og MR økt ytterligere med hhv. 3,9 % og 3,8 % sammenlignet med samme periode i 2016. Dette er betydelig mer enn sykehusets aktivitetsøkning målt i DRG. Likevel har KRN en underkapasitet med for lange ventetider og for lange svartider, ikke minst for kreftkontroller. Det er flere grunner til at etterspørselen etter bildediagnostikk øker mer enn den bildediagnostiske kapasitetsøkningen:

- moderne (og dyr) medisinsk behandling krever hyppigere kontroll av behandlingseffekt
- den teknologiske utviklingen gir stadig nye muligheter innen bildediagnostikk, diagnostikken blir mer presis, men også mer tidkrevende
- behandlingen er blitt bedre, og pasientene lever lenger, hvilket fører til flere kontroller per pasient (typiske eksempler: kreft og organtransplantasjon)

- krav til raskere utredning av sykdom fører til multimodal parallell utredning av den enkelte pasient, f.eks. parallell utredning med både CT, MR og ultralyd
- pakkeforløp for kreft har medført en dobling av antall pasienter henvist til MR prostata
- krav til flere kliniske studier
- merarbeid for radiologer og nukleærmedisinere i form av flere og mer omfattende MDT-møter som er direkte følge av pakkeforløp for kreft

Den teknologiske utviklingen og voksende kompetanse har gitt mulighet for å behandle flere pasienter med intervensjonsradiologiske metoder. Basert på telling av prosedyrer (ikke henvisninger) var det på Rikshospitalet frem til sommeren 2017 28 % flere nevrointervensjoner og 46 % flere generelle intervensjoner enn i tilsvarende periode i 2016. Det forventes en ytterligere betydelig økning innen nevrointervensjon på grunn av nye kriterier for trombektomi av pasienter med hjerneslag.

En detaljert gjennomgang av alt bildediagnostisk utstyr (MTU) i KRN i 2016/2017 viser med noen få unntak at det er bemanningen som er den begrensende faktor for ytterligere økt aktivitet.

Høsten 2017 er det foretatt en ny utredning av prosjektet Regional radiologi, og for OUS er konklusjonen en klar anbefaling om rask konsolidering av RIS/PACS utenfor den regionale avtalen med Carestream. Dette vil bli en ressurskrevende prosess også for KRN, og dette må kompenseres om aktivitetsnivået i klinikken ikke skal bli skadelidende.

OUS-ledelsen erkjenner at en 3 % aktivitetsøkning i 2018 blir svært krevende for KRN og har derfor innvilget en styrking av budsjettet med 10 mnok til aktivitetsøkning. Dette gir mulighet for oppbemanning med 5 overlegetillinger og 4 radiografstillinger (en økning av totalbemanningen på ca. 1,2 %). I KRN blir aktivitet målt som vektete henvisninger slik at de tyngste og mest ressurskrevende undersøkelsene teller mest. Tom. august i år hadde KRN en vektet aktivitetsøkning på 2,6 % sammenlignet med tilsvarende periode i 2016, dvs. nær kravet for 2018. Dette ble oppnådd uten oppbemanning, men med en svært merkbar merbelastning av personalet.

b. Fordeling av krav til resultatforbedring i klinikken

Det er sendt ut samme bestilling til alle avdelinger i KRN. I korte trekk innebærer det 3 % forbedring av driften hvorav 1 % forventes i kostnadsreduserende tiltak. Da mulighetene for å oppnå dette er ulikt, vil det være noen avdelinger som bidrar mer enn andre.

Det meldes tilbake fra flere avdelinger at det er krevende å formidle kravet videre da man i hele år har meldt at presset på KRN går utover de ansattes arbeidsmiljø. De radiologiske avdelingene på Ullevål, Rikshospitalet og Radiumhospitalet har de største utfordringene med tanke på å håndtere dagens behov fra klinikerne.

Avdeling for nukleærmedisin har fått et større krav til kostnadsreduksjon da de har et stort tiltak knyttet til anskaffelse av nye skannere.

2. Status for utarbeidelse av tiltak

a. Beskrivelse av tiltak for å øke aktiviteten

KRN har fått anledning til å styrke bemanningen for å nå neste års aktivitetsvekst krav. Oppbemanningen alene vil ikke kunne håndtere den forventede veksten, og det er derfor viktig at ressursene brukes så riktig som mulig. Sammen med de somatiske klinikkene må

omfanget av undersøkelser ved primærutredning vs. kontroller og kontrollintervaller i relevante pasientforløp revurderes.

Avdeling for medisinsk fysikk har i samarbeid med leverandør utviklet fantomer (testutstyr som simulerer bildeobjekter) for kvalitetssikring av radiologisk utstyr og arbeidsprosesser som gjør det mulig å håndtere noe aktivitetsøkning neste år uten å øke bemanningen. Avdeling for nukleærmedisin har med to ny PET/CT-skannere mulighet til å øke antall undersøkelser innenfor dagens teknikerbemanning. Da de nye skannerne reduserer tid per pasient kan man bedre utnytte radiofarmaka (begrenses av halveringstid) og dermed øke aktivitet uten tilsvarende økning i varekostnadene.

b. Beskrivelse av alle andre tiltak

Nukleærmedisin vil redusere sine kostnader til NMS betydelig da vi ikke lenger trenger å leie PET/CT-skannere på Rikshospitalet og RAD.

Bildeforskningscenteret i KRN, ImTECH, medfører reduserte utgifter til MTU og vil bidra til å redusere behovet for investeringsmidler i 2018.

Brystdiagnostisk senter flyttet sommeren 2017 inn i OCCI-bygget. Dette har gitt gevinster i form av økt program og dermed økte polikliniske inntekter samt noe reduserte kostnader til private institutter.

Innføring av talegjenkjenning i Sectra (Rikshospitalet og RAD) vil gi reduserte lønnskostnader (til skrivetjenesten). Grunnet manglende leveranse fra Sykehuspartner kan vi dessverre ikke forvente innføring av dette før nærmere sommeren 2018. Dette ble godkjent som lønnsom investering i juni 2017.

I 2018 vil det bli etablert et prosjekt i KRN etter samme mal som prosjekt operasjon og poliklinikk. Hensikten med prosjektet er å øke pasientsikkerheten gjennom at det utarbeides bedre rutiner og styringsinformasjon knyttet til ventelister og ventetider for bildediagnostiske undersøkelser.

3. Risikovurdering

a. Gjennomføringsrisiko

Det er størst risiko knyttet til en aktivitetsvekst på 3 %. Dette vil være avhengig av bl.a. rask oppbemanning med kompetent personell, stabil arbeidskraft uten uventede sykefravær og stabil drift av MTU og IKT (RIS/PACS).

b. Risiko for pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljø

Den høyeste risiko er knyttet til manglende innfrielse av aktivitetsveksten. Gitt en stadig økende etterspørsel er det en risiko for at KRN også i 2018 vil bidra til for lange ventetider og fristbrudd, og at belastningen på våre ansatte blir så stor at den går utover arbeidsmiljøet. Den innvilgende oppbemanningen vil redusere denne risikoen, men ikke fjerne den.

4. Medvirkning

Tillitsvalgte og verneombud skal være involvert på det nivået tiltakene får effekt / konsekvens. Klinikken har hatt regelmessige møter med tillitsvalgte og verneombud fra august og frem til planlagt endelig drøfting av budsjett 23. november 2017. Tiltakene som leveres ble drøftet 12. oktober 2017 i klinikkforum.

1. Vurdering av inngangsfart til 2018 og fordeling av krav til resultatforbedring til avdelingene

Prognostisert resultat for 2017 per oktober er et resultat med 0 i avvik fra budsjett.

a. Nye forhold som påvirker drift i 2018

OSS har noen faste forhold og flere nye forhold som innebærer økte kostnader for OSS i 2018. Det er prioritert å tilføre OSS 23 mnok for nye forhold. Det er også avsatt 20 mnok sentralt for de forholdene som er meldt inn, da det er noe uklarhet om beløpsstørrelser.

Kostnader/oppgaver som er prioritert:

- Økte rentekostnader etter hvert som MTU finansiert av leie leveres og tas i bruk.
- Økte kostnader til behandlingshjelpemidler
- Jfr notat fra Regional utdanning så anbefales det at OSS styrkes med 3 årsverk ifm Dossier og LIS utdanningsløp.
- Økte leiekostnader OCCI som følge av utvidede arealer (BrystDiagnostiskSenter (BDS) 1200m²).

Kostnader/oppgaver hvor det er avsatt midler sentralt:

- Finansiering av driftsmiljø til MetaVision (mister regional finansiering juli 2018).
- Rammefinansiering av ekstravaktformidling (fra internfakturering).

De forhold som etter dialog med ledelsen skal gjennomføres og som ikke blir prioritert med tilførsel av midler, vil innebære reelle effektiviseringskrav til OSS.

Vi har ikke satt tall på hva det koster organisasjonen å involvere seg i konseptfaser for Gaustad og Aker, og antagelig nå forprosjekt RSA. Ansatte skal bidra her og tas ut av vanlige driftsoppgaver. Dette vil utgjøre en betydelig utfordring for eksisterende ressurser. Utfordringen vil reduseres dersom ressurser blir frikjøpt. Eventuelt frikjøp av ressurser er ikke besluttet per i dag.

b. Fordeling av krav til resultatforbedring i klinikken

I utgangspunktet har alle nivå 3 enheter i OSS fått krav til resultatforbedring på 3 %. I fordeling av rammer mellom nivå 3 enheter er det likevel foretatt noe differensiering ved at noen kostnadselementer er helt eller delvis holdt utenom beregningsgrunnlaget når rammereduksjon er beregnet.

Noen nivå 3 enheter har fordelt krav relativt flatt på nivå 4, mens andre nivå 3 enheter har fordelt kravene ujevnt.

2. Status for utarbeidelse av tiltak

a. Beskrivelse av tiltak for å øke aktiviteten

OSS har ikke egen DRG aktivitet, men understøtter aktivitetsveksten til klinikkene. OSS vil måtte understøtte klinikkens aktivitetsvekst uten tilsvarende økning i ressursbruk på pasientnære støttetjenester som portør, etc.

OSS utforsker muligheter til å øke egne inntekter uten å øke ressursbruken tilsvarende. Eksempel på dette er renhold for Sykehusapotekene. OSS vil også måtte øke sin innsats knyttet til pasientnære tjenester. Veksten i antall pasienter vil påvirke direkte våre kostnader til portør, måltider, mv..

b. Beskrivelse av alle andre tiltak

OSS har ikke klinisk aktivitet, og omfattes ikke av de samme generiske tiltakene som klinikkene. Et av prosjektene under «forbedring av drift 2017-2020» går på reduksjon av arealkostnader, med særlig fokus på leiekostnader. Dette vil OSS ha fokus på i 2018 og årene fremover. For 2018 er det lagt inn kostnadsreduserende tiltak innen leie av bygg for 5 mnok. OSS forholder seg for øvrig til at det i budsjettsskriv 1 står at støtteklinikkene må planlegge med effektivisering i størrelsesordenen 2-3 %. For OSS vil dette i all hovedsak gjelde kostnadsreduserende tiltak.

Ift forbedring av drift ut over 2018 (forbedring av drift 2017-2020) vil OSS bruke tid fremover på å vurdere om tjenester vi utfører i dag kan forbedres eller utføres radikalt annerledes, enten av oss eller av andre eksterne. Eksempel på tjeneste som vurderes utført annerledes og/eller av andre er vakttjenesten.

Det er ila 2016-17 gjennomført en analyse av kostnader knyttet til de enkelte HR-prosesser. OSS bærer alle kostnader for Sykehuspartner sine leverte tjenester på dette feltet og har synliggjort et mulig potensiale som vi ønsker skal jobbes videre med i 2018. OSS mener tjenestene koster for mye. I dag betaler vi rundt 85 mnok til Sykehuspartner for lønns- og personaltjenester. Dette er tjenester OSS mener vi kan levere til sykehuset for en vesentlig lavere kostnad. Det brukes mye ressurser innen området. Vi vil innarbeide dette som en del av våre tiltak etter hvert.

3. Risikovurdering

a. Gjennomføringsrisiko

Enkeltvis er det variasjon ift tiltakenes risiko. Tiltakspakken som helhet vil i stor grad kunne gjennomføres dersom sykehuset aksepterer ytterligere reduksjon i ressursbruk og kvalitet på støttetjenester og infrastruktur.

b. Risiko for pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljø

Risiko knyttet til pasientbehandling knytter seg til at sykehuset over tid har redusert ressursbruk til støttetjenester og infrastruktur vesentlig mer enn sykehuset har redusert ressursbruk til kjernedrift. Dette medfører at infrastruktur er dårlig vedlikeholdt, noe som kan bidra til uheldige hendelser knyttet til nedetid og smittevern. For øvrige pasientnære støttetjenester kan eksempelvis for lav portørkapasitet og dårlig kapasitet innen f.eks operasjonsrenhold bidra til strykninger, men også til dårlig flyt i pasientforløpet. OSS vil selvsagt fortsette å prioritere de mer pasientnære tjenestene fremfor de mindre pasientnære tjenestene for å redusere risikoen for uheldige hendelser.

Dårlig vedlikehold av bygg har vist seg å kunne ha uheldige konsekvenser for smitte som spres gjennom drikkevann. Avhjelpende tiltak som å la varmtvann renne er kostbart både på vann og avløpsavgift og energiforbruket.

Saker med risiko for pasientbehandling er generelt saker med risiko også for omdømme. Tiltakspakken bidrar ikke positivt ift risiko innen disse områdene, men anses heller ikke til å forverre allerede eksisterende risiko vesentlig.

4. Medvirkning

Ledere i OSS har i hovedsak invitert sine ansatte til fellesmøter hvor kravet til effektivisering er gjennomgått, og hvor ansatte er invitert til å bidra i arbeidet med utarbeidelse av tiltak. Det er naturlig nok varierende hvor stor grad de ansatte er blitt involvert eller har involvert seg. Budsjett 2018 er drøftet med klinikktillitsvalgte 17.november 2017. Budsjettet er orientert om i klinikkens arbeidsmiljøutvalg 20. november 2017 hvor arbeidsmiljømessige konsekvensene av budsjett 2018 ble diskutert.

**Investeringsplan IKT for
OUS HF 2018-2022**



Områdeplan for informasjons- og kommunikasjonsteknologi ved OUS HF 2018-2022

Stab Økonomi, juridisk og IKT

Investeringsplan IKT for OUS HF 2018-2022

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.

**Investeringsplan IKT for
OUS HF 2018-2022**

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 medisinsk teknisk 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 byggt teknisk utstyr. På dette området er det fortsatt stor usikkerhet knyttet til hvilke leveranser Oslo universitetssykehus kan forvente.

**Investeringsplan IKT for
OUS HF 2018-2022**

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

Investeringsplan IKT for OUS HF 2018-2022

radiologiavtale for foretak som ikke ønsker å bruke den regionale avtalen. Oslo universitetssykehus deltar i dette utredningsarbeidet.

Oslo universitetssykehus planlegger en konsolidering av RIS/PACS i tråd med alternative gjennomføringsplaner slik at sykehuset får lik tjeneste på alle lokasjoner.

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.

**Investeringsplan IKT for
OUS HF 2018-2022**

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.

**Investeringsplan IKT for
OUS HF 2018-2022**

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 infrastrukturtenester 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.

**Investeringsplan IKT for
OUS HF 2018-2022**

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 prehospitalt 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 prehospitalt 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:

**Investeringsplan IKT for
OUS HF 2018-2022**

- 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

Investeringsplan IKT for OUS HF 2018-2022

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 vurdere 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

**Investeringsplan IKT for
OUS HF 2018-2022**

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 FOR PLANPERIODEN 2018 – 2022 OG SENTRALE TILTAK

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.

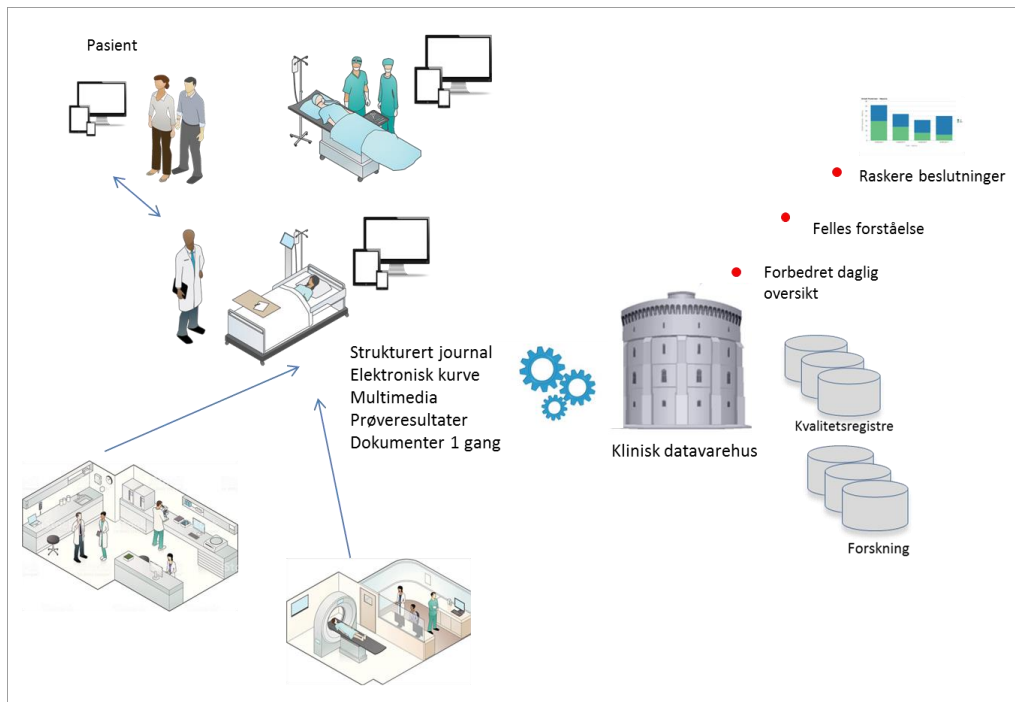
«Oslo universitetssykehus skal være et fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon»

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

Investeringsplan IKT for OUS HF 2018-2022

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.



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

**Investeringsplan IKT for
OUS HF 2018-2022**

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.

Idefaserapporten 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 breeding 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

**Investeringsplan IKT for
OUS HF 2018-2022**

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 pasientbehandler 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 legemiddelbehandling 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.

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

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.

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

Investeringsplan IKT for OUS HF 2018-2022

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

Investeringsplan IKT for OUS HF 2018-2022

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 journalsystemene, 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.

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.

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

Tiltak

Investeringsplan IKT for OUS HF 2018-2022

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, poliklinikk og

**Investeringsplan IKT for
OUS HF 2018-2022**

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.

Investeringsplan IKT for OUS HF 2018-2022

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

**Investeringsplan IKT for
OUS HF 2018-2022**

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.

Estimert bruk av investeringsmidler i 2018 - 2021

(Tall i MNOK)

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

Estimert bruk av lokale driftsmidler i 2018 - 2021

(Tall i MNOK)

	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 investeringsiden. 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 eller hensiktsmessig må alternative leverandører og leveransemodeller vurderes.

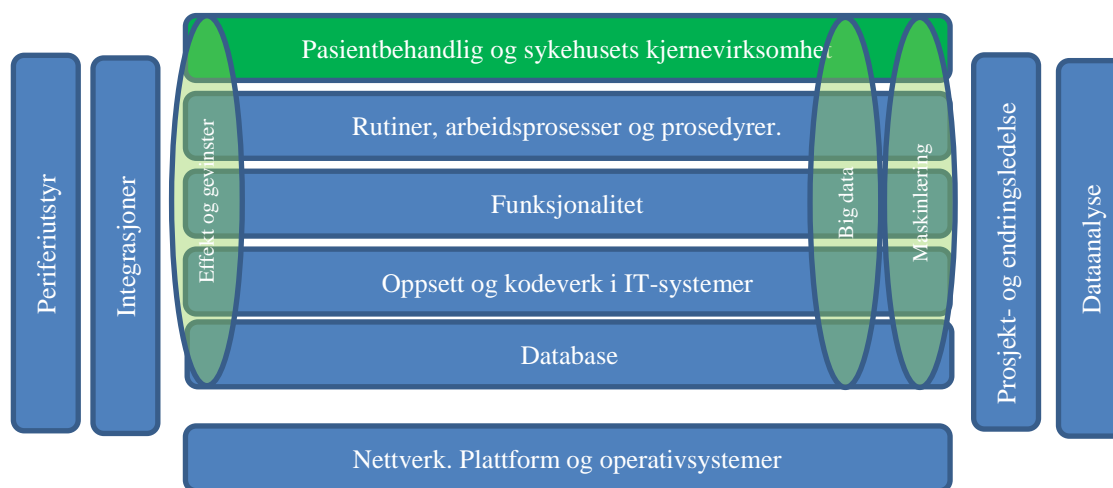
Investeringsplan IKT for OUS HF 2018-2022

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.



Overordnede kompetanseområder innenfor teknologiområdet

**Investeringsplan IKT for
OUS HF 2018-2022**

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.
- Kompetansehevning 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.

**Investeringsplan IKT for
OUS HF 2018-2022**
5. RISIKOBILDE

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
Infrastruktur-moderniseringsprogrammet er stilt i bero.	Begrensede leveranser knyttet til infrastrukturmodernisering, «D igital fornying» og lokale leveranser.	OUS må vurdere alternative leveransemodeller.
Avhengigheter til løsning eller ressurser mellom prosjekter eller fagområder løses ikke	Prosjekter forsinkes, fordyres eller leveres med redusert kvalitet om 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 	Etablerer avhengighetsmatrise både på prosjekt og porteføljnivå. 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 ibrukstagelse 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

**Investeringsplan IKT for
OUS HF 2018-2022**

		om gjennomføring
Sykehuspartners evne til å tilpasse seg en tjenestebasert leveransemodell.	Redusert kvalitet og kvantitet på leveransene. Redusert motivasjon hos alle parter til å finne fram til gode løsninger	Ha stort fokus på å etablere effektive rutiner Høyt ledelsesmessig fokus på utviklingen
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.



Områdeplan medisinsk-teknisk utstyr MTU ved OUS HF 2018-2022

Kort versjon

Medisinsk-teknologisk virksomhetsområde

Oslo sykehusservice



1. Status for MTU 2017 og målbilde 2022

I EU defineres Medisinsk utstyr (MU) i Medical Devices Directive (MDD). 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. IKT-utstyr er generelt ikke MTU, men der det er en del av en systemløsning er det definert som MTU.

Det var ved årsskiftet (1.1.2017) registrert om lag 44.000 aktive MTU enheter ved OUS (status normal, dvs. i drift). Årsvest skyldes nytt utstyr, omstilling og produksjonskrav, og nye standarder og prosedyrer.

- Disse MTU enhetene hadde en registrert akkumulert (historisk) anskaffelseskostnad på om lag 4 MRD kr. inkl. mva. Det er fortsatt noen utfordringer med datakvaliteten fra ulike registreringer på ulike lokasjoner.¹
- Det er en utfordring for analysene at kronekursen har fluktuert så sterkt de siste årene.
- Prisene i databasen er ikke konsumprisjustert.
- Utstyrsarkens gjennomsnittsalder var per 1.1.2017 på over 11 år når alle MTU enheter teller likt. En alternativ fremstilling av gjennomsnittsalder er alder per krone, eller verdivektet gjennomsnittsalder (VVGA) der de dyreste utstyrsenhetene veier mer enn de billigste. Uttrykt som VVGA er gjennomsnittsalderen for MTU-parken i OUS nå 9,0 år.
- Mer enn 40 % av alle MTU enhetene var eldre enn gjennomsnittlig levetid (10 år).
- Taksentraler (uten gass, bare strøm), vaskemaskiner og grunnutrustning defineres ikke som MTU og er ikke medtatt i tallgrunnlaget. Likevel anskaffes oftest dette utstyret av Medisinsk-teknologisk Virksomhetsområde (MTV) som en del av utstyrsprosjektene utstyrsbudsjett når sammensatte utbygginger gjøres, som for eksempel operasjonsstuer.²

OUS er det foretaket i Helse Sør-Øst (HSØ) med høyeste registrerte gjennomsnittlige alderen for medisinsk-teknisk utstyr. Med mål om å stanse aldringsprosessen av utstyrsarkens 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. For 2018 og årene framover ligger inne en plan om en stegvis opptrapping av investeringene opp til i overkant av 500 millioner kroner for å kunne få gjennomsnittsalderen ned. (Se for øvrig figur 1, kapittel 1.1)

Det vil bli søkt finansiert og iverksatt et pilotforsøk med RF-ID tagging av MTU ved OUS. Dette vil gjøre det betydelig enklere å lokalisere og verifisere plassering av MTU-enhetene, utnytte og styre utstyrsarkens mer effektivt og gi en kvalitetssikret utstyrsstatus.

1.1 MTU utviklingen fram til i dag

For å studere tendenser og trender er data fra de tidligere sykehusene som nå utgjør OUS analysert fra 1997 til i dag. Dette arbeidet viser blant annet følgende:

- Det har i snitt siden 1997 blitt anskaffet ca. 2.200 MTU enheter per år (tilvekst) og utrangert ca. 1.100 MTU enheter per år. Dette har ført til at utstyrsarkens har økt med ca. 1.100 MTU enheter per år (ca. 4,2 % per år). Siden 2001 (etter nytt Rikshospital) har denne økningen vært noe lavere og ligget på ca. 3,4 % per år. Tallene vil variere fra år til år, og datakvaliteten er noe usikker ettersom det er et stort antall enheter (40 000 stk) og en dynamisk database der utstyr går inn og ut, men det er ingen tvil om at antallet enheter på sykehuset er i vekst.
- Årsaken til at veksten er større enn utrangeringen er at anskaffelser for OUS skjer via mange flere kilder enn investeringsbudsjettene; for eksempel gaver, fond, UiO og de enkelte klinikkens driftsbudsjetter der utstyret koster mindre enn 100 000,-kr. MTV har gjennomført en konkret sjekk av MTU som er utrangert, og konklusjonen er at

¹ Det pågår en større konvertering av FDV-databasen (Forvaltning, drift og vedlikehold) og validering og opprydding i priser og plassering av alt MTU ved OUS i forbindelse med overgang til nye databaseløsning. Enheter skal lokaliseres og valideres.

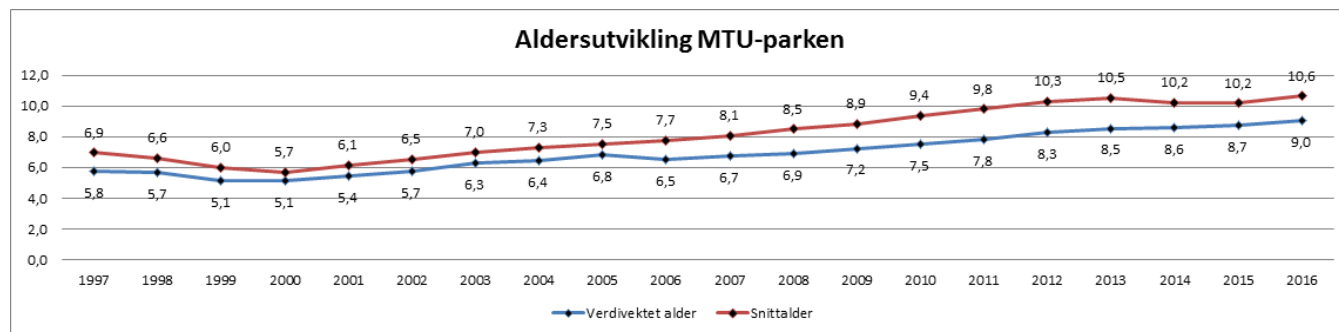
² Det pågår i MTV et stort prosjekt som beskriver alle operasjonsstuers tilstand (105 stk). Dette omfatter også søyler og taksentraler.

mer enn 99 % av innmeldte sammenbrudd faktisk blir tatt ut av bruk og kassert. I tillegg ligger det en økning i utstyrsparken gjennom innmeldte elektive behov som ikke går til erstatning av eksisterende utstyr.

- En annen viktig årsak til økningen i utstyrsparken er den teknologiske og medisinske utviklingen som har vært i nyere tid. For eksempel vil et barn på barneintensiv i dag normalt ha et mye høyere forbruk av infusjonspumper enn for bare ti år siden (opp til mangedobling). Økt behandlingsaktivitet er også en annen driver for øket utstyrmengde.
- Det har i snitt blitt anskaffet MTU for ca. 250 millioner kr i året 1997 – 2013. I 2014 var tilveksten større, 346 millioner kr inkl. prisopprettinger i databasen mens tilveksten sank noe i 2015 og 2016 til omkring 255 millioner kroner. I de siste tallene ligger ikke prosjekter som er påbegynt i perioden, men ikke slutfakturert, disse vil påvirke tallene for de seneste årene.
- Utstyrsparkens *gjennomsnittsalder* har økt med ca. 0,3 år per år i perioden 2001 – 2016.

Det er vanlig å beskrive tilstanden til en stor og kompleks utstyrspopulasjon med dens *gjennomsnittsalder* (år).

Kompleksiteten illustreres av at det er mer enn 1000 ulike og unike utstyrsgupper i MTU-databasen til OUS, eksempler på utstyrsgupper er CT, sprøytepumpe, pasientmonitor, blodgassanalysator++. *Gjennomsnittsalder (mean value)* er den parameter som benyttes av HSØ, av mange norske sykehus, nordiske sykehus og i internasjonale publikasjoner³. Økning av *gjennomsnittsalder* over tid er et faresignal for utstyrsparkens tilstand, reduksjon det motsatte. En grafisk fremstilling av utviklingen i *gjennomsnittsalder* fra 1997-2016 er vist i figur 1



Figur 1. Utvikling i verdivektet *gjennomsnittsalder* (blå kurve) og *gjennomsnittsalder* (rød kurve) for OUS fra 1997-2016. I årene før fusjonen er utstyrsparken for de ulike sykehusene Radiumhospitalet, Aker, Ullevål og Rikshospitalet slått sammen for sammenlikningens skyld.

En annen måte å beregne *gjennomsnittsalder* på, er *gjennomsnittsalder per krone*. *Gjennomsnittsalder per krone* angir en *gjennomsnittlig alder* for alle kroner som er investert i en populasjon. Dette er det samme som *verdi-vektet gjennomsnittsalder* (VVGA) (år), et begrep som også er benyttet i noen tidligere rapporter. Denne regnemåten gir en lavere *gjennomsnittsalder* i utstyrspopulasjonen fordi de dyreste enhetene, som også gjerne er de nyeste, teller mest. VVGA for OUS per februar 2017 er 9,4 år.

Det har vært en ganske jevn økning i *gjennomsnittsalder (mean value)* for MTU 2001 – 2016. I årene 1998 til 2000 ble det investert i MTU for nytt Rikshospital.

De faktorene som påvirker *gjennomsnittsalderen (uansett om den er uttrykt som mean, eller VVGA)*, er forholdet mellom utrangingsmengden⁴ og tilveksten. Prosentvis sett er det i *gjennomsnitt* utrangert i overkant av 50% MTU i forhold til antall MTU det er anskaffet innen samme år. År 2000 er det eneste året da det ble utrangert flere MTU enn det ble anskaffet. Årsaken til dette var en opprydding, kassasjon og telling etter flytting av RH. I snitt ligger *kassasjonsalderen* (utstyrets faktiske alder ved kassasjon) nå på omkring 13,5 år.

³ Ø. Jensen mastergrad ved institutt for helseøkonomi, UiO 2010.

⁴ Uttrangering betyr: MTU er enten brutt sammen eller ikke lenger egnet til påtenkt bruk, brukes ikke lenger.

Datakvaliteten i utstyrsdatabasen forutsettes lik for de forskjellige stedene. Fram til det foreligger RFID-merket utstyr vil det alltid være utstyr som ikke er registrert eller som er tapt uten at databasen er oppdatert, med over 40 000 registrerte enheter i en database vil det være varierende grad av presisjon i oppdateringen av denne. Dette gjør at det må tas et forbehold når det gjelder bruken av gjennomsnittsalder, og det taler i favør av prisvektet gjennomsnitt. Jo dyrere utstyr, jo større sannsynlighet er det for at det eksisterer og brukes i tråd med det som er registrert i utstyrsdatabasen.

Tidligere tilsendte data fra Danmark (personlig meddelelse fra Medico-teknisk chef Rigshospitalet Arne Talbot) viser at ved Rigshospitalet har de i 2015 registrert 30.200 enheter MTU, til en akkumulert anskaffelseskostnad 2,2 mrd danske kr, med en gjennomsnittsalder på 8,8 år. For Hovedstadsregionen i København er det registrert hele 96.600 enheter MTU, med en akkumulert anskaffelseskostnad på 5,32 mrd danske kr. Gjennomsnittsalder i regionen er 6,7 år. Rigshospitalets data oppgis å ha mindre usikkerhet enn Hovedstadsregionen. Oppgitte data for de andre danske regionene samlet er en *median* MTU-alder på 7 – 9 år. Tilsendte data fra Helsingfors universitetshospital HUS (personlig meddelelse fra medisinsk teknisk direktør HUS Mika Päiväranta) viser at HUS i 2015 har registrert 63.000 enheter MTU, til en akkumulert anskaffelseskostnad 440 mill euro (ca. 7,3 mrd norske kr), med en gjennomsnittsalder (mean value) på 8,0 år. De oppgis en prisvektet gjennomsnittsalder på 7,2 år. Det foreligger *ikke* tidsrekker eller historiske data hverken fra Danmark eller Finland.

Datasettene fra Danmark og Finland viser altså at de store universitetssykehusene sammenlignbare med OUS har en utstyrspopulasjon med en lavere gjennomsnittsalder enn OUS.

Den europeiske bransjeorganisasjonen COCIR (European Coordination Committee of the Radiological, Electromedical and Healthcare IT Industry), har gjennom en rekke år benyttet en blokkoppdeling av MTU-utstyrspopulasjon iht. tre konkrete klasser: alder 0 – 5 år, alder >5 og < 10 år og over 10 år. Tabellen under viser tilrådning:

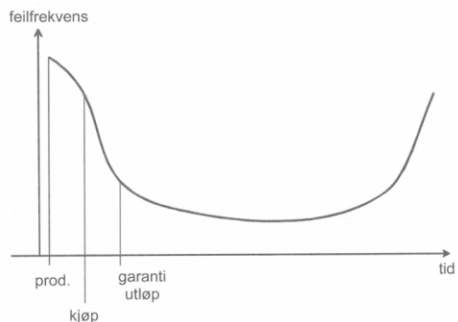
COCIR Rules for the evaluation of medical equipment

Equipment that is **up to 5 years** old reflects the current state of technology and offers opportunities for economically reasonable upgrade measures.

Equipment which is **between 6 - 10 years** is still fit for use, but already requires replacement strategies to be developed. In our opinion the group "6 to 10 years" should not be more than 30 percent of the total installed base. (NB: Tolkes som 5,1 – 10 år).

Equipment **older than 10 years** is no longer state-of-the-art. It is outdated and should not be more than 10 percent of the total installed base. Replacement is essential.

McKinseys rapport for Legeforeningen 2013 benytter denne klassifisering for å beregne reinvesteringsbehovene. McKinseys rapport beregner nødvendige investeringer i en utstyrspopulasjon for å oppnå en gjennomsnittsalder på 8 år, som ligger midt i klassen 5,1 – 10 år der sykehuset må ha en utskiftningsstrategi.



Figur 2. Badekarkurven, feilfrekvens for et MTU som funksjon av alder. Kostnadene vil ikke følge samme kurven, den økte feilfrekvensen fram til garanti-utløp dekkes av garantien slik at det er svært lave utgifter fram til garantiutløp, moderate utgifter videre fram til feilfrekvensen øker mot slutten av utstyrets levetid.

OUS beveger seg for store deler av MTU-populasjonen mot høyre del av kurven, der utstyrets feilfrekvens og kostnader øker når gjennomsnittsalderen øker. En stor del av utstyrsparken har nådd End-of-life (EOL) eller End-of-service (EOS) (dette er markører som produsentene og leverandørene angir, EOL betyr at typen går ut av produksjon, EOS betyr at deler og support ikke lenger vil være tilgjengelig). Ved tekniske sammenbrudd vil det da ikke være mulig å få deler, komponenter eller programvare fra produsent eller leverandør. Også spesifikk programvare for utstyret omfattes av EOL/EOS og kan ofte ikke installeres på nyere datautstyr. Dette kan skape langvarige produksjonsproblemer.

Et viktig poeng for MTU er at det *må* vedlikeholdes systematisk. Etter lov om medisinsk utstyr og forskrift for håndtering av medisinsk utstyr, må alt MTU som skal være i drift vedlikeholdes på et nivå som er minimum tilsvarende produsentens anbefalinger eller basert på egne risikovurderinger. Vedlikeholdet skal være dokumentert. Dersom utstyret ikke vedlikeholdes på et tilstrekkelig nivå (iht. fabrikant eller egen dokumentert risikovurdering) må utstyret tas ut av bruk. Når utstyret blir eldre øker feilfrekvensen, oppetiden går ned og vedlikeholdskostnadene går opp.

MTU er i sin videste forstand så å si "motoren" i den spesialiserte pasientbehandlingen og videreutviklingen av denne. Dersom gjennomsnittsalderen øker over tid vil det før eller senere få konsekvenser for pasientbehandlingen.

1.2 Usikkerhet i underlaget for MTU-databasen

I en utstyrsdatabas med mer enn 40 000 aktive enheter vil det kunne forekomme feil. Utstyr som kasseres blir ikke registrert som kassert, utstyr byttes uten at det kommer inn i databasen og utstyr som finansieres fra andre kilder enn OUS blir ikke alltid registrert. Ved OUS gjennomføres tellerunder med ujevne mellomrom der alt utstyr telles opp og registreres, erfaringen fra disse og andre sykehus som har gjennomført tilsvarende runder er at utstyrsdatabasene inneholder for mange enheter. Jo lengere det er siden forrige tellerunde, jo større vil denne feilen være. Det er også en feilkilde at utstyr som er i bruk ikke blir funnet på tellerundene og derfor kan bli registrert som kassert i utstyrsdatabasen.

I sum betyr dette at alle utdrag fra utstyrsdatabasen har en ikke ubetydelig usikkerhet innebygget, dette gir seg utslag både i antall, pris, alder og alle relevante rapporter fra databasen.

Imidlertid er det slik at det er en sammenheng mellom pris og sannsynlighet for at utstyret er korrekt registrert i databasen, jo høyere pris jo mer sannsynlig er det at vi har utstyret riktig registrert i databasen. En konsekvens av dette er at mens gjennomsnittsalderen på utstyrsparken ikke differensierer på verdien av utstyret så vil den verdivektede gjennomsnittsalderen gjøre det, ettersom det dyrere utstyret veier tyngre i algoritmen enn det mobile utstyret med lav pris. Av den grunn bør den verdivektede gjennomsnittsalderen konsekvent brukes når det er snakk om gjennomsnittsalder, i det minste når det er snakk om å beskrive tilstanden på MTU-parken.

I de statistiske beregningene som presenteres i kapittel 4 vises alle kurvene med en usikkerhet. Dette er en statistisk usikkerhet som ikke inkluderer usikkerheten i utstyrsdatabasen, og for å få et realistisk bilde av den totale usikkerheten må denne derfor legges til.

2. Utviklingen framover for MTU

Det skjer en kontinuerlig og rask utvikling på MTU, selv om utviklingen akkurat for øyeblikket er mer preget av evolusjon enn revolusjon. Eksempler på dette er:

- Videre utvikling av minimal- eller non-invasive kirurgiske intervensjoner med tilhørende utstyr. Inklusiv skopi-teknikker
- Stadig større grad av integrasjon av MTU i nettverk
- Bedre oppløsning på bilde-dannende metoder, 3D og høyoppløselig avbildning og visualisering (Ultra high definition UHD, eller 4K)
- Økende bruk av skybaserte tjenester også ved drift av enkelte typer svært krevende MTU som bilde-dannende utstyr av typen MR. Eksempelvis kan de nyeste 3D-MR maskinene ta opp et fullt skann av en brystkasse og med høy presisjon gjengi blodflow (retning og størrelse) for ethvert punkt i det aktuelle volumet i løpet av 8 min. Et

enkelt skann tar opp 21 GB med lagringsplass, med slike volumer er det svært fordelaktig å kunne bygge opp serverparker utenfor sykehusene og ha tynne klienter innenfor sykehusenes vegger. (Her må det gjøres avklaringer i forhold til personvern og informasjonssikkerhet)

- Stadig sterkere grad av automatisering av laboratorieutstyr
- Implanterbar teknologi øker i omfang og kompleksitet. Protoser som kan styres av nervesignaler, øyeimplantater som festes på netthinnen og kunstige hjertepumper i ulike former og omfang er noen eksempler på slike.
- Nye og raskere sekvensatorer (Next generation sequencing, NGS) er en vesentlig forbedring av de tradisjonelle metodene for DNA/RNA-sekvensering
- Større grad av programvarestyrt MTU gir potensiale for kortere levetid
- Robotiserte løsninger, som for eksempel kirurgiske roboter
- Kontinuerlig forbedring av ytelse og beslutningsstøtte
- Kunstig intelligens blir inkorporert, i første omgang for å tilrettelegge materiale av større omfang for brukerne, på sikt vil systemene trolig ta over hele eller deler av mer rutinepregede oppgaver på sykehuset
- Flere laboratorieanalyser flyttes fra tradisjonell plattform til massespektrometri-plattform med dyrere anskaffelser men mer nøyaktige prøvesvar

3. Prioriteringer i planperioden 2018 - 2022

Den gjeldende økonomiske langtidsplan for investeringer i MTU for OUS (ØLP) 2016 – 2019 legger til grunn investeringer på 500 mill kr per år i perioden 2016-2019. Det ble lagt vekt på å prioritere anskaffelser innen de satsningsområdene som ble anbefalt av sykehusets ledelse. Dette var:

- Pasientovervåkning (sluttføre flåteutskifting)
- Ultralydapparater
- Endoskopi
- MR (2 pr. år)
- CT (2-3 pr. år)
- Laboratorieautomatisering
- Lineærakseleratorer (1-2 pr. år)

Ved utarbeiding av ØLP 2018 – 2022 er tidligere prioriteringer fra foregående to år fremdeles vektlagt. Prioriteringene i ØLP 2018 – 2022 er imidlertid fortsatt preget av den høye sammenbruddsraten som så ut til å stabilisere seg, men som har vist en økning igjen i 2016. I tillegg vil det være nødvendig å ta høyde for nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet som er forventet å stå ferdig i 2023. Dette prosjektet vil medføre en større utskifting av MTU og vil måtte få konsekvenser framover.

Strategiske prioriteringer fra Medisinsk-teknologisk Virksomhetsområde (MTV):

1. *Det pågår en kartlegging av utstysrømråder der det er flaskehals for produksjonen, og som skaper ventetider for pasientbehandlingen. En grunnleggende strategi vil være å vektlegge disse områdene i elektive tildelinger.*
2. *En viktig strategi av stor betydning for klinikkene vil være å avdekke om det internasjonalt eller nasjonalt finnes teknologi eller utstyr som forbedrer sykehusets produksjonsevne.*
3. *Nytt klinikkbygg Radiumhospitalet må tas hensyn til, foreløpig er dette bare på forprosjektstadiet men det forventes å komme en detaljering i løpet av 2018.*
4. *En kortsiktig strategi er proaktivt å få dreiet utstysranskaffelsene fra sammenbrudd til elektive, planlagte mål.*
5. *En langsiktig strategi er å øke andelen som går til klinikkens innmeldte behov av utstyr, dette er ofte mindre men fremdeles svært viktig utstyr*

Hovedprioriteringene som det er redegjort for og utfordringen med en høy sammenbruddsrate, ligger til grunn for den økonomiske langtidsplan som går fram av tabell 2.

MTU til forskning er i hovedsak *ikke* registrert i databasen, mens forskningsutstyr (MTU) som også brukes i pasientbehandling er registrert iht. forskrift fra DSB. Finansiering og anskaffelse av MTU til forskning er en mangesidig og til dels uoversiktlig prosess. Kildene er ulike fond, UiO, forskningsråd, stiftelser med mer. UiO har ikke en samlet oversikt over

MTU anskaffet av universitetet. For å dekke opp noe av behovet for MTU til forskning, er det foreslått satt av 10-15 mill kr per år i 2018 – 2022. For underlag på området telemedisin henvises til egen områdeplan for telemedisin ved OUS, 2016-2019.

3.1 Medisinsk utvikling og betydning for MTU

Utviklingen i medisinsk teknologi og medisinske metoder henger nært sammen. Mens utvikling av nye teknologier kan styre den medisinske utviklingen på noen områder vil også utviklingen i medisinske metoder få en konsekvens for medisinsk-teknisk utstyr.

Et eksempel på det første er aortaklaffinnleggelse ved aortastenose der tidligere prosedyre for skifte av aortaklaff innebar åpen hjertekirurgi med hjerte-lungemaskin, full narkose og et stort kirurgisk team, og en lengere rekonvalesensperiode for pasienten. Med ny teknologi for kateterbasert aortaklaffinnleggelse (TAVI, Transcatheter Aortic Valve Implantation) av ekspanderbare implantater via pulsårene i lysken, som regel med lokalbedøvelse i en ca 2 timer lang prosedyre. Et eksempel på utvikling i medisinske metoder som får konsekvenser for MTU er nye krav til billedveiledning ved ulike typer innstikk, slik som for anestesileger der ultralyd nå brukes som «point of care» behandling ved stadig flere indikasjoner⁵:

- Vaskulær tilgang med innleggelse av arterielle kanyler, perifere og sentrale katetre
- Undersøkelser av lunge og luftveier for å kontrollere tubeplassering eller påvise pleuravæske, lungeødem eller pneumothorax
- Transtorakal og transøsofagal ekkografi for monitorering av hemodynamisk ustabile pasienter
- Regional anesthesi ved innleggelse av perifere nerveblokkader

Dette er basert på internasjonale retningslinjer for denne type prosedyrer, og resultatet er et økt behov for ultralydskapasitet innenfor anesthesiologi. Slike eksempler på prosedyreendringer og generelle økninger i MTU-bruken kan finnes for de fleste spesialiteter i den somatiske delen av spesialisthelsetjenesten

Med unntak av de store paradigmeskiftene innenfor medisin og medisinsk teknologi har de fleste utviklingstrekk det til felles at det totalt sett ender opp med mer MTU og ikke mindre. Det støttes også av statistikken fra utstyrsdatabasen, selv om en andel av økningen i utstyrsmengde skyldes økning i pasientbehandlingen.

3.2 Betydningen av fremtidens lokalisering og organisering av OUS

Det er ingen tvil om at en lokalisasjonsmessig samling med påfølgende reorganisering av OUS vil ha en betydning for sykehusets MTU-park, spørsmålet er bare hvor stor og hvilken betydning det vil ha. I litteraturen er det få publikasjoner med sammenlignbare fusjoner å vise til, og OUS-fusjonen i 2010 hadde for få elementer av relokalisering til at det er mulig å hente ut informasjon med vesentlig overføringsverdi til et nytt OUS.

Ettersom det kan antas at pasientbehandlingen ikke vil få et vesentlig lavere volum enn den har i dag, vil eventuelle endringer i utstyrsparken ut over den årlige økningen i pasientbehandlingen først og fremst komme av at det frigjøres utstyr på grunn av at prosedyrer som samlokaliseres kan klare samme produksjonen med færre utstyrsenheter. En forutsetning for denne frigjøringen av utstyr er at det er noe restkapasitet på utstyret i dag som gjør at gevinsten med samlokalisering kan hentes ut i form av færre enheter av samme type, eller at kapasiteten på deler av det eksisterende utstyr kan økes med enkle grep for å effektivisere bort andre tilsvarende utstyrsenheter. Innenfor MTU-området er det først og fremst laboratorieklinikken som vil kunne ha en gevinst på utstyrssiden av en slik samlokalisering. Dagens

⁵ «Behov for innkjøp av ultralydapparat til Akuttklinikken, Rikshospitalet». Bjørn Aage Feet, seksjonsleder Avd. for Anesthesiologi, 21.05.2014



automatiserte produksjonslinje på laboratoriet på Rikshospitalet vil for eksempel kunne bygges ut til å ta prøvevolumet fra Ullevål ved å doble antallet produksjonslinjer. For andre typer analyser vil det være mer usikkert, ikke alle analyseenheter har restkapasitet eller mulighet til å utvide eksisterende kapasitet. Laboratorieutstyr utgjør omkring 10% av utstyrsparkens totale verdi. Den andre store enkeltgruppen MTU er radiologisk utstyr hvorav mesteparten eies av Klinikk for radiologi og nukleærmedisin, KRN. Dette utstyret utgjør om lag 25% av utstyrsparkens totale anskaffelseskostnad og en betydelig andel av driftskostnadene. På dette området er det imidlertid underkapasitet på flere modaliteter og lite reservekapasitet i dag, slik at en samlokalisering vil ha mindre betydning for muligheten til å effektivisere bruken av modalitetene.

For det resterende utstyret er det vanskelig å konkretisere, men på grunn av en lengere periode med lavere investeringstakt på 2000-tallet er reservekapasiteten trolig begrenset.

3.3 Investeringstabell 2018-2022 med forklaring (tabell 2)

Etter planen vil det komme nye bygg til fremtidens OUS som vil medføre endringer for MTU-parken (se kapittel 3.2) og det vil medføre nytt utstyr, men dette utstyret er allerede inkludert i tabell 2 og kommer derfor ikke i tillegg selv om det på dette nivået ikke er spesifisert. MTV gjennomfører en større statusgjennomgang av alle operasjonsstuene i OUS (mer enn 100 stk). Dette omfattende arbeidet viser så langt at det er nødvendig med større oppgraderinger på deler av utstyret (se punkt 10, 11 og 16). Av spesielle forhold som ligger til grunn for prioriteringene i tabell 2 nevnes konkret i følgende noter:

1. Det er ikke planlagt store flåteutskiftninger dette og neste budsjettår, for de siste årene står de imidlertid uspesifisert fordi det vil være avhengig av sammenbrudd og tilstand til flåtene hva som må prioriteres.
2. Øvrige elektive behov er øvrige MTU-anskaffelser som ikke faller i kategorien store enkeltanskaffelser eller flåteutskiftninger, men som klinikkene selv prioriterer. Disse er som regel svært viktige for klinikkens evne til å gjennomføre planlagt pasientbehandling på en effektiv og trygg måte.
3. Med en normert levetid på 10 år for MR svarer dette til en utskiftning av 1,8 MR (dvs 2 stk) per år i årene 2018 – 2022, 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 1-2 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). OUS har mer enn 300 stk UL til en akkumulert kostnad av mer enn 150 mill. De medisinske indikasjoner for bruk av ultralyd er i bevegelse og utvides, spesielt på grunn av stadig bedre billedkvalitet. For eksempel brukes UL i stadig større grad ved ultralydveiledet innlegging av kanyler og sonder innen anestesioologi. I visse tilfeller kan UL brukes i stedet for konvensjonell radiologi, og sparer pasienten for stråledoser. Det legges derfor opp til en økning av investeringene i ultralyd til et nivå på 20 millioner kroner i året.
7. Stråleterapimiljøet ved OUS viser til at insidensen av kreft i befolkningen øker (utredning fra Jan Røddal). Bare bidraget fra insidens økningen svarer for OUS sitt dekningsområde av stråleterapi til om lag 0,5 Linac per år. Innen områdeplanens horisont vil denne insidens-økningen kunne håndteres ved bruk av en ledig stråle bunker og ved utnyttning av skiftkapasitet. Det gjøres 105.000 pasientbehandlinger per år (opp til 470 behandlinger per dag). Gamle strålemaskiner med tekniske problemer får umiddelbare virkninger på produksjonslinjene. Stråleterapimiljøet ved OUS har fremlagt detaljerte utredninger som viser nødvendigheten av å skifte 2 Linac per år, pluss 1 CT/MR for stråleterapiplanlegging. Utkastet til ØLP 2018 – 2022 legger til grunn at det anskaffes 2 Linac per år.
8. Laboratorieutstyr, bl.a. overgang fra HPLC til MS. I OUS er det registrert 22 ulike HPLC MS/MS-systemer. Dette er viktig utstyr for å analysere medikamenter, proteiner, peptider osv. Væskekromatografi tandem - massespektrometri (LC-MS / MS) har hatt enorm vekst i kliniske laboratorier i løpet av de siste 10-15 årene. Det gir analytisk spesifisitet som er overlegen i forhold til konvensjonelle immunoassays eller høy ytelse / trykk- væskekromatografi (HPLC) for lavmolekylære analytter, og har høyere gjennomstrømming enn gasskromatografi-

massespektrometri (GC-MS). Denne utviklingen sammen med stadig mer automatiserte løsninger er forventet å fortsette i årene som kommer.

9. Kirurgirobot på Aker får end of service (EOS) høsten 2017. Roboten må enten erstattes eller aktiviteten stoppes.
10. Operasjonsbordene på OUS RH (systembord) viser stor slitasje, med påfølgende horisontal bevegelse og «vakkel» i soklene (opptil 4 cm). Det har vært gjennomført et arbeid med å gjennomføre et totalt vedlikehold på ett av bordene (soklene), men konklusjonen er at det er ulønnsomt å gjennomføre reparasjoner av denne type utstyr når slitasjen er så stor som tilfellet er her. Kostnadene for bordsokler ligger på om lag 500.000 kr inkl. mva per stk. Den endelige utredningen for RH-utstyret og Radiumhospitalet foreligger, Aker og Ullevål gjenstår fremdeles.
11. Operasjonslampene på OUS RH er gjennomgående i svært dårlig forfatning (dårlige bremses, slitasje og varme/brannskader og hyppige lypærskift). En oppussing av lampene er erfaringsmessig en kostbar og usikker løsning på sikt. Nye vedlikeholdsfrie LED-lamper koster litt i overkant av 230.000 kr per duo lampe per stk. eks. mva. En antatt sluttpris med alle komponenter, strømforsyning, montasje og kamera ender på ca. 430.000 kr med de rammeavtaler som gjelder i dag. Det er registrert om lag 200 operasjonslamper i hele OUS. Den foreslåtte investeringstakten svarer til å skifte ca. 50 % av alle lamper i OUS løpet av årene 2018 - 2021.
12. Det er registrert om lag 300 fleksible endoskop i hele OUS og 84 tilhørende rack. Normert levetid iht. de såkalte SHD-gruppene av MTU er bare 4 år for fleksible endoskop, og sammenbrudd av endoskop forårsaker hyppige produksjonsproblemer. Det foreslås at det settes av en årlig pott for endoskopisk utstyr på 4 mill kr i årene til og med 2020. OUS sparer penger fordi man ikke trenger å ha så mange reserve-endoskop.
13. Monitorering er avslutning av allerede påbegynt utskiftning av monitorer på RH + RAD.
14. 2 stk PET/CT – står på elektiv liste for 2017, disse vil normalt være i drift i minimum 7 år før det er aktuelt å skifte disse ut. Dette er de eneste PET/CT-maskinene på OUS.
15. SPECT/CT. Legges opp til utskiftning av to stk i perioden
16. Uttakssentralene som forsyner operasjonsstuen på Radiumhospitalet med strøm og gass er så nedslitt at det ikke er forsvarlig å vente på nytt klinikkbygg før disse skiftes. I tabellen er det lagt inn en minimumsløsning der de dårligst fungerende skiftes ut med en enklest mulig erstatning.
17. Business-case er sykehusets mulighet til å effektivisere driften ved hjelp av ny teknologi, anbefalt forsiktig økning.
18. Omstillingsprosjekter antas å bli faset ut i perioden 2018-2022
19. Forskningsmidler er vanskelig å budsjettere, men det antas at sykehuset må investere i forskningsutstyr framover, og det er viktig at det settes av noe midler også til denne aktiviteten ved sykehuset.
20. 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. For budsjettåret 2018 står dette på kategori "Annet" og ikke på MTU-listen
21. 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. Dette utgjør 65 % av dagens park.
22. 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.
23. Sammenbrudd, antatt stabilisering av sammenbruddsraten etter hvert som mer penger får ut det dårligste utstyret.

Note	(MNOK)	2018 Budsjett	2019 ØLP	2020 ØLP	2021 ØLP	2022 ØLP	Sum
	Total ramme (inkludert anskaffelseskostnader)	362	400	400	400	400	1962
1	Flåteutskiftninger <u>elektivt</u>	0	10	14	15	20	59
2	Øvrige <u>elektive</u> behov, inkl. anskaffelseskostnader	74	25	25	27	32	183
3	MR <u>elektivt</u>	16	15	15	30	30	106
4	CT <u>elektivt</u>	17	15	15	15	30	92
5	C-bue <u>elektivt</u>	0	5	7	7	7	26
6	Ultralyd <u>elektivt</u>	3	20	20	30	30	103
7	LINAC <u>elektivt</u>	30	66	66	66	33	261
8	Laboratoriestyr <u>elektivt</u>	13	15	15	15	15	73
9	Kirurgirobot	25	0	25	0	0	50
10	Operasjonsbord	1	4	2	2	2	11
11	Operasjonslamper	1	3	1	0	2	7
12	Endoskopisk utstyr	0	4	4	4	4	16
13	Monitorering	0	0	5	5	10	20
14	PET/CT	0	0	0	0	0	0
15	SPECT/CT	0	7	0	7	0	14
16	Uttakssentraler	5	0	0	0	5	10
17	Businesscase <u>elektivt</u>	5	10	10	10	10	45
18	Omstillingsprosjekter (ikke del av ordinær drift)	0	0	0	0	0	0
19	Forskningsmidler <u>elektivt</u>	12	15	15	15	15	72
20	Telemedisin	0	2	0	1	0	3
21	Respiratorer	5	14	1	1	5	26
22	Reserve	5	10	10	10	10	45
23	Sammenbrudd*	150	160	150	140	140	740

Tabell 2: Økonomisk langtidsplan for MTU investeringer 2018 – 2022. * Se kommentar om sammenbrudd kap.1.1.

4. Videre utvikling 2022 til 2025

4.1 Helse Sør Øst RHF målformulering

På økonomidirektørmøte i HSØ 3. mars 2014 ble følgende presentert når det gjelder aldersutvikling for MTU i det regionale helseforetaket:

”Planlagt investeringsnivå 2014-2017 medfører at gjennomsnittlig alder på utstyret reduseres med 2,4 år samlet sett for foretaksgruppen (fra 9,8 til 7,4 år).⁶

I perioden 2015-2018 bør helseforetakene forsterke sin prioritering av midler i medisinskteknisk utstyr. Helseforetakene må kartlegge og prioritere anskaffelsesbehovet i eget helseforetak og dokumentere hvordan dette er innarbeidet i innspill til økonomisk langtidsplan, samt hvilke effekter dette får på gjennomsnittlig alder på utstyrsparke.”

OUS har mange regions- og landsfunksjoner, og det utføres en stor og vesentlig del av den medisinske forskningen i Norge ved OUS. Moderne MTU er avgjørende for å kunne ligge i front både ved diagnostisering, pasientbehandling og forskning. Gjennomsnittsalder for MTU på OUS bør derfor ligge noe lavere enn estimatet til HSØ samlet for alle helseforetakene i regionen. Et eksempel på dette er Helse- og omsorgsdepartementets nasjonale satsing på persontilpasset medisin, hvor OUS ønsker og bør innta en ledende rolle. Dette vil være utstyrskrevenne innen eksempelvis genetikk og billedteknologi. Likeledes den nasjonale satsingen på protonterapi i kreftbehandling. Som en første målsetting mener vi derfor at det er riktig at OUS arbeider for å oppnå en gjennomsnittsalder på 7,4 år for MTU, på linje med HSØ sitt mål. Styret i OUS vedtok i 2012 at det skal budsjetteres for anskaffelse av MTU for 350 mill kr i hvert av årene 2013, 2014 og 2015. Styret i OUS har videre i 2014 godkjent en økonomisk langtidsplan for MTU for perioden 2015-2018. Denne legger til grunn investeringer på 500 mill kr per år. Det er derfor også viktig å se hvordan investeringsstørrelsene 350 og 500 mill kr påvirker gjennomsnittsalder.

For å kunne sette inn riktige tiltak i arbeidet med å redusere gjennomsnittsalderen på MTU-parken må viktige spørsmål som følgende, avklares:

- Hvor store må de årlige investeringene være for at gjennomsnittsalder for MTU skal nærme seg 7,4 år?
- Hvordan vil gjennomsnittsalderen utvikle seg over tid ved ulike investeringsstørrelser?
- Hvilke andre forhold må en ta hensyn til når en skal forsøke å forutse utvikling av gjennomsnittsalder for MTU?

For å svare på denne type spørsmål, har MTV utviklet en egen modell for å beregne utvikling av gjennomsnittsalder for MTU enhetene gitt ulike forutsetninger. Disse forutsetningene er:

- Gjennomsnittlig årlig investeringsbeløp
- Gjennomsnittskostnad for anskaffelser innen de ulike utstyrsgrupper
- Hvor mange MTU enheter som utrangeres og kasseres i forhold til hvor mange som anskaffes
- Alderen på MTU enhetene som utrangeres og faktisk kasseres

4.2 Metode

4.2.1 Datasett

For å bygge en prediksjonsmodell for utvikling i utstyrsparkens gjennomsnittsalder har vi tatt utgangspunkt i historiske data fra utstyrsdatabasen Medusa. Følgende preprosesserings- og forutsetninger ble gjort før datasettet ble benyttet til å beregne historiske parametre:

⁶ Kommentar: Dette er mean value. Se ellers kommentarer om VVGA og median gjennomsnittsalder.

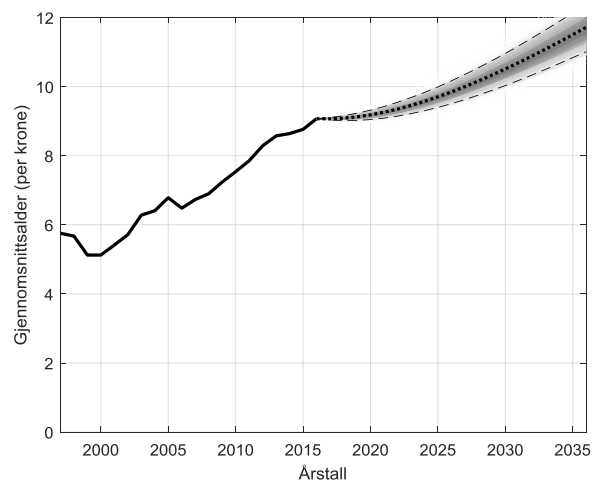
- Utstyr anskaffet før 1980 er utelatt
- Utstyr uten anskaffelsesdato er utelatt
- Kassert utstyr uten kassasjonsdato er utelatt
- Historisk innkjøpskost er i nominelle beløp
- Innkjøpskost inkluderer MVA
- Utstyr hvor anskaffelsesdatoen er etter kassasjonsdato er beholdt i datagrunnlaget

4.2.2 Regresjonsmodell

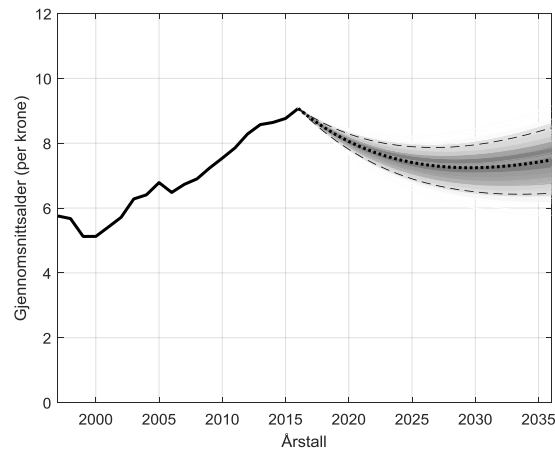
De historiske data fra utstyrsdatabasen ble benyttet til å undersøke i hvilken grad ulike faktorer påvirker utstyrsparkens gjennomsnittsalder via en multivariat regresjon. Siden gjennomsnittsalderen alltid vil være avhengig av fjorårets gjennomsnittsalder, kan vi ikke lage en modell som direkte predikerer gjennomsnittsalderen for et gitt år i fremtiden. Vi valgte derfor heller å lage en modell som predikerer *endringen* av utstyrsparkens gjennomsnittsalder (fra et år til neste år), for å kunne bruke dette til å lage prognoser for utviklingen i gjennomsnittsalder fremover gitt ulike betingelser. For å lage en slik modell hentet vi ut historiske data fra og med 1997.

4.3 Resultater

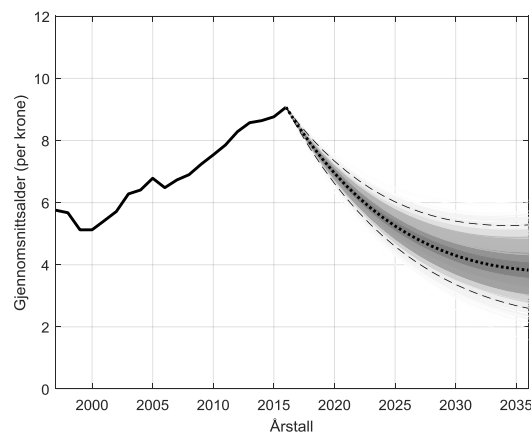
Alle simuleringene er utført med en flat investering over alle årene fra 2017-2036. Dette er naturlig nok ikke en realistisk forutsetning gitt de store endringene som ligger foran i form av nye bygg og endrede driftsformer, men innslaget av disse er vanskelige å forutse nøyaktig og det er snittinvesteringen vi ønsker å belyse i analysen som er av størst interesse.



Figur 3. Prognose med 400 M flatt i årlig MTU investering fra 2017-2036. Prognosen er gjort med en antakelse om en vekst i utstyrsparken på 30% over historisk nivå, med en kassasjonsgrad på 58% i tråd med utviklingen siste 20 år. De stiplede linjene viser et 95% prediksjonsintervall for modellen (beregnet ut ifra residual bootstrap metoden).



Figur 4. Prognose med 500 M flatt i årlig MTU investering fra 2017-2036. Prognosen er gjort med en antakelse om en vekst i utstyrsparken på 30% over historisk nivå, med en kassasjonsgrad på 66%. De stiplede linjene viser et 95% prediksjonsintervall for modellen (beregnet ut ifra residual bootstrap metoden).



Figur 5. Prognose med 600 M flatt i årlig MTU investering fra 2017-2036. Prognosen er gjort med en antakelse om en vekst i utstyrsparken på 30% over historisk nivå, med en kassasjonsgrad på 72%. De stiplede linjene viser et 95% prediksjonsintervall for modellen (beregnet ut ifra residual bootstrap metoden).

4.4 Oppsummering og diskusjon

Man skal være svært forsiktige med å legge for mye vekt på beregninger med så mange forutsetninger og usikkerheter, så langt frem i tid som det gjøres i denne modellen. Som resultatene viser er for eksempel kassasjonsgraden svært avgjørende for utviklingen i utstyrets gjennomsnittsalder, det samme er naturlig nok investeringsnivået. Likevel gir modellen informasjon som vil være av verdi når nivået på MTU-investeringene skal beregnes for årene som kommer, slik som følgende observasjoner:



- a. Dersom det investeres 400 millioner kr pr. år vil utstyrsparkens gjennomsnittsalder fortsette å øke, og tilstanden og kvaliteten og sikkerheten vil forringes. Hvis det investeres 400 millioner kr pr. år de første årene må beløpet heves tilsvarende etter et gitt antall år.
- b. Med gjennomsnittlige investeringer på 500 millioner kr pr. år vil utstyrsparkens gjennomsnittsalder synke de første årene før den flater ut og faktisk stiger på slutten av perioden
- c. Med gjennomsnittlige investeringer på 600 millioner kr pr. år synker utstyrsparkens gjennomsnittsalder signifikant fra første året og forventes å komme ned mot et nivå i nærheten av 4 år (\pm ca 1 år) i 2036
- d. Med gjennomsnittlige investeringer på 500 millioner kr pr. år synker gjennomsnittsalderen på kassert MTU til 10 år som er i tråd med COCIR-anbefalingene
- e. Basert på b., c. og d. vil det være fornuftig å anbefale et gjennomsnittlig MTU-investeringsnivå på mellom 500 og 600 millioner kr. pr år gitt at beløpet er statisk de neste 19 årene. Det vil også ligge nærmere 500 millioner kr. enn 600 millioner. Imidlertid kan man tenke seg at investeringsbeløpet ikke er fiksert, og at de første årene kan ha et investeringsbeløp på 600 millioner kr. før det trappes ned når gjennomsnittsalderen når målbildet.

Det er grunn til å gjøre oppmerksom på at dette beløpet må investeres i det som er definert som MTU for å få gjennomsnittsalderen ned, i dag brukes det mye MTU-investeringsmidler på utstyr som ikke er MTU som vaskemaskiner, dekontaminatorer, taksentraler og liknende typer utstyr.

Forutsetningene er at kassasjonsgrad og kassasjonsalder fortsetter etter samme mønster som har vært gjeldende fra 1997 frem til i dag. Er det grunn til å tro at dette vil forandre seg framover? Så lenge produksjonstakten fortsetter å øke ser det vanskelig ut å øke kassasjonsgraden vesentlig. Utstyret er stort sett i bruk hele tiden, og en økt kassasjonsgrad vil ta utstyr ut av produksjonsapparatet som nesten umiddelbart vil ramme evnen til å drive pasientbehandling. Størstedelen av utstyret er etter vår erfaring i jevnlig bruk. Vil produksjonstakten øke? Selv om det skulle bli en utflating i veksten viser den teknologiske utviklingen at utstyrsmengden går opp, det kan også være endringer i pasientgrunnet i retning av tyngre og mer utstyrskrevene pasienter selv om ikke antallet stiger. I begge tilfeller vil utstyrsmengden øke.

4.5 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. Den beste måten å måle dette nivået på er å se på verdivektet gjennomsnittsalder for hele utstyrsparken, blir den for høy vil det føre til problemer med å holde utstyret i gang, blir den lavere har man relativt stor trygghet for at det er mulig å tilby effektiv og pasientsikker behandling med utstyret. Det er utviklet en statistisk modell for å beregne gjennomsnittsalderen gitt at mekanismene for kassasjonsgrad og kassasjonsalder vil være omtrent de samme i årene som kommer. Basert på denne statistiske modellen som er utviklet og som forklarer den historiske utviklingen som har vært fra 1997 med relativt stor nøyaktighet, er det grunn til å anbefale et gjennomsnittlig investeringsnivå for MTU på ikke mindre enn 500 millioner kr. pr år årlig over den aktuelle tidsperioden for å få en gjennomsnittsalder som er hensiktsmessig med tanke på pasientsikkerhet, produksjonsevne, kvalitet, driftskostnader og driftssikkerhet.





Investeringsplan bygg OUS HF 2018-2021

Oslo sykehuservice



Bygginvesteringer 2018

Det planlegges investeringer i bygg for vel 750 millioner kroner i 2018. I hovedsak dreier investeringsprosjektene i bygg i Oslo universitetssykehus HF seg om tre typer; omstillingsprosjekter, prosjekter som lukker avvik fra lov og forskrift, samt ordinære investeringer. Under følger en kort redegjørelse for hver av disse.

Omstillingsprosjekter

Omstillingsinvesteringer er oppfølging av etableringen av Oslo universitetssykehus HF i 2009. I hovedsak knyttes prosjektene til samling av funksjoner på færre steder enn tidligere. Intensjonen har vært å flytte døgn og akuttfunksjoner fra Aker i hovedsak til Ullevål, og å samle regionale funksjoner til Rikshospitalet fra hhv Radiumhospitalet og Ullevål og konsekvenser av dette. Det gjenstod ca 200 millioner kroner av omstillingsmidlene ved inngangen til 2017, og av disse er ca 150 millioner kroner forventet benyttet i 2017 og resten i 2018. (Samlet ramme var opprinnelig 1 575 millioner i 2012-kroner). De største prosjektene som nå pågår innen denne kategorien er tiltak for å sikre overflytting av inneliggende karkirurgi til Rikshospitalet, overflytting og samling av enkelte funksjoner i psykisk helsevern samt understøttelse av allerede overflyttet virksomhet til Rikshospitalet (generell intensiv, sterilentraler m.fl.). Det er besluttet noen nye prosjekter som vil pågå i 2018 i tillegg. Dette dreier seg om utvidelse av nyfødtintensiv RH, flytting av endokrinologi til Aker samt utvidelser av gastromedisin Ullevål.

Innen Samhandlingsarena Aker er alle midler bundet opp i vedtatte prosjekter. De siste omfatter treningsarealer for Sunnaas.

Med disse prosjektene forventes omstillingsmidler å være oppbrukt i løpet av 2018.

Prosjekter knyttet til vedlikehold og tilpasninger til virksomhet

Sykehuset har behov for ordinære bygginvesteringer til normalt vedlikehold og tilpasning til virksomhet. Det er en erkjent situasjon at det over årtier har vært underinvestert i ordinært vedlikehold i store deler av bygningsmassen i det som nå utgjør Oslo universitetssykehus HF. Også for relativt nyere bygg, slik som Rikshospitalet, er det ikke satt av tilstrekkelig med midler til vedlikehold, og nå når dette sykehuset er over 20 år, ser man behov for å skifte ut anlegg og system som det ikke lenger lar seg skaffe reservedeler til. Også bevarende vedlikehold som tak og fasader er vanskelig å finne tilstrekkelige investeringsmidler til.

De siste årene har hatt en utvikling der en relativt større andel av de ordinære investeringene går med til å understøtte andre investeringsområder som IKT og MTU. For 2018 planlegges det med 184 millioner kroner totalt til bygg og av disse går 60 millioner kroner til tilpasning av MTU og 25 millioner kroner til IKT. Kun 24 millioner kroner er satt av til virksomhetstilpasninger for klinisk drift og virksomhet. Ordinære investeringer deles inn i ulike grupper av tiltak som skissert under;

MÅ tiltak (I denne gruppen inngår det tiltak som man ikke kan la være. Eksempel på dette er reparasjoner av tak/ fasader, styringsanlegg med mer spesielt Rikshospitalet)

- Havarier og sammenbrudd
- Byggkostnader som følge av investeringer i MTU eks (Linac, MR og CT utskiftninger o.l)
- Byggkostnader som følge av investeringer i IKT (kommunikasjonsrom, sprednett m.m)
- Byggkostnader som følge av virksomhetsendringer i klinikkene (eks nye krav eller endret sammensetning)

Avviksprosjekter

Bygningsmassens samlede tilstandsgrad er en betydelig utfordring for Oslo universitetssykehus HF. Det arbeides derfor med konkrete planer for å realisere nye bygg (Radiumhospitalet, Gaustad og Aker i hovedsak). Det vil imidlertid ta mange år før eventuelle nybygg av noe vesentlig omfang vil kunne være tilgjengelig for driften av sykehuset.

Bygningenes tilstand reflekteres blant annet i avvik fra lov og forskrift og ulike tilsyn påpeker dette (brann, elektro og arbeidstilsyn i hovedsak). Bare for ventilasjon er det samlede avviket på 1,5 milliarder kroner. Utfordringsbildet er større enn sykehuset selv klarer å finansiere med egne disponible midler.

Etter behandling og godkjenning i Oslo universitetssykehus HF styresak 67/2014 og Helse Sør-Øst RHF styresak 045-2015 ble det søkt om, og foreslått i St. prop 1 2015/2016, et 4 års lån på inntil 1,3 milliarder kroner for å lukke de største og mest alvorlige avvikene i bygningsmassen.

Fra Oslo universitetssykehus HF styresak 67/2014: Modifisert konseptrapport:

”Oppdraget omfatter lukking av tilsynsavvik og andre helt nødvendige tiltak for å ivareta pasientsikkerheten før nybygg eller rehabilitering (0-alternativet) er ferdigstilt. Forventet gjennomføringsperiode er maksimum 8-10 år. Kostnaden knyttet til nødvendig infrastruktur og rokeringsareal for å kunne gjennomføre tiltak/oppgradering skal inkluderes.

Oppdraget omfatter ikke ordinære vedlikeholdskostnader, forebyggende vedlikehold, tiltak for å forbedre kvalitet, levetid eller funksjonalitet eller tiltak for å bedre eller øke pasientbehandlingen.”

I Helse Sør-Øst RHF styresak 045-2015 sto bl.a. følgende:

”For å lukke gjenstående pålegg og fornye virksomhetskritisk infrastruktur, framkommer det i konseptrapporten at det er behov for investeringer på om lag 3,35 milliarder 2012 kroner, hvorav 1,67 milliarder kroner i den omsøkte tiltakspakken, som tilsvarer i overkant av 1,8 milliarder kroner i 2015-priser. Den omsøkte tiltakspakken omfatter de mest kritiske tiltakene som haster mest og som også er mest krevende å gjennomføre. .. Ca 200 millioner kroner av den omsøkte tiltakspakken er avsatt til virksomhetskritisk infrastruktur.”

Vedtaket i HSØ styre sak 045-2015 forutsetter i tillegg en rekke forhold som foretaket har forholdt seg til, eller arbeidet med å nå i tett dialog med HSØ. Det er videre en forutsetning om at foretaket skal benytte Sykehusbygg HF (SBHF) i planlegging og gjennomføring av arbeidet. HSØ har lagt til grunn at de skal godkjenne hvert enkelt prosjekt.

Forutsetning for lånet er at sykehuset egenfinansierer 30 pst. Totalen skal prisjusteres fra det tidspunktet lånet ble gitt, dvs 2015. I ØLP er det lagt inn en forventning om 451 millioner kroner årlig. For 2016 er det gjennomført prosjekter for vel 200 millioner innen denne kategorien. For 2017 vil det trolig gjennomføres tiltak for vel 420 millioner kroner. For 2018 er det lagt inn ca 400 millioner kroner, men dette beløpet kan bli lavere, da det gjeldende godkjenningsregime fra HSØ er tidkrevende og omfattende å imøtekomme. Arbeidet med planlegging av konkrete tiltak startet september 2015 med faste møter med HSØ. Det ble videre utarbeidet et årsprogram for 2016 og for 2017 som ble sendt HSØ til godkjenning. I januar 2017 mottok sykehuset et mandat for tiltakene som begrenset arbeidet til et langt færre bygg enn det var langt planer for og utført arbeid i. Dette er

imidlertid senere frafalt og flere bygg er nå godkjent. HSØ har hele tiden forutsatt at sykehuset selv skal dekke kostnader utover det som er nødvendig for å lukke avvik ved hjelp av andre finansieringskilder, såkalt kostnadssplitten.

Samarbeidet med HSØ har i 2017 vært krevende på dette området. Praksis som er lagt til grunn er at der sykehuset selv ikke kan dokumentere brudd på lov og forskrift så har tiltakene som er gjennomført ikke blitt godkjent finansiert av nevnte lån. Per nå er det dokumentert et krav om at 135 millioner kroner av 2016-og 2017-utgiftene (samlet ca 750 millioner kroner), ikke kan dekkes av de såkalte fase II midlene, men må tas av ordinære finansieringskilder. HSØ har varslet at tallet kan bli redusert til 115 millioner kroner.

Det arbeides med en praksis for endringshåndtering av nye prosjekter i porteføljen. Når dette er avklart, vil sykehuset vurdere om det er prosjekter på planen som skal erstattes av andre og mer kritisk viktige prosjekter.

Under beskrives kort noen av de største prosjektene per hovedlokalisasjon for 2018

Radiumhospitalet

Radiumhospitalet vil i 2018 måtte starte opp en rekke prosjekter som er en forutsetning for at nytt klinikkbygg skal kunne realiseres, de såkalte rokadeprojektene. Til sammen er dette ca 12 prosjekter, av midlertidig eller varige løsninger for virksomheten, som må være ferdige innen byggene skal rives. I tillegg starter kontorisering av bygg F, samt etablering av hvite garderober i BU3. Brannreducerende tiltak i A, B og C samt etablering av rømningsveier må også startes opp i 2018. I tillegg vil arbeidet med tilpasning til medisinsk teknisk utstyr fortsette inkludert Linac 8, instrumentvaskemaskiner til operasjon som de viktigste.

Rikshospitalet

Ved Rikshospitalet vil det i tillegg til nødvendig vedlikehold av tak, fasader mm, måtte starte utskifting av grunnleggende produksjonsstøttesystemer som går ut på alder. I dette ligger blant annet brannvarsling, kjøleanlegg samt utskifting av en sengevaskemaskin. Arbeidet med å legge til rette for flytting av inneliggende karkirurgi i D7 vil ferdigstilles sammen med utvidelse av generell intensiv. Arbeidet med ferdigstilling av sterilsentralen vil ferdigstilles. Det startes også opp et arbeid med utvidelse av nyfødtintensiv, samt en rekke mindre virksomhetstilpasninger for klinikkene som de viktigste.

Ullevål

Ved Ullevål vil man legge til rette for en utvidelse av gastrokopilab i bygg 6, en utvidelse av AMD poliklinikken, samt tilrettelegging av et asfyksiroom som de viktigste tiltakene for virksomheten. I tillegg vil man fortsette å lukke avvik i en rekke av byggene. Sistnevnte er under gjennomgang og godkjenning fra HSØ slik at det er litt usikkert hvilke av byggene og tiltakene man går videre med. Blant tiltak til vurdering er bygg 8 (kvinnebygget), der det foreligger et forprosjekt med estimater for et omfattende arbeid som innebærer fasader med nye vinduer, ventilasjon, strømvavik samt brannreducerende tiltak. I tillegg foregår det i disse dager en grundig vurdering av kjøkkenet som har store avvik og som ikke kan drives videre slik det er i dag uten større investeringer. Det gjenstår også noen sengeposter og kontorarealer både i bygg 3 og 7 som ikke har vært gjenstand for den oppgraderingen som de øvrige postene i disse byggene. Blant disse nevnes; gastropol, orto (tann

kjeve), medisinsk intensiv m.flere. Flere av disse vil trolig nedprioriteres til fordel for andre bygg, men dette er under vurdering.

Aker

I 2018 vil aker ferdigstille treningsarealer for Sunnaas, som en del av samhandlingsarenatiltakene. Det vil arbeides med å lukke avvik på en rekke bad, samt brannoppgraderinger i bygg 4 og 12. Det vil videre tilrettelegges for flytting av endokrinologi fra Ullevål og Lipidklinikken fra RH, begge deler skal inn i bygg 6 ved Aker. I tillegg gjøres det et forprosjekt for å legge til rette for flytting av en stenknuser og oppgradering av operasjonsstue til økt dagkirurgi, samt oppstart av sterilsentraloppgradering.

Andre lokalisasjoner

Ous har en rekke lokalisasjoner i tillegg til hovedlokalisasjonene. Blant de viktigste prosjektene vil man finne mindre vedlikeholdstiltak ved SSE voksenposten i påvente av mer permanente løsninger, nødvendige sikringstiltak ved Dikemark, samt tilrettelegging for prehospital drift ved Lørenskog.



Plan for andre investeringer ved OUS HF 2018-2021

Gjelder investeringer utenom MTU, bygg og IKT

Oslo sykehusservice



Investeringsplan Annet 2018 (dvs. investeringer utenom MTU, bygg og IKT)

Dette notatet gir grunnlag for valg og prioritering av investeringstiltak innenfor investeringskategorien Annet for budsjett 2018. Dokumentet omhandler investeringer i senger, vaskeri, behandlingshjelpemidler (BHM), kjøkken, ambulanser og andre kjøretøyer, dvs investeringer utenom IKT, MTU og bygg.

Nedenfor er kort omtale av prioriteringer innenfor Annet for 2018.

Rammen til Annet for 2018 blir noe knappere enn tidligere år. I hovedsak vil tilgjengelig ramme gå til utskifting av ambulanser og utlevering av utstyr til hjemmebehandling. Resten må prioriteres til lastebiler, senger, sengevaskemaskiner, tøytraller etc. Mye av dette utstyret er gammelt, og den relativt begrensede rammen som er disponibel for Annet for 2018 må i stor grad håndtere sammenbrudd. Det innebærer at det er mindre handlingsrom til planlagte utskiftninger i budsjettåret 2018. Det vil likevel bli prioritert planlagt utskifting av senger.

Utstyr til hjemmebehandling er blitt en mer aktuell behandlingsform ettersom pasienter sendes hjem tidligere fra sykehus. 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 mer utlevering av utstyr fra sykehuset. For 2018 estimerer sykehuset et investeringsbehov til om lag 20 millioner kroner knyttet til behandlingshjelpemidler.

Ambulanser er en stor post innenfor kategorien Annet og finansieres av finansiell leie. Det legges opp til utskiftning av 15 nye ambulanser for 2019 til en samlet anskaffelseskostnad på 26,25 millioner kroner. Sykehuset er med dette ajour med investeringstakten og vil ved utgangen av året være fullt operativt oppsatt med ambulanser.

PROTOKOLL

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

<i>Dato:</i>	06.12.2016
<i>Sted:</i>	Oslo universitetssykehus
<i>Sak:</i>	Budsjett 2018
<i>Tilstede fra arbeidsgiver:</i>	Bjørn Erikstein (AD), Morten Reymert (Stab ØK), Anne Karlsen (Stab ØK), Ørjan Sandvik (Stab ØK), Geir Teigstad (OSS), Susanne Flølo (Stab HR) Referent: Mari Torset (Stab HR)
<i>Tilstede fra arbeidstaker:</i>	Elizabeth Holtebekk (NFF), Leif Ståle Nævestad (Ergoterapeutene), Are Hugo Pripp (Forskerforbundet), Kaja Madelene Liljefors (Delta), Bjørn Wølsted-Knudsen (Fagforbundet), Knut Sandli (Fagforbundet), Jonatan Faundez (NITO KLM), Anniken Riise Elnes (YLF), Even Røst (Tekna), Julie Dybvik (NITO), Birgit Aanderaa (NPF), Svein Erik Urstrømmen (NSF)

Budsjett 2018

Morten Reymert presenterte budsjett 2018 slik det skal presenteres i kommende styremøte og redegjorde for budsjettprosessen i klinikkene. Styresaken omhandler punktene nedenfor.

- Aktivitet
- Resultatmål
- Tildeling av midler til prioriterte områder
- Tiltak omstilling
- Tabeller til budsjettdokument
- Risikovurdering (si noe mer om IKT)

Det skal planlegges for en aktivitetsvekst på 2 prosent for OUS samlet uten vekst i bemanningen.

Arbeidstakersidens kommentarer

Arbeidstakersiden er bekymret for sykehusets vanskelige økonomiske situasjon med kapasitetsutfordringer og investeringsbehov.

- Aktivitetsøkningen skal dekkes uten bemanningsøkning. Noen steder skal bemanningen også kuttes. Det vil være krevende å ivareta særskilte satsinger i en slik situasjon. Det er også krevende å øke aktiviteten når støttefunksjoner ikke oppbemannes, renhold trekkes frem som eksempel på et område med potensielt høy risiko.
- Effektivisering over tid sammen med nedbemanning pålegger ansatte større belastning år for år. Det knyttes spesielt bekymring til bemanningssituasjonen innen psykiatri og støttetjenester.
- Uten tilstrekkelige investeringer i MTU blir en produksjonsøkning vanskelig, og utrangert utstyr medfører en pasientrisiko.
- Det pekes på at aktivitetsøkningen i poliklinisk behandling innen psykisk helse og TBS er 2,5 prosent mens aktiviteten innen dag- og døgnbehandling skal være uendret, noe som i realiteten betyr en nedgang når man hensyntar endring i demografi (vekst i pasientpopulasjonen).
- Generelt knyttes det stor bekymring for økende mistriivsel og dårligere arbeidsmiljø, og

dermed risiko for pasientsikkerheten, og det bes om at denne bekymringen hensyntas.

- Arbeidstakersiden formidlet også at medvirkning i budsjettprosessen har vært mangelfull for noen klinikker, i tillegg er det kommet inn nye premisser etter drøfting på klinikknivå.

Det vises til vedlagte protokolltilførsler fra arbeidstakersiden.

Arbeidsgivers kommentarer

Arbeidsgiver bekrefter at budsjettsituasjonen for OUS fortsatt er utfordrende, som den har vært de senere år. Det ble gjort presiseringer etter spørsmål fra tillitvalgte underveis.

- Det er lagt en ulempe på klinikker som har underskudd i 2017, som et nytt prinsipp for rammefordelingen i 2018.
- Klinikk PHA har meldt inn behov for aktivitetsveksten som er budsjettert for innen psykisk helse og TSB.
- Gjennomsnittsalder på MTU er blitt noe bedre om man tar hensyn til en vektet vurdering. Investeringer er større enn avskrivninger.

Det presiseres at det i budsjettprosessen er gitt tydelige retningslinjer til klinikkene om involvering; arbeidsgiver ønsker en involvering både ut i linjen og med tillitsvalgte i alle klinikker.

Konklusjon

Drøftingsprotokoll med protokolltilførsler blir vedlagt styresaken.

Arbeidsgivers signatur
(godkjent per e-post)

Arbeidstakers signatur
(godkjent per e-post)

Vedlegg til protokoll

Det vises til protokolltilførsler fra følgende arbeidstakerorganisasjoner

1. Den norske legeforening, Fagforbundet og Norsk sykepleierforbund
Støttet av NITO, Parat, NFF, Tekna, Delta, NEF, NPF
2. NITO
Støttet av NSF, Tekna, Parat, NFF, Fagforbundet, NEF, Delta, NPF, Legeforeningen
3. Delta
Støttet av NITO, Fagforbundet, NFF, NEF, Parat, NPF, Legeforeningen
4. Norsk psykologforening
Støttet av Legeforeningen, Delta
5. Parat
Støttet av Delta, DNJ, NRF, NPF, Legeforeningen

Protokoll til drøftingsmøte 06.12.2017 vedrørende budsjett 2018.

Undertegnede arbeidstakerorganisasjoner er svært bekymret for om budsjettforslaget for 2018 er gjennomførbart i henhold til sykehusets oppgaver som gis i oppdragsdokumentet.

Effektiviseringskravet og det tilhørende økonomiske resultatkravet synes for oss urealistiske.

Investeringsbudsjettet er styrket. Imidlertid er deler av de foreslåtte investeringene avhengig av betydelig effektiviseringstiltak og resultatkrav gitt i driftsbudsjettet. Dermed blir det stor risiko for at viktige og nødvendige investeringer må utsettes i løpet av budsjettåret.

Sykehuset er i en vanskelig økonomisk situasjon med store investeringsbehov og kapasitetsutfordringer innen en rekke fagområder. Klinikkene har gjennom flere år arbeidet med å løse disse utfordringene ved bruk av liknende tiltak som foreslås i budsjettfremlegget. Imidlertid er forutsetningene for å lykkes med dette i 2018 svekket sammenlignet med tidligere år. Organisasjonene stiller seg derfor tvilende til om sykehuset er i stand til å håndtere aktivitetsveksten og tilhørende effektiviseringskrav innenfor budsjettammene. Resultatmålet i henhold til økonomisk langtidsplan er redusert med 125 mill. nok for å saldere budsjettet. Dermed blir den økonomiske bærekraften for sykehusets fremtidsplaner blir svært usikre. Samlet synes både drift og investeringer å være underfinansiert.

Driftsbudsjettet innebærer en effektivisering på i overkant av 3 % sammenlignet med i 2017. En vesentlig del av dette er reell bemanningsreduksjon som følge av nedtrekk i innleid arbeidskraft, overtid og ekstrahjelp. Budsjettforslaget mangler konkrete tiltak og planer for å nå dette målet og det synes å være liten samordnings grad av effektiviseringstiltakene mellom klinikkene.

Aktiviteten og aktivitetsveksten må dermed håndteres av færre ansatte. Støttetjenester knyttet til pasientbehandlingen har blitt redusert over lang tid. Dette medfører feil kompetansebruk og bidrar til å svekke driftseffektiviteten. Organisasjonene er bekymret for at nedbemanningen i driften vil medføre redusert tilbud for pasientene med fare for redusert kvalitet i pasientbehandlingen, dårligere pasientsikkerhet og økt arbeidsbelastning med arbeidsmiljømessige negative konsekvenser for de ansatte. Dette vil mange steder bety et økende gap mellom pasientenes behov for sykepleie, tilgjengelig bemanning og kompetanse. Samlet vil en marginal bemanningssituasjon redusere muligheten til kompetanseutvikling slik at sykehuset kan komme i en situasjon der det blir mer krevende å rekruttere, utvikle og beholde kompetanse.

Organisasjonene vil særskilt peke på det vi mener er en underfinansiering av klinikk PHA. Vi hevder at det innenfor budsjettets ramme ikke finnes mulighet til å utøve de oppgavene de er pålagt. Det tas for lite hensyn blant annet til storbykomponenten. Det må tilføres friske midler for å ivareta den ønskede utvikling innenfor psykiatrien i tråd med departementets føringer.

Det er forutsatt at tillitsvalgte på alle nivå i sykehuset skal involveres i arbeidet med budsjett. Fra enkelte klinikker meldes det dessverre om overflatiske presentasjoner og medvirkningsprosesser. Dette er uheldig da involvering, informasjon og diskusjon med de tillitsvalgte vil kunne bidra til at de ansatte får større eierskap til beslutning og gjennomføring av de foreslåtte endringene i budsjettet. For øvrig vises det til drøftingsprotokoller fra klinikkene og fra de enkelte organisasjonene.

Bjørn Wølsted-Knudsen/sign.

Foretakstillitsvalgt

Fagforbundet

Aasmund Magnus Bredeli/sign.

Foretakstillitsvalgt

DNLF

Svein Erik Urstrømmen/sign.

Foretakstillitsvalgt

Norsk Sykepleierforbund

Drøftesak 06.12.18 Budsjett 2018 – NITOs protokolltilførsel

Det er positivt at man har gått i dialog med HSØ og fått justert det endelige resultatmål til 175 millioner for 2018, men dette har negativ effekt på investeringsbudsjettet. NITO er allikevel svært bekymret for det stramme budsjettet for 2018 og krav om betydelig effektivisering fortsetter i Oslo universitetssykehus. Vi stiller spørsmål ved om neste års budsjett er forsvarlig og mulig å gjennomføre.

Selv om budsjett 2018 planlegges på basis av at effektene til ny finansieringssystemet i laboratorietakstene skal være budsjettneutrale, er det stor risiko og usikkerhet knyttet til omleggingen. Finansieringssystemet vil uten tvil påvirke utviklingen i disse fagfeltene og det er NITO kritiske til. Det er også urovekkende lite omtale om hvordan bemanningen og kompetansen skal bevares med så store endringer på inntekter. NITO forventer at dette blir et område med store utfordringer som følge av denne omleggingen, som trår i kraft 1.1.2018.

Det er kritisk at man foreslår tiltak som reduksjon av service, serviceavtaler, internkontroll og aktivitet på drift innenfor områdene bygg, heiser, elektro, medisinsk teknisk utstyr og VVS når man har utfordringene med utdatert infrastruktur, bygg og MTU.

Slik NITO ser det er dagens vedlikeholdsnivå på det laveste av det som er mulig og strider også iht. lover og forskrifter på noen områder.

Det er allerede store utfordringer knyttet til driftskostnader innenfor eiendom grunnet investeringsprosjektene og dette er underfinansiert innenfor dagens budsjetter. NITO kan ikke se at dette er tatt høyde for i budsjettet for 2018.

Når det kommer til investering til medisinsk teknisk utstyr (MTU) er NITO bekymret for at vi ikke evner å komme opp på et investeringsnivå som vil føre til reduksjon i gjennomsnittlig alder på utstyret. En realitet er at MTU ofte er faglig utdatert før det teknisk er klar for utrangering eller kassasjon. Kassasjonsgraden er også viktig for å få ned snittalder på MTU, men så lenge produksjonstakten fortsetter vil dette være vanskelig å øke vesentlig uten at man får investert i nytt. Store deler av investeringsbudsjettet på MTU vil igjen gå til reanskaffelse av sammenbrudd på MTU i året som kommer.

Det er svært viktig at nivået på MTU-parken ikke er for dårlig i forhold til behovet. Vi har en stor og kompleks utstyrspark som er avgjørende i den spesialiserte behandlingen. Når gjennomsnittsalderen blir for høy vil det føre til problemer med å holde utstyret i gang, blir den lavere har man relativt stor trygghet til at man kan tilby effektiv og pasientsikkerbehandling med utstyret.

NITO er svært bekymret for utviklingen og mener det er uforsvarlig å drifte på denne måten og mener foretaket bør skåne disse områdene for store kutt i året som kommer.

NITO er bekymret for hvordan krav til effektivisering vil påvirke arbeidsbelastningen og arbeidsmiljø blant våre medlemmer.

På generelt grunnlag oppleves drøfting av budsjett som dels mangelfull, da man ikke har hatt medvirkning nedover i organisasjonen. Noe som er uheldig da informasjon og involvering av tillitsvalgte vil kunne få de ansatte til å føle mer eierskap til gjennomføring av de beslutningene som blir tatt i budsjettprosessen.

Foretakstillitsvalgt

Julie Dybvik

NITO NORGES STØRSTE ORGANISASJON
FOR INGENIØRER OG TEKNOLOGER

Protokolltilførsel budsjett 2018

Delta er bekymret for at neste års budsjettsituasjon kan føre til et dårligere arbeidsmiljø og i større grad oppnå en mistrivsel på en lengre sikt. Nedsatt medarbeidertilfredshet gir en større utfordring med å skape et godt arbeidsmiljø. Konsekvensene kan være svikt på rutiner, mindre stabilitet blant de ansatte og en større risiko for at det oppstår konflikter. Engasjerte og motiverte medarbeidere er en avgjørende faktor for at lykkes med et godt arbeidsmiljø, og levere kvalitet i tjenesten. Vi vet at forskning viser til at arbeidsmiljø er med og påvirker pasientsikkerheten i stor grad.

Delta er også meget bekymret rundt aktivitetsøkningen i klinikkene som må dekkes innenfor dagens bemanning i tillegg til at klinikkene har fått et krav til effektivisering av driften. Noe som betyr at de ansatte må løpe enda fortere enn det vi allerede gjør. Dette vil kunne føre til en lengre responstid i alle avdelingene, som i sin tur vil gå utover pasienter, publikum og andre som bruker våre tjenester. På sikt vil det gå ut over behandlingen og vårt eget pleiepersonell som har det daglige ansvaret for pasienten.

Ledigholdte stillinger kan medføre en stor arbeidsbelastning for de ansatte. Dette kan føre til mindre kapasitet for å følge opp pasientene, svikt på rutiner/ prosedyrer og skader på ansatte. Konsekvensene kan bli økning i HMS avvik og et økt sykefravær. Noe som vi allerede kan se i de enkelte klinikker/avdelinger. De sentrale faktorene i dette arbeidet er godt samarbeid mellom alle ledd, god kommunikasjon og verdier og holdninger som er enhetlige.

Delta viser til sin bekymring i OSS som hvert eneste år klarer å overholde sitt budsjett, mens vi ser andre som ved stadighet ikke klarer og levere i balanse. OSS tildeles flere oppgaver uten å få full økonomisk dekning for at klare av å utføre disse oppgaver på en best mulig måte. Dette presser et allerede presset budsjett. Dette fører til mindre penger til vedlikehold, renhold erstatning av personell ved sykdom o.l. Dette er med og fører til en ekstra stor belastning både fysisk og psykisk for ansatte i de aktuelle avdelingene.

Delta stiller seg kritiske til signaler om en økning i outsourcing av støttetjenester og funksjoner, særlig i OSS. Når man har en personalpolitikk som sier at man ønsker å ha fast ansatte og færrest mulige i deltid og vikariater mener vi det er unaturlig å sette slike tjenester ut til bransjer i det private næringsliv. I tillegg til dette er det knyttet mange usikkerhetsmomenter opp mot den reelle økonomiske gevinsten av at outsource tjenester. Vi mener at pasienten skal stå i fokus, og at dette best ivaretas ved å ha interne tjenester med våres egne ansatte i OUS.

Delta viser også til drøfteprotokoll fra klinikkene.

Kajsa Madelene Liljefors

Foretakstillitsvalgt Delta

Oslo Universitetssykehus HF

Oslo 6. desember 2017

Budsjett 2018 Oslo universitetssykehus

I statsbudsjettet står det skrevet at spesialisthelsetjenesten skal prioritere psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det skal også i 2018 være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern.

Psykologforeningen kan ikke se at dette er oppfylt i budsjettet for 2018. Klinikkk PHA må tilføres mer midler.

Somatikken finansieres for en 2 % økning i aktivitet. Psykisk helse finansieres for en 0.6 økning i aktivitet. Se side 20 og 21 i budsjettskrivet. Dette er ikke å prioritere Psykisk helsevern og tverrfaglig rusbehandling.

Konsekvensen av at man planlegger med samme aktivitet innen døgnbehandling i 2018 som i 2017 er at man defakto trekker ned budsjettet med 2 % sammenlignet med somatikken for den delen av virksomheten som utgjør 77 % av budsjettet jmf. Drøftemøtet 6.12 2017.

Da hjelper det ikke at man øker poliklinisk aktivitet med 2,5 % innen psykisk helsevern og TSB, fordi dette utgjør bare 23 % av virksomheten.

Teksten i Prop. 1 sier at Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen Psykisk helsevern. I tillegg skal hver seg Psykisk helsevern og TSB ha høyere vekst innen aktivitet og regnskap, enn somatikk. Det er altså ikke dekning for OUS sin fortolkning om at sykehuset har rett til å prioritere somatikk så lenge den polikliniske aktiviteten innen psykisk helsevern øker mer i prosent enn somatikk som helhet øker i prosent. Det er feltene som helhet som skal sammenlignes. Det er innad i Psykisk helsevern at DPS skal prioriteres. DPS inkluderer døgnaktivitet, så det er derfor også av den grunn feil når man planlegger med at aktiviteten innen døgn skal være på samme nivå for 2018 som 2017.

For øvrig vises det til drøftingsprotokoller fra klinikkene og fra de enkelte

organisasjonene.

Med vennlig hilsen
Birgit Aanderaa

Foretakstillitsvalgt Norsk psykologforening Oslo universitetssykehus

Prop. 1 S (2017 – 2018)

“Regjeringen vil derfor fortsette å styrke innsatsen innenfor rus og psykisk helse. Bevilgningene til spesialisthelsetjenesten er økt, og helseregionene er instruert om å prioritere tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern høyere enn somatikk.” S. 11-12

“Den generelle aktivitetsveksten omfatter aktivitet i de offentlige sykehusene og kjøp fra private aktører. Veksten omfatter behandling innen somatikk, psykisk helsevern, rus og rehabilitering. Regelen om at rusbehandling og psykisk helsevern hver for seg skal ha en årlig vekst som er høyere enn somatikk videreføres. Veksten er regnet på nasjonalt nivå fra anslag for 2017, basert på aktivitet og regnskap for første tertial og mai 2017. Tall fra Helsedirektoratet, basert på bruk av spesialisthelsetjenester, indikerer på usikkert grunnlag at den demografiske utviklingen kan tilsi merutgifter for sykehusene på om lag 1,5 pst. i 2018.” s. 15

s. 70 Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

s. 71 Det skal også i 2018 være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern.

s. 83. Den foreslåtte bevilgningsøkningen på 1 589 mill. kroner sammenholdt med ovennevnte forhold, legger til rette for en vekst i pasientbehandlingen på om lag 2 pst. fra anslått aktivitetsnivå i 2017.

Den generelle aktivitetsveksten omfatter aktivitet i de offentlige sykehusene og kjøp fra private aktører. Veksten omfatter behandling innen somatikk, psykisk helsevern, rus og rehabilitering. Regelen om at rusbehandling og psykisk helsevern hver for seg skal ha en årlig vekst som er høyere enn somatikk videreføres. Veksten er regnet på nasjonalt nivå fra anslag for 2017, basert på aktivitet og regnskap for første tertial og mai 2017. Tall fra Helsedirektoratet, basert på bruk av spesialisthelsetjenester, indikerer på usikkert grunnlag at den demografiske utviklingen kan tilsi merutgifter for sykehusene på om lag 1,5 pst. i 2018.



Parat har følgende protokolltilførsel:

Det er en hovedbekymring for Parat at bortfall av moms fra 1.1.2018, kombinert med trange rammer og politiske styringssignaler betyr at viktige deler av støttetjenestene ved OUS risikerer å bli outsourcet og privatisert.

Vi mener dette betyr dårligere kvalitet og at vi mister viktig lokal kompetanse. Det er også i strid med vår generelle arbeidsgiverpolitikk. OUS skal være en god og seriøs arbeidsgiver som i hovedsak selv har ansatt de som jobber i foretaket.

I prinsippet kan man tenke seg at alle typer støttetjenester kan outsources og privatiseres. Det vil her være klasseforskjeller. De med lang utdanning og spesiell kompetanse vil etter vår vurdering være mer skånet og beskyttet enn de som har en mer praktisk yrkesutøvelse. I den forbindelse er det nok å nevne den debatten som nå pågår rundt outsourcing og privatisering av det resterende vaktpersonale i sikkerhetsavdelingen.

Parat er klar over at det ikke nødvendigvis er med lett hjerte ledere går inn og vurderer slike prosesser. De er både vanskelig og utfordrende. Det handler til syvende og sist om medarbeidere som forespeiles en dårligere tariffavtale og samtidig står i fare for å miste pensjonsrettigheter.

Vi ønsker som fagforening å være samarbeids- og løsningsorienterte. Outsourcing og privatisering tvinger oss i kampmodus. Vi har ikke noe valg. Alle våre medlemmer som utsettes for slike forslag ønsker fortsatt å være en del av felleskapet som ansatte i OUS.

Som fagforening kan vi være med på å diskutere alle endringer som er nødvendig for å effektivisere driften, hvis vi kan enes om å:

- Holde oss innenfor det lov- og avtaleverk forutsetter, og
- Unngå outsourcing og privatisering.

Parat ønsker også å uttrykke bekymring for at de klinikker som over tid holder seg innenfor rammene utsettes for større kutt enn de klinikkene som ikke holder budsjettet. Dette er et problem som i større grad rammer OSS enn andre klinikker. Dette tror vi på sikt vil føre til knapphet og forringede kvaliteten på de støttefunksjonene kjernevirksomheten er helt avhengig av.

Til slutt ønsker Parat å dele en bekymring rundt bruk av ostehøvel- og sitronprinsippet i budsjettarbeidet. Når det år etter år stilles krav om økt aktivitet, samtidig som det legges inn beskjæringer for å klare nye investeringer, er dette problematisk. Resultatet er økt arbeidspress og handlingsrommet for en god og omfattende personalpolitikk reduseres. Når sitronen er presset tilstrekkelig mange ganger kommer det ikke mer saft ut. Sitronen er tørr. Da holder det ikke lenger å vise til at man må jobbe smartere og annerledes. Kanskje må man si fra at det er en del oppgaver ikke OUS lenger har penger for å utføre? Dette vil etter vår mening være prioriteringer og ei forankring som ledelsen i sykehuset må ta stilling til.

Vi ber de øvrige fagforeningene om å støtte vår protokolltilførsel.

Mvh

Halgeir Pimentel-Eilertsen

Foretakstillitsvalgt i Parat v/Ous

Ikke sensitivt

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 15. desember 2017

Saksbehandler: VAD fag, pasientsikkerhet og samhandling

Vedlegg:

SAK 74/2017 OPPNEVNING AV STYRE I KREFTREGISTERET

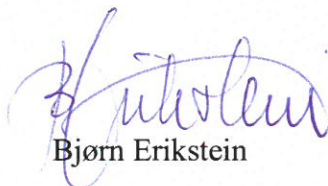
Forslag til vedtak:

Styret i Oslo universitetssykehus HF oppnevner følgende styre for Kreferegisteret med funksjonstid fra 1. januar 2018 til 31. desember 2019:

<i>Lisbeth Sommervoll</i>	<i>Oslo universitetssykehus</i>	<i>Gjenoppnevning</i>
<i>Siv Cathrine Høymork</i>	<i>Helse Nord</i>	<i>Ny</i>
<i>Jo-Åsmund Lund</i>	<i>Helse Midt-Norge</i>	<i>Gjenoppnevning</i>
<i>Hartwig Kørner</i>	<i>Helse Vest</i>	<i>Gjenoppnevning</i>
<i>Ole Tjomsland</i>	<i>Helse Sør-Øst</i>	<i>Gjenoppnevning</i>
<i>Eva Skovlund</i>	<i>Ekstern</i>	<i>Gjenoppnevning</i>
<i>Björg Veen</i>	<i>Ekstern</i>	<i>Gjenoppnevning</i>

To medlemmer velges av og blant de ansatte ved Kreferegisteret

Oslo, den 8. desember 2017



Bjørn Erikstein

I følge instruks for Kreftregisteret oppnevnes styret for to år av gangen. Styrets inneværende periode går ut den 31. desember 2017.

Etter instruksjonen kan samlet tjenestetid for det enkelte medlemmet ikke overskride seks år. Finn Henry Hansen har vært medlem av enhetsstyre i 6 år og er ikke på valg.

Representantene fra Helse Nord, Helse Vest, Helse Midt og Helse Sør-Øst er foreslått fra de respektive helseregioner og bidrar til å sikre Kreftregisterets nasjonale rolle. Begge de eksterne representantene foreslås gjenoppnevnt.

Styret ledes av administrerende direktør i Oslo universitetssykehus, eller den administrerende direktør delegerer oppgaven til. Som styreleder foreslås viseadministrerende direktør for fag, pasientsikkerhet og samhandling Lisbeth Sommervoll.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 15. desember 2017

Saksbehandler: Direksjonssekretær

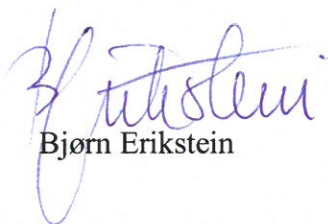
Vedlegg: Årsplan

SAK 75/2017 PLAN FOR STYRET I OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Oslo, den 8. desember 2017



Bjørn Erikstein

Årsplan for styret i Oslo universitetssykehus HF

Møte	Vedtaksaker	Orienteringssaker
16. februar 2018 kl 10-16	Årlig melding 2017	Rapportering per januar Risikovurdering for 1. tertial 2018 Oppfølging styresaker Plan for styret ADs orienteringer Oppdrag 2018
22. mars 2018 kl 10-16	Oppdrag og bestilling 2018 Årsoppgjør 2017	Rapportering per februar Plan for styret Økonomisk langtidspan ADs orienteringer
25. april 2018 kl 10-16	Økonomisk langtidspan 2019-2022 Plan for internrevisjon 2018-2019	Rapportering per mars Plan for styret Årsrapport HMS 2017
31. mai 2018 kl 10-16	<i>Reservetid</i>	
21. juni 2018 kl 10-16	Styremøter i 2019 Ledelsens gjennomgang	Rapportering per mai 2017 Ledelsens gjennomgang per 1. tertial Risikovurdering for 2. tertial 2018 Budsjett 2019 ADs orienteringer
27. september 2018 kl 10-16		Tertialrapportering 2. tertial Plan for styret Eierskap i selskaper Oppfølging styresaker Budsjett 2019 Møte med Brukerutvalget ADs orienteringer
25. oktober 2018 kl 10-16		Rapportering per september Ledelsens gjennomgang per 2. tertial Risikovurdering for 3. tertial 2018 Plan for styret Budsjett 2019 ADs orienteringer
25. oktober 2018 kl 16-20	Styreseminar	Styreevaluering
29. november 2018 kl 10-16	<i>Reservetid</i>	
14. desember 2018 kl 10-16	Budsjett 2019 Oppnevne valgstyre	Rapportering per november Plan for styret ADs orienteringer

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 15. desember 2017

Saksbehandler: Leder Direktørens kontor

Vedlegg:

SAK 76/2017 ADMINISTRERENDE DIREKTØRS ORIENTERINGER

Følgende legges frem til orientering:

1. Utviklingsplan 2035
2. Revisjoner og tilsyn
3. Finans
4. Juridiske forhold – rettstvister
5. Rapport fra Scientific Advisory Board
6. Medieomtale
7. Referat og øvrige vedlegg

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Oslo, 8. desember 2017



Bjørn Erikstein

1. UTVIKLINGSPLAN 2035 – OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

Bakgrunn

Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan ble behandlet i Helse Sør-Øst RHF's foretaksmøte 4. mai 2016. Det ble lagt til grunn at alle helseforetak utarbeider utviklingsplaner i tråd med veileder for arbeidet med utviklingsplaner som er utarbeidet av Sykehusbygg HF i samarbeid med de regionale foretakene. Alle regioner skal innen 31. desember 2018 utarbeide utviklingsplaner med en tidshorison fram mot 2035. Målet med utviklingsplanen er god og framtidsrettet pasientbehandling. Veilederen definerer en ny ramme for hvordan helseforetakene skal arbeide sammen med aktører utenfor sykehus og hvordan eget tjenestetilbud skal utvikles og tilpasses. Helse Sør-Øst RHF er avhengig av å få levert utviklingsplaner for sine helseforetak innen 1. mai 2018.

Arbeidet i Oslo universitetssykehus

Utviklingsplanarbeidet er organisert som et prosjekt. Viseadministrerende direktør fag, pasientsikkerhet og samhandling er prosjekteier og fagdirektørene for henholdsvis medisin og helsefag er prosjektledere. Arbeidet ble delt opp i to faser hvor den første fasen handlet om nåsituasjonen basert på Årlig melding og Årsberetning for 2016. Etter sommeren 2017 ble det etablert til sammen 16 arbeidsgrupper (4 klinikkspesifikke, 6 sykdomsrelaterte og 6 klinikkovergripende arbeidsgrupper) hvor leder for hver arbeidsgruppe inngår i prosjektgruppen. Arbeidsgruppene har i løpet av høsten 2017 arbeidet med en beskrivelse av forventet utvikling av sykdom og fag innen de største pasientgrupper. Hovedfokus er tiltak som kan føre til god og framtidsrettet pasientbehandling i henhold til Oslo universitetssykehus sin strategi «Sammen med pasientene utvikler vi morgendagens behandling». Tiltak på mellomlang sikt (fram til 2025) og lang sikt (fram til 2035) er rettet inn mot muligheter som ny teknologi og digitalisering gir, endret organisering og intern samhandling, samarbeid og oppgavedeling med andre sykehus og primærhelsetjenesten, samt nye driftsformer. Arbeidsgruppene har levert sine utkast til delrapporter primo desember 2017. I desember og januar arbeides det med å ferdigstille et utkast til utviklingsplan.

Prosess for involvering av ansatte, brukere og eksterne samarbeidspartnere

- 31. august: Seminar med eksterne samarbeidspartnere (andre sykehus, pasientorganisasjoner, Oslo kommune og utdanningsinstitusjonene)
- 17. oktober: Møte med ungdomsrådet
- 19. oktober: Direktørmøte Oslo kommune - bydelene
- 23. oktober: Møte med brukerutvalget
- 10. november: Møte i samarbeidsutvalget Oslo kommune
- 30. november: Møte i utdanningsutvalget
- 7. desember: Workshop med Oslo kommune - bydelene
- 13. desember: Workshop med sykehusene i Oslo sykehusområde
- 24. januar: Seminar med eksterne samarbeidspartnere

Utviklingsplanen sendes til intern og ekstern høring i januar/februar.

Plan for styret:

- 15. desember: Orientering om utviklingsplanarbeidet
- Februar: Presentasjon av høringsutkast til Utviklingsplan 2035
- April: Vedtak av Utviklingsplan 2035

2. REVISJONER OG TILSYN

Gjennomgang av Riksrevisjonen

Riksrevisjonen opplyser i brev av 9. november 2017 at de skal undersøke om styrene i de regionale helseforetakene og i helseforetakene følger opp kvaliteten og pasientsikkerheten i tråd med Stortingets vedtak og forutsetninger og prinsipper om godt styrearbeid.

Gjennomgangen er nå i datainnsamlingsfasen. Oslo universitetssykehus har sendt Riksrevisjonen en del etterspurt dokumentasjon med mer. Riksrevisjonen vil komme tilbake til om de ønsker å gjennomføre spørreundersøkelse eller ha intervju med styremedlemmene.

Varsel fra datatilsynet om overtredelsesgebyr

Datatilsynet varslet den 24. oktober om vedtak om overtredelsesgebyr til Oslo universitetssykehus i forbindelse med beslutning om å legge drift av helseregionens IKT-infrastruktur til en underleverandør av Sykehuspartner HF. Oslo universitetssykehus sine merknader til forhåndsvarselet er oversendt Datatilsynet den 5. desember 2017. Varselet fra Datatilsynet og helseforetakets svar er vedlagt. Styret vil bli forelagt Datatilsynets vedtak når det foreligger.

3. FINANS

Pågående arbeid med inntektsmodell i Helse Sør-Øst RHF høsten 2017

Styret i helse Sør-Øst RHF har bedt om at det gjøres nye vurderinger av enkeltelementer i inntektsmodellen for Helse Sør-Øst RHF.

Sak 085-2016 Budsjett 2017

- Det vil bli igangsatt et arbeid for å vurdere om det foreligger ny informasjon vedrørende grunnlaget for enkelte elementer i regional inntektsmodell

Sak 21-2017 Økonomisk langtidsplan 2018-2021. Planforutsetninger

- Det skal gjøres analyser og vurderinger vedrørende storbykriteriet innen psykisk helsevern og TSB, samt abonnementsordningen i somatikk til Oslo sykehusområde. Det vil videre bli arbeidet med bruk av inntektsmodellen innen Oslo sykehusområde. Innen psykisk helsevern vil det bli sett på om utviklingen innen ambulante tjenester medfører behov for endringer i inntektsmodellen.

Arbeidet er organisert i 3 delprosjekter med deltakelse fra alle helseforetak:

- Delprosjekt 1 Somatikk
- Delprosjekt 2 Psykisk helsevern/TSB
- Delprosjekt 3 Fordeling internt i Oslo sykehusområde

Arbeidet er i slutfasen og prosjektrapporter vil bli ferdigstilt i løpet av desember. Styret i Helse Sør-Øst skal etter planen behandle forslag til endringer av inntektsmodell på styremøte 1. februar 2018. Omfordelingseffekter i inntektsrammer mellom helseforetak skal implementeres fra 2019. Det gis en nærmere orientering i styremøtet 15. desember 2017.

Replassing av pensjonsmidler

I styresak 131/2011 fattet styret vedtak om at plassering av pensjonsmidler i Statens pensjonskasse (SPK) har som intensjon at man på sikt skal ha en sammensetning og

risikoprofil som speiler de øvrige store pensjonskassene. Basert på vedtaket replaserte foretaket om lag 1,9 mrd. kroner i desember 2011, herav ble om lag 1,4 mrd. kroner plassert i norske statsobligasjoner og det resterende beløpet ble plassert i Statens pensjonsfond utland (SPU).

Ett av foretakets plasseringer i statsobligasjoner har forfalt og om lag 565 millioner kroner ble replasert i desember. I forkant av beslutningen ble det innhentet råd fra Mercer AS. Mercer anbefalte hele beløpet replasert i SPU under forutsetning om at Oslo universitetssykehus kan håndtere økte svingninger i pensjonspremie. Alternativt anbefalte Mercer at halvparten plasseres i norske statsobligasjoner med ett års løpetid og halvparten i norske statsobligasjoner med tre års løpetid.

Det er ikke avklart med Helse Sør-Øst RHF hvordan økt pensjonspremie som følge av betydelig fall i verdien på SPU skal håndteres. Betydelig økt pensjonspremie kan øke rentekostnaden for foretaket og få konsekvenser for investeringsnivået. Det ble derfor ikke plassert noe i SPU denne gangen. Beløpet på 565 millioner kroner ble replasert med halvparten i norske statsobligasjoner med ett års løpetid og halvparten i norske statsobligasjoner med tre års løpetid. Sammen med regelstyrte plasseringer i SPK ble dette vurdert å gi en hensiktsmessig forfallsfordeling og løpetid.

For plassering av pensjonsmidler tilbyr SPK norske statsobligasjoner av ulik varighet og andeler i SPU. Plassering i SPU er eneste alternative plassering av pensjonsmidler for å kunne følge intensjonen om en sammensetning og risikoprofil som speiler de øvrige store pensjonskassene.

Erfaringen med ordningen i SPK er imidlertid at det er vanskelig å nå intensjonen om å ha en sammensetning og risikoprofil som speiler de øvrige store pensjonskassene. Plasseringen i SPU er ikke sikret mot valutaendringer. Oslo universitetssykehus sendte på bakgrunn av dette et brev til SPK 26. november 2014 der helseforetaket ba om at alternativer til dagens ordning for plassering av pensjonsmidler utredes, herunder valutasikring. Det foreligger foreløpig ingen avklaring fra SPK.

4. JURIDISKE FORHOLD - RETTSTVISTER

Arbeidsrettssakene – individuelle saker:

- *Avtalebrudd - erstatningskrav*
Sykehuset er stevnet for tingretten av en tidligere lis-lege med påstand om avtalebrudd og usaklig saksbehandling i arbeidsforholdet. Det er krav om å gjennomføre spesialisering og erstatning for økonomisk tap. Dom ble avsagt 25 mai 2016 og resultatet ble frifinnelse for sykehuset. Saken er anket av saksøker til lagmannsretten og ankeforhandlingene pågikk 7-9 november 2017. Dom avventes.
- *Varsling - gjengjeldelse*
En stipendiat stevnet sykehuset med krav om oppreisning og erstatning med grunnlag i påstand om varsling av kritikkverdige forhold i virksomheten og gjengjeldelse for dette. Oslo tingrett avsa dom 6. mars med resultat frifinnelse for sykehuset samt tilkjennelse av sakskostnader. Saken er anket av saksøker til lagmannsretten og ankeforhandlingene starter 5. mars 2018.

- *Oppsigelse av ansatt*
Sykehuset er stevnet av en ansatt som mener sykehusets oppsigelse er usaklig og ugyldig. Det kreves erstatning for økonomisk og ikke-økonomisk skade. Saken fikk sin løsning i rettsmekling.
- *Oppsigelse av ansatt*
Sykehuset er stevnet av en ansatt som mener sykehusets oppsigelse er usaklig og ugyldig. Saken har fått sin løsning i rettsmekling.

Kontraktsforhold

- Sykehuset er stevnet av en leverandør med påstand om at sykehuset har brutt regelverket for offentlige anskaffelser i forbindelse med anskaffelse av medisinsk teknisk utstyr (røntgenapparat til bruk ved operasjon ved hånd- og fotkirurgi). Det er varslet erstatningskrav. Sykehuset har avgitt tilsvaret i saken.

5. FORSKNINGGRAPPORT - REPORT FROM SCIENTIFIC ADVISORY BOARD NOVEMBER 2017

Modern academic health care is complex and to a large extent dependent on interactions with other scientific areas as well as with the developing society at large including the general public, ethics, the business world and industry. A university hospital will today have to seek alignments with all these developing parts.

This time the agenda for the Scientific Advisory Board meeting of November 24, 2017 acknowledged this and took up two highly important aspects of interactions with fields that today are highly integrated with academic medicine and that are of importance for future development of health care.

The two areas in focus were:

- Bio-physics, in particular *Imaging technology and Innovation* and
- Clinical Trials Environments to facilitate interactions with pharmaceutical industry

In addition, recent decisions regarding plans for expansion of Oslo University Hospital, OUH, were discussed.

Imaging technology and Innovation

The journey from the start till today for Bio-physics at Ullevål University Hospital and later Oslo University Hospital was presented by Anne Catrine Martinsen. Her presentation from the start in 2001 was most interesting, stimulating and very impressive.

It was indeed a story of a new field that found ways to develop the roles of physics in a hospital setting first locally then regionally and today internationally.

Important steps were to build up competence by recruiting physicists to the group that today consists of 27 individuals plus PhD students and postdocs. All these individuals are employed by the hospital but in a dual appointment with part of the salary coming from other sources such as other faculties.

A few examples of how to participate in the processes to improve imaging quality were given; a process that requires a high level of knowledge and expertise in order to influence and interact with the high-tech industry that constructs and designs such

equipment. This proved to be an important collaborative work that a few years ago was more of a missing link compared with the interactive activities of today. This has improved not only the image quality but also resulted in an increased understanding of the specific needs that exist at hospitals, with further aspects in emergency medicine and requirements in pediatric and neonatal care.

It is of the greatest importance that fields like bio-physics in health care environments also have time and positions for science and innovation. Although, there are good grants available, it is still felt, as in most newly developing fields, that more time for development is needed. This could concern both the use and maintenance of cyclotron technology and not least the latest radiologic advances with proton based treatment. To that end, it was indeed good news that a decision has now been taken to invest in a Proton Center at the OUH with a plan to be in full action 2023. This will come as a valuable addition to the advanced oncological activities at OUH.

Clinical Trials Environments

Tradition is strong at OUH for good activities in clinical studies of new drugs. However, the number of new drugs and new molecules to be tested is decreasing, and there is an increased competition worldwide to carry out clinical trials.

There is a demand for increased efficiency in the performance of clinical trials. Better infra-structure regarding administration and contract negotiations with industry are needed as well as access to larger populations, not least regarding common chronic diseases.

Recently, a Central Support Unit for clinical trials was initiated within the well established Research Support Services for all kinds of research at OUH. The head of research support services, Kristin Bjordal, presented, together with Jon Borggaard, who is heading the new unit of Clinical Studies, the efforts so far. One of the early challenges with a central unit is to establish links and collaboration with existing local, departmental, clinical trials units. Such strong units are able to carry on their actions, but there are so many small units that need the experienced support from the new Central Support Unit.

At the national level there is a great support to expand on clinical trials and to interact better with the pharmaceutical industry. Hence, there is a governmental support of 50 million NOK for 5 years to the Norwegian Clinical Research Infrastructures Network, NorCrim, to which all 6 university hospital areas in Norway belong, and which is the Norwegian hub of the European research network, ECRIN. In addition, there is support from the Ministry of Health of approximately 130 million NOK per year for larger clinical studies that have to be carried out in all 4 health regions ("Klinisk behandlingsforskning"). About the same amount is also added from the Norwegian Research Board to support expansion of various clinical research activities.

All this is good for national collaborations. Nation-wide studies will increase the number of participants in the trials and improve the possibilities to complete the studies quicker.

To follow up on this, there were 4 presentations from different environments:

1. Section for experimental cancer treatment. Head: Steinar Aamdal

Steinar Aamdal presented the unit that started already in 1995. Today, there are 5 full time employed physicians, 8 study nurses and 5 monitors. The unit has also access to 4 hospital beds for clinical trials.

During 2017, the unit has been involved in 38 clinical trials of which 26 belonged to Phase I and II. Still the number of trials is low due to competition particularly from Asian countries. The most obvious reason for this is the access to large populations and hence the time to carry out the trial.

A few challenges were identified.

- clinical trials should be an integrated part in all medical practice
- investments in clinical trials ought to increase
- Nordic collaboration must be stronger in order to reach critical size of populations studied.

2. Oslo Myeloma Center, Department of Hematology. Group leader: Fredrik Schjesvold

This unit was initiated as late as 2014 basically from scratch without any support in terms of personal and space. Fredrik Schjesvold described the different steps taken to create a clinical trials unit that by now, 3 years later, has expanded both in terms of individuals working in the unit and the structure to execute for various kinds of trials.

At the start, Bergen University hospital had the initiative for myeloma studies in Norway but soon activities were more and more centered around the new Myeloma Center in Oslo. The unit, as measured by the number of trials, interactions with industry and collaboration with other centers in the Nordic countries, has now positioned itself as the largest clinical trials unit for myeloma in the Nordic countries.

To achieve this within 3 years reflects dedication, skills and a good leadership. It is a fine illustration that matters can change in spite of seemingly slow times for clinical trials. Institutional support, as well as support from local leaders, are of great importance.

3. Paediatric Clinical Trial Unit, Department of Paediatric Research. Senior physician: Heidi Glosli

A paediatric unit for clinical trials is needed in order to carry out trials in a paediatric population. For too long, children have been regarded as small adults concerning new drugs. This is not true and in 2015 a paediatric trials unit was started in Oslo. In 2015 the paediatric CTU became a part of paediatric research.

The number of trials has increased during the last years and paediatric clinical trials took a large step forward in Norway when all 6 university hospitals started paediatric CTU's. Soon a collaborative organisation, NorPed, was started between them and is now a vital structure for collaboration.

4. Department of Transplantation Medicine, Senior physician: Kåre I. Birkeland
Kåre Birkeland presented views on clinical trials at OUH that were analytical with regard to strengths and opportunities. The current development of clinical trials at OUH was appreciated, but he took the discussion further into future challenges and opportunities to support the growth of the field.

A few aspects within the field were highlighted:

- There are still problems to solve regarding interactions between the newly launched central clinical trials unit and the traditional local units.
- In clinical trials where UiO and OUH collaborate it is sometimes difficult to solve the issue of project ownership between the two.

Reflections on Clinical Trials

The 4 different presentations summarized above led to a "round-table" discussion and debate that was fruitful. Based on this, it can be said that:

- Aims and goals for future clinical trials at OUH are promising and important.
- There is an obligation for all physicians in the health care system to participate in clinical trials.
- Collaborations with industry and between the units are most important.
- In view of the similarity of health care systems in the Nordic countries collaborations on a Nordic basis must be encouraged, in order to be more competitively attractive, speed up the process and reach large enough populations.

Expansion of Oslo University Hospital

During the latest years it has been valuable to follow the presentations by CEO Björn Erikstein concerning expansions. Such discussions and planning for major investments in health care are complex and require engagement and strength. After a long time of negotiations with different deciding bodies it was now of great interest to be able to learn about the latest results concerning future expansion of OUH.

1. There will be a new clinical building at the Radium Hospital. Funding is approved.
2. It is also decided that OUH and the Radium Hospital will have Norway's first Proton Center to be finished already in 2023.
3. It is now also clear that expansion of Rikshospitalet at Gaustad and the new local hospital at Aker will be realized in 2026 -2028.

Sincere congratulations go to the leadership of OUH for these major achievements. These will be of great importance for future Academic Health Care in the Oslo region.

Next SAB

It will be of great interest to continue discussions at the next SAB in the week prior to midsummer, 2018.

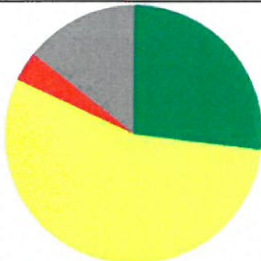

All major decisions on expansion of OUH will also need in depth discussion with UiO on how to design functions in the new facilities and not least to initiate the process of finding common financial solutions. Therefore, it would be of value next time to have interactive discussions with the leadership at UiO at least with the faculties for Medicine and Math/Nat.

The next 10 to 12 years will be an important period for discussions and debates concerning best functions for Academic Health Care and Medical Research and development in Oslo.

(Barbara Cannon, Olli A. Jänne, Sten Lindahl, Ulf Smith - December 1, 2017.)

6. MEDIEOMTALE 1. OKTOBER – 30. NOVEMBER 2017

I oktober og november ble det registrert 2498 mediesaker om sykehuset, mot 2132 i august og september.

Periode	Antall saker	Vekting/etterlatt inntrykk	Vekting prosent	Kommentar
Nov 2017	1133		Positiv: 27 Nøytral: 55 Negativ: 4 Ikke vektet: 14*	Den nøytrale andelen er i stor grad knyttet til H.M. Kongens innleggelse ved sykehuset.
Okt. 2017	1365		Positiv: 34 Nøytral: 41 Negativ: 6 Ikke vektet: 19*	Den positive andelen skyldes mange fagsaker med sykehusets eksperter (se under).

*Grått er andelen meldinger om personskade, disse vektet ikke.

Sentrale saker i perioden:

Leger kan få varsle pårørende om alvorlige sykdommer

I inneværende stortingsperiode skal det besluttes om leger skal få lov til å varsle pårørende om arvelig sykdom, noe de ikke har lov til i dag. Fagpersoner ved OUS uttalte seg og mener dette bør innføres i tilfeller der det er behov for det.

Beslutningsforum om medisin mot Spinal muskelatrofi (SMA)

Medieoppmerksomheten rundt Spinraza som behandling for muskelsykdommen SMA fortsatte i oktober og november, da Beslutningsforum sa nei til ordinær innføring av legemiddelet. Barn som er med på en studie i sykehusets regi får fortsette behandlingen.

Nasjonale anbefalinger om antall brystkreftoperasjoner

Fagpersoner fra OUS tok i en større artikkel i Dagens Medisin, til orde for at helseforetak som har færre brystkreftoperasjoner i året enn det den nasjonale anbefalingen tilsier, bør slutte med kirurgi. Saken ble spredt i ulike medier, og fikk derigjennom stor oppmerksomhet.

Nye og positive transplantasjonstall

OUS la i begynnelsen av oktober frem nye, positive tall knyttet til transplantasjonsvirksomheten ved sykehuset. En nyhetssak om tallene ble spredt via NTB, og mange medier plukket opp saken.

Ny behandling av barn med skoliose

Både TV2 og NRK Dagsrevyen omtalte i større nyhetsinnslag en ny behandlingsmetode for barn med skoliose ved OUS. Fagpersoner fra sykehuset uttalte seg og saken ble senere sitert i flere andre medier.

Vaksine mot Rotavirus nytter:

Leger ved OUS har jobbet for at vaksinen mot rotavirus skal innføres som del av barnevaksinasjonsprogrammet. I dag er Rotavirus så godt som utryddet.

Brannskader hos barn

En overlege ved OUS slo alarm om brannskader hos barn i en redaksjonell sak på sykehusets egne nettsider. Dette resulterte senere i et lengre innslag om behandling og forebygging av brannskader på God Morgen Norge, og senere også i Dagbladet.

H.M Kong Harald innlagt

H.M. Kong Harald innleggelse på sykehuset i november skapte stor medieinteresse. Sykehuset ble omtalt i alle mediesakene, mens all kommunikasjon ble håndtert fra Slottet.

IKT-problemer ved sykehuset

Nettverksproblemer ved sykehuset i slutten av november medførte stor medieinteresse. Proaktiv informasjon fra sykehuset til pasienter og øvrig publikum bidro til å redusere omfanget av negative oppslag om sykehuset rundt hendelsen.

Administrerende direktør oppfordrer til involvering rundt fremtidens OUS

Det har vært en rekke kronikker og artikler om fremtiden for Ullevål sykehus. I begynnelsen av november ble AD Bjørn Erikstein intervjuet internt (intranett) og i Dagens Medisins papirutgave, og oppfordrer til bred involvering og medvirkning fra ansatte i prosessen.

Kliniske studier publiseres ikke

I slutten av november hadde forskning.no flere artikler om at kliniske studier aldri publiseres. Sykehuset blir i flere av artiklene trukket "negativt frem som en stor forskningsaktør som har del i dette, med negativt fortegn. Sakene svares ut fra sykehuset ved direktør for forskning, innovasjon og utdanning, Erlend Smeland.

Sykehuset i sosiale medier:

Saker delt på OUS og Ekspertsykehusets Facebook-sider med størst utbredelse

Sak	Nådd
Sak fra Nrk.no om at norske barn ligger helt i verdenstoppen når det gjelder å overleve leukemi. Dette viser tall fra Kreftregisteret	42.872
Sak på fontene.no om den eneste vernepleieren i landet som er ansatt ved en nyfødtavdeling. På Barnesenteret på Ullevål/Oslo universitetssykehus hjelper hun familier som får et annerledes barn.	26.244
Blogg: Når hofteprotesen blir infisert.	25.058
OUS forsker bak ny studie omtalt på nrk.no: Det ser ut til at noen folk som ikke tåler gluten, egentlig reagerer på et helt annet stoff i maten som heter fruktaner.	18.735
Blogg på forskning.no av doktorgradsstipendiat ved OUS om det å avslutte et svangerskap, som er et vanskelig valg for mange.	18.716

OUS ansatt ved akuttklinikken er med i et Regjeringsoppnevnt utvalg som skal utrede forholdet mellom yringsfrihet, pressefrihet og personvern i helse- og omsorgstjenesten, barnevernet, barnehager og skoler.	16.105
--	--------

Mest leste saker på Ekspertsykehuset i oktober/november, samt rekkevidden av disse:

Temaet for bloggen Ekspertsykehuset var i oktober Muskel og skjelett. Det ble 13 blogger og en redaksjonell sak. Bloggene ble til sammen lest 20 600 ganger denne måneden.

I november var temaet Hjerte og kar. Her ble det 14 blogger og en redaksjonell sak. Bloggene ble lest av til sammen cirka 16.000.

I tillegg ble det en fin bredde om to av sakene disse månedene:

- Ny behandling av skoliose hos barn både på NRK Østlandssendingen, NRK Dagsnytt og TV2 God morgen, Norge.
- Barn med brannskader på TV2 God Morgen Norge og Dagbladet.

7. REFERAT OG ØVRIGE VEDLEGG

1. Varsel fra Datatilsynet 24. oktober 2017
2. Svarbrev til Datatilsynet 5. desember 2017
3. Protokoll fra Brukerutvalgets møte 23. oktober 2017
4. Protokoll fra Brukerutvalgets møte 20. november 2017
5. Godkjent protokoll fra styremøte i Helse Sør-Øst RHF 19. oktober
6. Foreløpig protokoll fra styremøte i Helse Sør-Øst RHF 14. november



Datatilsynet

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 eksterne leverandører 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 konkurranseutsette 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 tjenestetilsetting 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 tilfredsstillter 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 regionale 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 infrastrukturen. 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 tilganger 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 tjenesteutsettes 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 tjenestestutsette 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 tjenestestutsettingen, 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 kapittelet 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 ivaretatt, 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 etterleves. 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 tjenestestutsette driften av IKT-infrastrukturen at utenlandske databehandlere ikke skulle ha tilgang til pasientopplysninger.

Dette viser at det har vært et språk 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 tilfredsstiller 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, hendelseshåndtering, 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 prinsippsspørsmål 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 tidshorison, t
- 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 budsjettert 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 tjenesteutsette 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 tjenesteutsettes, 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. Ansvaret 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 ivaretatt. 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 ansvarlinjene 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 tjenestestutsette 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 tjenestestutsetting 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

Datatilsynet
Postboks 8177 Dep
0034 OSLO

VEDLEGG 2

Vår ref:
17/16579-2
Oppgis ved all henvendelseDeres ref:
16/01531Saksbeh.:
Heidi ThorstensenDato:
05.12.2017

16/01531 Svar på varsel om vedtak - Overtredelsesgebyr - OUS

Det vises til varsel om vedtak av 24/10-2017 om overtredelsesgebyr i forbindelse med beslutning om å legge drift av helseregionens IKT-infrastruktur til eksternt leverandør.

Oslo universitetssykehus HF har gjennomgått grunnlaget for Datatilsynets varsel og har ingen innsigelser til at foretaket, som databehandleransvarlig, har et selvstendig ansvar. Oslo universitetssykehus har imidlertid enkelte merknader som bes tatt i betraktning i vurdering, utforming og utmåling av det endelige vedtaket.

Strukturelle forhold – felles i regionen

Helse Sør-Øst RHF har etablert Sykehuspartner HF som en felles leverandør av IKT-tjenester for foretakene. Dette er regulert i tjenesteavtalen og databehandleravtalen mellom de enkelte helseforetakene og Sykehuspartner. Oslo universitetssykehus har fullt ansvar som databehandlingsansvarlig, og Sykehuspartner er hoveddatabehandler og har en rekke underleverandører som refereres til som underleverandørdatabehandlere.

Sykehuspartner har ved inngåelse av avtale med underleverandør, fremdeles hovedansvaret som databehandler, og får et utvidet kontrollspenn i rollen som hoveddatabehandler. Dette innebærer at selv etter overføring av deler av driften fra Sykehuspartner til underleverandør, vil Sykehuspartner fremdeles være hovedansvarlig for driften. Dette omfatter at Sykehuspartner selv vil være ansvarlig for tilgangsstyring, og har 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 outsourcing. I henhold til inngått avtale vil det først etter gjennomført risikovurdering og at databehandlingsansvarlig kan akseptere restrisiko, kunne gjøres endringer i dette.

Oslo universitetssykehus har tatt til etterretning Datatilsynets vurdering om at foretaket, som databehandlingsansvarlig, burde vært mer aktiv med vurderinger og beslutninger i prosessen med å inngå avtale og etablere underleverandør for Sykehuspartner. Vi følger opp dette og vil innføre forbedringer i system og rutiner på informasjonssikkerhet og personvernområdet som denne saken har synliggjort, slik at Oslo universitetssykehus databehandlingsansvar hensesyntas, selv ved regionale løsninger og tjenester.



Vår dato
05.12.2017

Vår referanse
17/16579-2

Til orientering er det videre påbegynt et felles arbeid i regionen der foretakenes selvstendighet og ansvar skal sikres formelt og reelt, herunder tydeliggjøre og styrke metoden for gjennomføring av risikovurderinger, inkludert vurdering i det enkelte helseforetak om restrisiko kan aksepteres eller om det er behov for ytterligere tiltak. Oslo universitetssykehus vil i den forbindelse også gjennomgå avtalen med Sykehuspartner sett hen til dette med nødvendige oppfølgingspunkter.

Ved innføring av nye applikasjoner, er det etablert gjennomføring av risikovurderinger hvor hvert enkelt foretak må gjøre sine vurderinger, herunder vurdere om restrisiko kan aksepteres. Dette skal ytterligere dokumenteres og sikres, herunder prosess, slik at Oslo universitetssykehus databehandlingsansvar hensyntas, selv ved regionale løsninger og tjenester.

Virksomhetsoverdragelsen ble utsatt uavhengig av medieomtale

Det vises til punkt 7.2.7 *Andre reaksjoner? Vurdering av §29g*) i mottatt brev hvor det står: *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.*

Vi vil presisere at virksomhetsoverdragelsen ble utsatt av faglige grunner og ikke av medienes oppmerksomhet. Virksomhetsoverdragelse var planlagt gjennomført 1. mai 2017. Forutsetning for gjennomføring av virksomhetsoverføringen var 19 definerte kriterier som skulle vurderes og gi grunnlaget for om man var klar til virksomhetsoverdragelse eller ikke. Virksomhetsoverdragelse ble besluttet utsatt 20. april 2017, basert på blant annet at informasjonssikkerhetskriteriet ikke var tilfredsstillende imøtekommet.

Drift av dagens infrastruktur

Under punkt 6.3.3 *Opplysninger fremkommet i saken* står det at ...noen av representantene fra de ulike helseforetak var bekymret som følge av risiko knyttet til å *legge driften til Bulgaria*.

Vi gjør oppmerksom på at etter 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, på side 5 i vårt brev til Datatilsynet 15. juni 2017 viste vi til at i avtalen med underleverandør, er Oslo universitetssykehus sikret kontroll med risikovurderingene og eventuell aksept av restrisiko ved behandling av personopplysninger utenfor Norge, se avtalens Appendix 1-A-6 punkt 2.1. Dette bidrar til å sikre Oslo universitetssykehus kontroll med informasjonssikkerheten, jf. for eksempel databehandleravtalen punkt 3.

Tilsynets henvisning til helseforetakenes vurdering av krav til tidspunkt for risikovurdering

Under punkt 5.4 *Helseforetakenes redegjørelse*, avsnitt 3 i varselet er det gjort et feilsitat fra vårt brev 15. juni 2017. Her står det at ... 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.

I Oslo universitetssykehus sitt brev av 15. juni i år står det: "Risikovurdering må foretas *før behandling av personopplysninger iverksettes* eller *før man iverksetter endring* som kan ha betydning for informasjonssikkerheten." Dette innebærer at før endringer i tjenester og drift kan gjennomføres, skal Oslo universitetssykehus kunne akseptere restrisiko. Enhver endring som påvirker informasjons-



Vår dato
05.12.2017

Vår referanse
17/16579-2

sikkerheten kan dermed først gjennomføres av Sykehuspartner og dennes underleverandører dersom Oslo universitetssykehus aksepterer restrisiko ved endring.

Tilgangskontroll

Det vises til punkt 6.2.3 *Datatilsynets vurdering/Tilgangen som ble gitt til tjenesteleverandør i Bulgaria* der det på slutten av første avsnitt er skrevet: *Det er derfor uklart om opplysninger har kommet på avveie eller ikke.*

Med referanse til PwC rapporten fra eksternt gjennomgang av programmet for modernisering av IKTinfrastruktur (iMod) i juni, er det ingen indikasjoner eller bevis på at det har vært misbruk eller forsøk på misbruk av tilgang til helseopplysninger. Dette er også konklusjonen etter Sykehuspartners interne gjennomgang. Uttalelsen er basert på grundig gjennomgang av de logger som finnes.

Ytterligere kan vi opplyse at det ikke er oppdaget fravær av tjenester.

Sykehuspartner sin analyseplattform har en sentral funksjon for å sikre infrastrukturen og data i Helse Sør-Øst og oppdage tidlig kompromitterende angrep i tidlig fase. Så langt og i meget stor grad har Sykehuspartner avverget ondsinnede angrep, herunder WannaCry-viruset som i mai i år hadde flere suksessfulle angrep mot engelske sykehus.

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

Oslo universitetssykehus har et omfattende styringssystem for informasjonssikkerhet. Området er organisert i en egen avdeling i direktørens stab med 6 ansatte. Sykehusets styringssystem for informasjonssikkerhet har vært behandlet i foretakets ledermøte, og er besluttet av administrerende direktør. Alle prosedyrer, instruksjer, skjema m.m. som gjelder Oslo universitetssykehus, er publisert i foretakets dokumentstyringssystem eHåndboken, tilgjengelig for alle ansatte i intranettet. Nivå 1 dokumenter, som gjelder hele foretaket, er også publisert på Internett.

Oslo universitetssykehus har i databehandleravtalen med Sykehuspartner etablert og dokumentert et sikkerhetsrammeverk for helseforetakets personopplysninger hos databehandler. For eksempel kan ikke databehandler uten avtale med databehandlingsansvarlig overlate personopplysninger til andre, jf. også personopplysningsloven § 15. Databehandler har et selvstendig ansvar for å påse at behandling av personopplysningene skjer i overensstemmelse med kravene til informasjonssikkerhet i pasientjournalloven § 22 med mer. Bare de som har reelt behov for tilgang til systemet og informasjonen, skal få tilgang. Dersom tredjepart eller underleverandør skal ha tilgang til systemet, skal slik bruk dokumenteres i egen underleverandørdatabehandleravtale. En underleverandør skal utføre oppgaver på samme måte som om databehandler selv stod for utførelsen av disse. Databehandleravtalen med Sykehuspartner inngås hvert år og undertegnes av administrerende direktør.

Som vist ovenfor, har Oslo universitetssykehus en sikkerhetsledelse på personvern- og informasjonssikkerhetsområdet, hvor ansvars- og myndighetsforhold er dokumentert og øverste ledelse er involvert. Det er etablert reguleringer og tiltak for å sikre foretakets ansvar for og kontroll på personopplysninger. Disse gjelder også i forbindelse med at databehandler inngikk kontrakt med en underleverandør.



Vår dato
05.12.2017

Vår referanse
17/16579-2

Forberedelse til ny personvernregulering

Oslo universitetssykehus finner det naturlig i denne sammenheng å informere om arbeidet med å forberede overgang til ny personvernregulering, herunder arbeid med å sikre:

- Oversikt over hvilke databehandlinger som gjennomføres og hvilket hjemmelsgrunnlag disse har
- Gjennomførte risikovurderinger av løsninger og infrastruktur
- Oversikt over leverandørtilganger, herunder risikovurderinger og databehandleravtaler
- Gjennomgang og oppgradering av rutiner og prosedyrer, herunder tilgang for leverandører
- Prosedyrer og rutiner for gjennomføring av databehandleravtaler og personvernkonsekvensvurderinger. Dette arbeidet er Sykehuspartner sentral i for å sikre felles rutiner og prosedyrer i regionen, samtidig som prosessene skal sikre at den enkelte databehandlingsansvarlig kan ivareta sitt ansvar, herunder å ikke akseptere hva som vurderes som for høy restrisiko.

Foretaksmodellen og håndtering av databehandlingsansvaret

Helseforetaksstrukturen utfordrer i noen grad databehandlingsansvaret som tilligger helseforetakene i det føring og beslutninger for helseforetakene som har en direkte konsekvens for databehandlingsansvaret, også vil tas av sentrale myndigheter og Helse Sør-Øst RHF som eier. Dette fremkommer også som en problemstilling som anbefales for videre utredning i rapporten «Informasjonssikkerhet ved bruk av private leverandører i helse- og omsorgstjenesten», utgitt av direktoratet for e-helse desember 2017.

Inntil eventuelle endringer gjennomføres, vil det likevel kunne sikres en forsvarlig håndtering av databehandlingsansvaret, ved at vurdering av restrisiko gjennomføres slik at hvert helseforetak gjør egen vurdering og eventuelt stiller krav om forbedringstiltak. Først når restrisiko kan aksepteres av alle databehandlingsansvarlige, gjennomføres endring eller innføres løsning.

Vurdering av om gebyr skal ilegges og vurdering av gebyrets størrelse

Vi håper opplysningene i dette brevet synliggjør at det er formildende omstendigheter for helseforetaket som Datatilsynet vil legge vekt på i sin vurdering av overtredelsesgebyret og gebyrets størrelse.

Oslo universitetssykehus har stor oppmerksomhet på informasjonssikkerhet og personvern og et omfattende styringssystem knyttet til dette. Foretaket er underlagt et regionalt system for IKT, men samtidig innehar databehandleravtalen betingelser for å sikre egen kontroll med informasjonssikkerheten. Oslo universitetssykehus mener heller ikke å ha hatt noen interesse eller fordeler som har medvirket til at vi har unnlatt å gjøre en egen risikovurdering når databehandler har inngått avtale med en underleverandør. Ved vurderingen av alvorligheten av overtredelsen, omtaler ikke varselet skadeomfanget. Intern gjennomgang hos databehandler og eksternt gransker viser ingen indikasjoner eller bevis på at det har vært misbruk eller forsøk på misbruk av tilgang til helseopplysninger, eller at disse har kommet på avveie.

For øvrig kommenteres at innholdet i varselet er bredt anlagt og at det påpekes at overtredelsesgebyret gjelder det enkelte foretak, og utmålingen skal skje individuelt jf. forvaltningsloven kapittel IX. Ved vurderingen av overtredelsesgebyrets størrelse omtaler varselet verdien av avtalen den regionale databehandleren har inngått med underleverandør. For ordens skyld bemerkes det at avtalen omfatter hele regionen og ikke bare Oslo universitetssykehus.



Vår dato
05.12.2017

Vår referanse
17/16579-2

Oslo universitetssykehus tar saken på største alvor og det er, som nevnt over, allerede iverksatt arbeid med tiltak og forbedringer for å følge opp de forhold som er påpekt av Datatilsynet.

Med vennlig hilsen
Oslo universitetssykehus

Bjørn Erikstein
Administrerende direktør

Lisbeth Sommervoll
Viseadministrerende direktør

Dette dokumentet er elektronisk godkjent og sendes ut uten signatur



PROTOKOLL

Møtetema: Brukerutvalgsmøte 23. oktober 2017 kl 13.00-17.00
Til: Brukerutvalget ved OUS
Kopi: Kari Skredsvig, Anne Margrethe Svanes
Dato dok: 26.10.2017
Dato møte: 23.10.2017
Referent: Stine Arntzen Selfors
Tilstede: Tove Nakken, Solveig Rostøl Bakken, Mari Ourom, Marius Korsell, Anne Giertsen, Brita Rønnebech Bølgen, Susan Smerkerud, Pål Kjeldsen, Twinkle Dawes, Stine B. Dybvig, Arne Olav G. Hope, Fra OUS: Kari Skredsvig, Stine A. Selfors
Forfall: Kjell Silkoset, Kim Fangen,

Sak nr	
	Godkjenning av innkalling og agenda
40/2017	Vedtak Innkalling og agenda er godkjent
	Direktørens time Administrerende direktør svarte på innsendte spørsmål.
41/2017	Vedtak Tas til orientering
	Styremøtesaker Gjennomgang av styremøtesaker. Brukerutvalgets årlige møte med styret er på torsdag. Tove Nakken, Kim Fangen og Brita Bølgen presenterer aktuelle saker for styret.
42/2017	Vedtak Brukerutvalget stiller på styremøtet 26.10.17
	Orienteringssaker <ul style="list-style-type: none"> - Møteplan 2018 - Taushetserklæring for nye brukerrepresentanter signert - Månedstema for Ekspertsykehuset - Erfaringsmøte med Pasient- og brukerombudet 30.10.17 - Brukerseminar arrangert av Brukerrådet i KPHA 20.11.17 - Regional samling for ledere, nestledere og koordinatore av brukerutvalg 7.-8. nov -
43/2017	Vedtak Tas til orientering

44/2017	<p>Ønske om nasjonale e-konsultasjonstakster Etter innspill fra Adm dir om eksisterende takster for telemedisinske konsultasjoner, gjøres det en endring på brevet før det sendes Helse- og omsorgsministeren</p> <p>Vedtak Brevet revideres før det sendes Helse- og omsorgsministeren</p>
45/2017	<p>Konferanser, råd og prosjekter Fordeling av oppgaver til nye medlemmer: Brukerrådet, Barne- og ungdomsklinikken - Anne Giertsen Brukerrådet, Hjerte-, lunge-, karklinikken -Twinkle Dawes Brukerrådet, Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon - Arne O. Hope Brukerrådet, Medisinsk klinikk - Solveig Rostøl Bakken Brukerutvalget, Aker helsearena - Arne O. Hope Læringsnettverk for pasientforløp - Solveig Rostøl Bakken Pasientsikkerhet- og kvalitetsutvalget, Prehospital klinikk - Marius Korsell Regionalt forskningsnettverk stråleterapi av kreft, referansegruppe - Pål Kjeldsen Vel hjem – prosjektgruppe - Solveig Rostøl Bakken Utvalg for koordinering av pasforløp, fagpros og pasinformasjon - Susan Smerkerud Forum for pasient- og pårørendeopplæring – Mari Ourom</p> <p>Vedtak Medlemmene i brukerutvalget har fordelt representasjonsoppgaver. Koordinator melder inn nye representanter til aktuelle utvalg.</p>
46/2017	<p>Eventuelt Ingen saker meldt</p>
47/2017	<p>Utviklingsplan Orientering om og innspill til utviklingsplanen for Oslo universitetssykehus.</p> <p>Vedtak Brukerutvalget lager et notat med innspill til utviklingsplanen.</p>

PROTOKOLL

Møtetema: Brukerutvalgsmøte 20. november 2017 kl 13.00-17.00
Til: Brukerutvalget ved OUS
Kopi: Kari Skredsvig, Anne Margrethe Svanes
Dato dok: 20.11.2017
Dato møte: 20.11.2017
Referent: Stine Arntzen Selfors
Tilstede: Tove Nakken, Kjell Silkoset, Solveig Rostøl Bakken, Marius Korsell, Anne Giertsen, Susan Smerkerud, Pål Kjeldsen, Twinkle Dawes, Stine B. Dybvig, Arne Olav G. Hope. Fra Brukerutvalget HSØ: Knut Magne Ellingsen. Fra OUS: Kari Skredsvig, Stine A. Selfors
Forfall: Kim Fangen, Mari Ourom, Brita Rønnebech Bølgren.

Sak nr	
49/2017	Godkjenning av innkalling og agenda Vedtak Innkalling og agenda er godkjent
50/2017	Direktørens time Følgende saker ble diskutert: <ul style="list-style-type: none"> - Kurdøgnfinansiering av pasienter på Geilomo - Tilrettelegging for rullestolbrukere på sykehotellet på Rikshospitalet. - Oppstart av konseptfase for nye sykehus på Aker og Gaustad - Regional sikkerhetsavdeling -Ønske om at brukerutvalget OUS og Brukerutvalget HSØ samkjører sine innspill - Helseinnovasjoner - Autolog stamcelletransplantasjon for MS-pasienter på Haukeland sykehus og Oslo universitetssykehus Vedtak Tas til orientering
51/2017	Erfaringsutveksling Brukerutvalgets medlemmer har i perioden deltatt på bla <ul style="list-style-type: none"> - Onkologisk forum - Styringsgruppe for nytt Radiumhospital - Biobank- og registerutvalget - Brukerråd i ortopedisk klinikk - Brukerråd i kvinneklinikken - Pasientsikkerhetsseminaret - Brukerråd i smerteklinikken - Prosjekt Vel hjem - Brukerråd i medisinsk klinikk - Læringsnettverket Gode pasientforløp - Brukerråd i barne- og ungdomsklinikken

	<p>Vedtak Tas til orientering</p>
52/2017	<p>Hvilke muligheter ligger i personvernlovgivningen som åpner for modernisering og digitalisering av Oslo universitetssykehus HF? Personvernombud og IT-sikkerhetsansvarlig Heidi Thorstensen orienterte om den nye personvernfordningen, GDPR (General Data Protection Regulation) som kommer til våren. Thorstensen snakket også om min journal, Helsenorge.no, kjernejournal og personlig helsearkiv.</p> <p>Vedtak Tas til orientering</p>
53/2017	<p>Brukerutvalgets innspill til utviklingsplan Gjennomgang av og kommentarer til utkastet til innspillene fra Brukerutvalget til Oslo universitetssykehus HF sin utviklingsplan 2035.</p> <p>Vedtak Utkastet sendes ut på en ny høringsrunde i brukerutvalget, før innspillene sendes inn til Oslo universitetssykehus HF.</p>
54/2017	<p>Innovasjonsstrategi for Oslo universitetssykehus HF Innovasjonsavdelingen samlet inn innspill til innovasjonsstrategi for OUS gjennom gruppearbeid.</p> <p>Vedtak Innovasjonsavdelingen tar med innspillene fra Brukerutvalget i utarbeidelsen av strategien.</p>
55/2017	<p>Møteplan 2018 Forslag til møteplan for 2018 fremlagt. Innkommet ønske om å flytte møtetiden fra kl 13-17 til 14-18. Enighet om å prøve ut nytt klokkeslett annen hver gang.</p> <p>Vedtak Møteplanen godkjennes, med endring av klokkeslett på hvert andre møte.</p>
56/2017	<p>Eventuelt Ingen saker</p>

Møteprotokoll

Styre: Helse Sør-Øst RHF
Møtested: Møtesenteret Grev Wedels plass 5, Oslo
Dato: Styremøte 19. oktober 2017
Tidspunkt: KI 0915-1500

Følgende medlemmer møtte:

Ann-Kristin Olsen	Styreleder
Anne Cathrine Frøstrup	Nestleder
Eyolf Bakke	
Kirsten Brubakk	
Christian Grimsgaard	
Bernadette Kumar	
Geir Nilsen	
Truls Velgaard	
Sigrun E. Vågeng	
Svein Øverland	

Fra brukerutvalget møtte:

Rune Kløvtveit
Nina Roland

Følgende fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Cathrine M. Lofthus
Direktør styre- og eieroppfølging Tore Robertsen
Konserndirektør Atle Brynestad, kst. fagdirektør Geir Bøhler, økonomidirektør Hanne Gaaserød og kommunikasjonsdirektør Gunn Kristin Sande

Saker som ble behandlet:

094-2017	GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE
----------	---------------------------------------

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

095-2017	GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA STYREMØTE 14. SEPTEMBER 2017
----------	--

Styrets enstemmige

VEDTAK

Protokoll fra styremøte 14. september 2017 godkjennes.

096-2017	KVALITETS-, AKTIVITETS- OG ØKONOMIRAPPORT PER SEPTEMBER 2017
----------	---

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar kvalitets-, aktivitets- og økonomirapporten per september 2017 til etterretning.

097-2017	AKTIVITETS-, KVALITETS- OG ØKONOMIRAPPORT PER ANDRE TERTIAL 2017
----------	---

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar aktivitets-, kvalitets- og økonomirapport per andre tertial 2017 til etterretning.

098-2017	DIGITAL FORNYING – RAPPORT PER ANDRE TERTIAL 2017
----------	---

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar status per andre tertial 2017 for gjennomføringen av Digital fornying til orientering.

099-2017	ANSKAFFELSE AV NYE FORSIKRINGSAVTALER INNENFOR PERSON- OG SKADEFORSIKRINGER
----------	---

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar redegjørelsen om pågående anskaffelse av forsikringsløsninger for å ivareta foretaksgruppens aktiva, ansvar og avtaleforpliktelser til orientering.

100-2017	ORIENTERINGSSAK: ÅRSPLAN STYRESAKER 2017 OG 2018
----------	--

Styrets enstemmige

VEDTAK

Årsplan styresaker tas til orientering.

101-2017	ORIENTERINGSSAK: DRIFTSORIENTERINGER FRA ADMINISTRERENDE DIREKTØR
----------	---

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Andre orienteringer

1. Styreleder orienterer
2. Foreløpig protokoll fra brukerutvalget 2. og 3. oktober 2017

Temasaker:

- IKT-infrastruktur og informasjonssikkerhet
v/direktør Torgeir Waterhouse, IKT-Norge
- Utredning av ventetidsregistrering i spesialisthelsetjenesten
Helsedirektoratets rapport av 3. mai 2017 – rapport vedlagt
v/konst. fagdirektør Geir Bøhler

Møtet hevet kl 1500

Oslo, 19. oktober 2017

Ann-Kristin Olsen
Styreleder

Anne Cathrine Frøstrup
nestleder

Eyolf Bakke

Kirsten Brubakk

Christian Grimsgaard

Bernadette Kumar

Geir Nilsen

Truls Velgaard

Sigrun E. Vågeng

Svein Øverland

Tore Robertsen
styresekretær

Møteprotokoll

Styre:	Helse Sør-Øst RHF
Møtested:	Møtesenteret Grev Wedels plass 5, Oslo
Dato:	Styremøte 16. november 2017
Tidspunkt:	KI 0915-1600

Følgende medlemmer møtte:

Ann-Kristin Olsen	Styreleder
Anne Cathrine Frøstrup	Nestleder
Eyolf Bakke	
Kirsten Brubakk	
Christian Grimsgaard	
Bernadette Kumar	
Geir Nilsen	
Truls Velgaard	
Sigrun E. Vågeng	Forfall
Svein Øverland	

Fra brukerutvalget møtte:

Rune Kløvtveit
Nina Roland

Følgende fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Cathrine M. Lofthus
Direktør styre- og eieroppfølging Tore Robertsen
Konserndirektør Atle Brynestad, kst. fagdirektør Geir Bøhler, økonomidirektør Hanne Gaaserød og kommunikasjonsdirektør Gunn Kristin Sande

Saker som ble behandlet:

102-2017	GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE
-----------------	--

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

103-2017	GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA STYREMØTE 19. OKTOBER 2017
-----------------	--

Styrets enstemmige

VEDTAK

Protokoll fra styremøte 19. oktober 2017 godkjennes.

104-2017	KVALITETS-, AKTIVITETS- OG ØKONOMIRAPPORT PER OKTOBER 2017
-----------------	---

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar kvalitets-, aktivitets- og økonomirapporten per oktober 2017 til etterretning.

105-2017	BUDSJETT 2018 – FORDELING AV MIDLER TIL DRIFT OG INVESTERING
-----------------	---

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret slutter seg til de premisser, mål og prioriteringer, samt fordeling av faste inntekter for 2018 som fremkommer i administrerende direktørs saksfremstilling.
2. Følgende krav gjelder for 2018
 - Samlet vekst i pasientbehandlingen skal være omlag 2 % fra 2017 til 2018.

- Vekst i ISF- finansiert pasientbehandling skal være om lag 1,6 %.
 - Veksten i pasientbehandlingen innen psykisk helsevern for barn og unge og innen psykisk helsevern for voksne samt for tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være høyere hver for seg enn innen somatikk på regionnivå. Det enkelte helseforetak og sykehus skal i sine aktivitets-, bemannings- og kostnadsbudsjetter og ved sin planlegging med hensyn til utvikling av ventetider legge til rette for at dette kravet innfris.
 - Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern.
3. Helseforetakenes og sykehusenes inntektsrammer for 2018, herunder ISF-refusjoner, forskningsmidler, vilkår for bevilgningen, resultatkrav, aktivitetskrav, øvrige styringskrav og rammebetingelser vil bli fastsatt i oppdrag- og bestillingsdokumentene for 2018.
4. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å:
- Fordele inntektsrammer
 - Til de private ideelle sykehusene Betanien Hospital, Martina Hansens Hospital og Revmatismesykehuset
 - Internt i Telemark og Vestfold sykehusområde mellom Sykehuset i Vestfold HF og Sykehuset Telemark HF
 - Internt i Oslo sykehusområde mellom Oslo universitetssykehus HF, Sunnaas sykehus HF, Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus
 - Foreta eventuelle budsjettkorrigeringer gjennom året, blant annet som følge av nye bevilgninger eller føringer fra eier, styrevedtak i Helse Sør-Øst RHF, tekniske justeringer som følge av feilbudsjetteringer med videre
 - Inngå avtaler om kjøp av helsetjenester fra private tilbydere i tråd med gjeldende prioriteringer og føringer
 - Øke antallet hjemler for private avtalespesialister i tråd med kravene fra eier
 - Oppta investeringslån fra Helse- og omsorgsdepartementet knyttet til
 - Oppgraderings- og vedlikeholdsinvesteringer ved Oslo universitetssykehus HF med inntil 334 millioner kroner
 - Tønsbergprosjektet ved Sykehuset i Vestfold HF med inntil 480 millioner kroner
 - Nytt psykiatribygg ved Sørlandet sykehus HF med inntil 160 millioner kroner.
 - Nytt sykehus i Drammen ved Vestre Viken HF med inntil 425 millioner kroner
 - Nytt klinikkbygg ved Oslo universitetssykehus Radiumhospitalet med inntil 90 millioner kroner
5. Det legges til grunn at følgende allerede iverksatte investeringsprosjekter videreføres i 2018:
- Tønsbergprosjektet ved Sykehuset i Vestfold HF videreføres med inntil 663 millioner kroner, hvorav 464 millioner kroner er ekstern lånefinansiering.
 - Oslo universitetssykehus HF viderefører omstillingsinvesteringer (samlokalisering fase I) med inntil 85 millioner kroner.

- Oppgraderings- og vedlikeholdsinvesteringer ved Oslo universitetssykehus HF videreføres med inntil 450 millioner kroner, hvorav 315 millioner kroner er ekstern lånefinansiering. Resterende finansiering dekkes av foretakets egne midler.

Videre foreslås følgende prosjekt prioritert med tilførsel av regional likviditet i 2018:

- Sørlandet sykehus HF: Inntil 36 millioner kroner til forprosjektfase for Nytt psykiatribygg
 - Vestre Viken HF: 160 millioner kroner knyttet til forprosjektfase for nytt sykehus i Drammen. I tillegg er det tatt budsjettmessig hensyn til eventuelle tomteknader. Dette delfinansieres av ekstern lånefinansiering til prosjektet.
 - Helse Sør-Øst RHF: Samlet inntil 155 millioner kroner i investeringsmidler til utredningskostnader til følgende prosjekter:
 - Videre utredning av ny Regional sikkerhetsavdeling (RSA), Oslo universitets-sykehus HF.
 - Forprosjektfase for nytt klinikkbygg Radiumhospitalet, Oslo universitetssykehus HF.
 - Konseptfaser for Aker og Gaustad i forbindelse med videreutvikling av Oslo universitetssykehus HF.
6. Satsningen på digital fornying videreføres i 2018, ved at det som en planleggingsforutsetning reserveres inntil 590 millioner kroner til investering og inntil 99 millioner kroner til driftskostnader. Endelig disponering av likviditet til Digital fornying i 2018 må sees i sammenheng med den pågående gjennomgangen av prosjektene med hensyn på tidsplaner og ressursbruk for å sikre et akseptabelt risikonivå. Det vil også måtte reserveres nødvendig likviditet til gjennomføring av infrastrukturmoderniseringsprogrammet.
7. Det reserveres en regional resultatbuffer på 350 millioner kroner. I tillegg reserveres det inntil 200 millioner kroner til økning av sentral risikobuffer for eventuelle økte investeringsbehov.

Protokolltilførsel fra styremedlemmene Brubakk, Grimsgaard og Øverland:

Vi har lagt bak oss en lang periode med årsviss produktivitetsøkning i sykehusene. For å håndtere nye krav – og øket behandlingsaktivitet – vil sykehusene være avhengige av å oppnå ytterligere produktivetsforbedringer. Etter en lengre periode med stram økonomistyring har en rekke tiltak blitt utsatt, og det er et etterslep i investeringene som kan bidra til styrket produktivitet. I mange sykehus svekkes driften av knappe arealer, manglende funksjonalitet og kapasitet innen IKT og øvrige støttetjenester, og flaskehalsar knyttet til utdatert eller mangel på medisinsk teknisk utstyr.

Ansatte i sykehusene har over tid meldt fra om at det er krevende å gjennomføre ytterligere produktivetsforbedringer uten at arbeidsbetingelsene styrkes. En gjennomgang av arealbruk, alder på medisinsk teknisk utstyr, mangler innen IKT feltet og øvrige støttefunksjoner, vil kunne bidra til en bedre forståelse av hvilke tiltak som bør iverksettes for å bedre arbeidsbetingelsene for ansatte i sektoren.

106-2017	REVIDERT REGIONAL STRATEGI FOR KVALITET, PASIENTSIKKERHET OG HMS
----------	--

Styrets enstemmige

VEDTAK

Regional strategi for kvalitet, pasientsikkerhet og HMS godkjennes med de innspill som ble gitt i møtet og gjøres gjeldende fra 2018.

107-2017	INNSPILL TIL STATSBUJSJETT FOR 2019
----------	-------------------------------------

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret slutter seg til den foreliggende vurdering av aktivitetsforutsetninger for somatiske tjenester, psykisk helsevern og tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere, som innspill til statsbudsjett for 2019.
2. Styret ber videre om at følgende forhold vurderes nærmere i forbindelse med statsbudsjett for 2019:
 - Kostbare legemidler/behandlingsmetoder
 - Finansiering av investeringer
 - Gjennomgang av tredjepartsfinansiering
 - Endring i spesialistutdanning og spesialiststruktur for leger
 - Nasjonal innsats for økt digitalisering i helsetjenesten
3. Styret ber om at innspillet oversendes Helse- og omsorgsdepartementet.

Protokolltilførsel fra styremedlemmene Brubakk, Grimsgaard og Øverland:

Myndighetskrav og oppdragsdokumentet legger føringer for utvikling og aktiviteten i spesialisthelsetjenesten. En avgjørende forutsetning for å nå de politiske målsetningene er at de sektoren gis de nødvendige økonomiske rammer.

I innspillet til statsbudsjettet anføres at Det vil samtidig være behov for vekst i spesialisthelsetjenesten. Det vil være behov for økte investeringer i bygninger, teknologi og utstyr, samt økt innsats innen forskning, innovasjon og utvikling. En fortsatt effektivisering av daglig drift vil være et viktig bidrag for å få til dette. Innen somatiske helsetjenester vil dagbehandling og poliklinisk aktivitet fortsatt måtte øke, samtidig som gjennomsnittlig liggetid for døgnpasienter forventes å gå ned.

I sykehusene har vi lagt bak oss en lang periode med produktivitetsøkning. I mange sykehus svekkes driften av utsatte investeringer, knappe arealer, manglende funksjonalitet og kapasitet innen IKT og øvrige støttetjenester, og flaskehals knyttet til utdatert eller mangel på medisinsk teknisk utstyr.

Etter ansattes vurdering er det lite realistisk å legge til grunn at en fortsatt effektivisering skal danne grunnlaget for investeringer og satsning innen forskning, innovasjon og utvikling. En ytterligere effektivisering må tvert i mot forutgå av investeringer som muliggjør ytterligere forbedringer i den daglige driften. Videre anses det som lite realistisk – og heller ikke ønskelig – å planlegge med ytterligere reduksjon i liggetiden. Liggetiden er allerede kort, og i de senere årene har andelen re-innleggelses økt. Etter ansattes syn vil en ytterligere generell nedgang i liggetid svekke kvaliteten

108-2017	NASJONALT SYSTEM FOR INNFORING AV NYE METODER – OPPDATERING ETTER STORTINGETS BEHANDLING AV MELDING OM PRIORITERING - STORTINGSMELDING 34
----------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret tar informasjonen om nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten til orientering.
2. Styret slutter seg til oppdaterte prinsipper for vurdering og innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten som presentert i saken.
3. Styret legger til grunn at de regionale helseforetakene i sine avtaler med private aktører forutsetter etterlevelse av beslutningene som er tatt hva gjelder innføring av nye metoder.
4. Styret understreker betydningen av et tett samarbeid mellom de regionale helseforetakene for å sikre pasienter i hele landet samme tilgang til nye metoder.

109-2017	AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS HF – AVHENDING AV EIENDOMMEN VED SKI SYKEHUS, VARDÅSVEIEN 3, 1400 SKI, GNR. 132, BNR. 20 I 0213 SKI KOMMUNE
----------	---

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret i Helse Sør-Øst RHF oversender anmodning fra Akershus universitetssykehus HF om samtykke til salg av eiendommen ved Ski sykehus, Vardåsveien 3, 1400 Ski, gnr. 132, bnr. 20 i 0213 Ski kommune til foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF for behandling.
2. Styret legger til grunn at Ski kommune, i tråd med intensjonene i Samhandlingsreformen, kjøper eiendommen i henhold til vedtak i kommunestyret 27. september 2017.
3. Styret legger til grunn at salget gjennomføres slik at kjøper forplikter seg til å leie arealer tilbake til Akershus universitetssykehus HF for helseforetakets videre drift i eiendommen.
4. Friggjort likviditet kan benyttes til nedbetaling av gjeld, til investeringer i varige driftsmidler eller til rehabilitering og verdibevarende vedlikehold av bygninger som er nødvendig for klinisk drift.
5. Akershus universitetssykehus HF gis fullmakt til å inngå avtale med Ski kommune om å leie ca 3100 kvm i den samme bygningsmassen, innenfor en varighet på 10 år, med opsjoner på videre leie i 5 + 5 år.

6. Styret presiserer at Akershus universitetssykehus HF har ansvaret for at avhendingen gjennomføres korrekt og bærer all risiko knyttet til avhendingen.

110-2017	ADMINISTRERENDE DIREKTØRS ARBEIDSAVTALE - LØNNSREGULERING
----------	--

Saken ble behandlet i lukket møte, jf helseforetakslovens § 26 a 1.

Styrets vedtak fremgår av B-protokoll

111-2017	ORIENTERINGSSAK - STATUS IKT-INFRASTRUKTURMODERNISERING OG ARBEIDET MED INFORMASJONSSIKKERHET I HELSE SØR-ØST
----------	--

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar redegjørelsen om status IKT-infrastrukturmodernisering og arbeidet med informasjonssikkerhet til orientering.

112-2017	ORIENTERINGSSAK: STYRESAKER I HELSE SØR-ØST RHF – STATUS OG OPPFØLGING
----------	---

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar den fremlagte oversikten over status og oppfølging av styrevedtak til og med oktober 2017 til orientering.

113-2017	ORIENTERINGSSAK: ÅRSPLAN STYRESAKER 2017 OG 2018
----------	---

Styrets enstemmige

VEDTAK

Årsplan styresaker tas til orientering.

114-2017

**ORIENTERINGSSAK: DRIFTSORIENTERINGER FRA
ADMINISTRERENDE DIREKTØR**

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Andre orienteringer

1. Styreleder orienterer
2. Foreløpig protokoll fra brukerutvalget 16. og 17. oktober 2017
3. Foreløpig protokoll fra møte i revisjonsutvalget 18. oktober 2017

Temasak:

- Informasjonssikkert. Innledning ved Sofie Nystrøm, direktør NTNU, CCIS

Møtet hevet kl 1550

Oslo, 16. november 2017

Ann-Kristin Olsen
Styreleder

Anne Cathrine Frøstrup
nestleder

Eyolf Bakke

Kirsten Brubakk

Christian Grimsgaard

Bernadette Kumar

Geir Nilsen

Truls Velgaard

Sigrun E. Vågeng

Svein Øverland

Tore Robertsen
styresekretær

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 tjenestestutsette 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 avhjelpes, 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 ekstern 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 ekstern 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

Datatilsynet
Postboks 8177 Dep
0034 OSLOVår ref:
17/16579-2
Oppgis ved all henvendelseDeres ref:
16/01531Saksbeh.:
Heidi ThorstensenDato:
05.12.2017

16/01531 Svar på varsel om vedtak - Overtredelsesgebyr - OUS

Det vises til varsel om vedtak av 24/10-2017 om overtredelsesgebyr i forbindelse med beslutning om å legge drift av helseregionens IKT-infrastruktur til ekstern leverandør.

Oslo universitetssykehus HF har gjennomgått grunnlaget for Datatilsynets varsel og har ingen innsigelser til at foretaket, som databehandleransvarlig, har et selvstendig ansvar. Oslo universitetssykehus har imidlertid enkelte merknader som bes tatt i betraktning i vurdering, utforming og utmåling av det endelige vedtaket.

Strukturelle forhold – felles i regionen

Helse Sør-Øst RHF har etablert Sykehuspartner HF som en felles leverandør av IKT-tjenester for foretakene. Dette er regulert i tjenesteavtalen og databehandleravtalen mellom de enkelte helseforetakene og Sykehuspartner. Oslo universitetssykehus har fullt ansvar som databehandlingsansvarlig, og Sykehuspartner er hoveddatabehandler og har en rekke underleverandører som refereres til som underleverandørdatabehandlere.

Sykehuspartner har ved inngåelse av avtale med underleverandør, fremdeles hovedansvaret som databehandler, og får et utvidet kontrollspenn i rollen som hoveddatabehandler. Dette innebærer at selv etter overføring av deler av driften fra Sykehuspartner til underleverandør, vil Sykehuspartner fremdeles være hovedansvarlig for driften. Dette omfatter at Sykehuspartner selv vil være ansvarlig for tilgangsstyring, og har 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 outsourcing. I henhold til inngått avtale vil det først etter gjennomført risikovurdering og at databehandlingsansvarlig kan akseptere restrisiko, kunne gjøres endringer i dette.

Oslo universitetssykehus har tatt til etterretning Datatilsynets vurdering om at foretaket, som databehandlingsansvarlig, burde vært mer aktiv med vurderinger og beslutninger i prosessen med å inngå avtale og etablere underleverandør for Sykehuspartner. Vi følger opp dette og vil innføre forbedringer i system og rutiner på informasjonssikkerhet og personvernområdet som denne saken har synliggjort, slik at Oslo universitetssykehus databehandlingsansvar hensyntas, selv ved regionale løsninger og tjenester.



Vår dato
05.12.2017

Vår referanse
17/16579-2

Til orientering er det videre påbegynt et felles arbeid i regionen der foretakenes selvstendighet og ansvar skal sikres formelt og reelt, herunder tydeliggjøre og styrke metoden for gjennomføring av risikovurderinger, inkludert vurdering i det enkelte helseforetak om restrisiko kan aksepteres eller om det er behov for ytterligere tiltak. Oslo universitetssykehus vil i den forbindelse også gjennomgå avtalen med Sykehuspartner sett hen til dette med nødvendige oppfølgingspunkter.

Ved innføring av nye applikasjoner, er det etablert gjennomføring av risikovurderinger hvor hvert enkelt foretak må gjøre sine vurderinger, herunder vurdere om restrisiko kan aksepteres. Dette skal ytterligere dokumenteres og sikres, herunder prosess, slik at Oslo universitetssykehus databehandlingsansvar hensyntas, selv ved regionale løsninger og tjenester.

Virksomhetsoverdragelsen ble utsatt uavhengig av medieomtale

Det vises til punkt 7.2.7 *Andre reaksjoner? Vurdering av §29g*) i mottatt brev hvor det står: *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.*

Vi vil presisere at virksomhetsoverdragelsen ble utsatt av faglige grunner og ikke av mediernes oppmerksomhet. Virksomhetsoverdragelse var planlagt gjennomført 1. mai 2017. Forutsetning for gjennomføring av virksomhetsoverføringen var 19 definerte kriterier som skulle vurderes og gi grunnlaget for om man var klar til virksomhetsoverdragelse eller ikke. Virksomhetsoverdragelse ble besluttet utsatt 20. april 2017, basert på blant annet at informasjonssikkerhetskriteriet ikke var tilfredsstillende imøtekommet.

Drift av dagens infrastruktur

Under punkt 6.3.3 *Opplysninger fremkommet i saken* står det at ...noen av representantene fra de ulike helseforetak var bekymret som følge av risiko knyttet til å *legge driften til Bulgaria.*

Vi gjør oppmerksom på at etter 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, på side 5 i vårt brev til Datatilsynet 15. juni 2017 viste vi til at i avtalen med underleverandør, er Oslo universitetssykehus sikret kontroll med risikovurderingene og eventuell aksept av restrisiko ved behandling av personopplysninger utenfor Norge, se avtalens Appendix 1-A-6 punkt 2.1. Dette bidrar til å sikre Oslo universitetssykehus kontroll med informasjonssikkerheten, jf. for eksempel databehandleravtalen punkt 3.

Tilsynets henvisning til helseforetakenes vurdering av krav til tidspunkt for risikovurdering

Under punkt 5.4 *Helseforetakenes redegjørelse*, avsnitt 3 i varselet er det gjort et feilsitat fra vårt brev 15. juni 2017. Her står det at ... 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.

I Oslo universitetssykehus sitt brev av 15. juni i år står det: "Risikovurdering må foretas *før behandling av personopplysninger iverksettes* eller *før man iverksetter endring* som kan ha betydning for informasjonssikkerheten." Dette innebærer at før endringer i tjenester og drift kan gjennomføres, skal Oslo universitetssykehus kunne akseptere restrisiko. Enhver endring som påvirker informasjons-



Vår dato
05.12.2017

Vår referanse
17/16579-2

sikkerheten kan dermed først gjennomføres av Sykehuspartner og dennes underleverandører dersom Oslo universitetssykehus aksepterer restrisiko ved endring.

Tilgangskontroll

Det vises til punkt 6.2.3 *Datatilsynets vurdering/Tilgangen som ble gitt til tjenesteleverandør i Bulgaria* der det på slutten av første avsnitt er skrevet: *Det er derfor uklart om opplysninger har kommet på avveie eller ikke.*

Med referanse til PwC rapporten fra eksternt gjennomgang av programmet for modernisering av IKTinfrastruktur (iMod) i juni, er det ingen indikasjoner eller bevis på at det har vært misbruk eller forsøk på misbruk av tilgang til helseopplysninger. Dette er også konklusjonen etter Sykehuspartners interne gjennomgang. Uttalelsen er basert på grundig gjennomgang av de logger som finnes.

Ytterligere kan vi opplyse at det ikke er oppdaget fravær av tjenester.

Sykehuspartner sin analyseplattform har en sentral funksjon for å sikre infrastrukturen og data i Helse Sør-Øst og oppdage tidlig kompromitterende angrep i tidlig fase. Så langt og i meget stor grad har Sykehuspartner avverget ondsinnede angrep, herunder WannaCry-viruset som i mai i år hadde flere suksessfulle angrep mot engelske sykehus.

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

Oslo universitetssykehus har et omfattende styringssystem for informasjonssikkerhet. Området er organisert i en egen avdeling i direktørens stab med 6 ansatte. Sykehusets styringssystem for informasjonssikkerhet har vært behandlet i foretakets ledermøte, og er besluttet av administrerende direktør. Alle prosedyrer, instruksjer, skjema m.m. som gjelder Oslo universitetssykehus, er publisert i foretakets dokumentstyringssystem eHåndboken, tilgjengelig for alle ansatte i intranettet. Nivå 1 dokumenter, som gjelder hele foretaket, er også publisert på Internett.

Oslo universitetssykehus har i databehandleravtalen med Sykehuspartner etablert og dokumentert et sikkerhetsrammeverk for helseforetakets personopplysninger hos databehandler. For eksempel kan ikke databehandler uten avtale med databehandlingsansvarlig overlate personopplysninger til andre, jf. også personopplysningsloven § 15. Databehandler har et selvstendig ansvar for å påse at behandling av personopplysningene skjer i overensstemmelse med kravene til informasjonssikkerhet i pasientjournalloven § 22 med mer. Bare de som har reelt behov for tilgang til systemet og informasjonen, skal få tilgang. Dersom tredjepart eller underleverandør skal ha tilgang til systemet, skal slik bruk dokumenteres i egen underleverandørdatabehandleravtale. En underleverandør skal utføre oppgaver på samme måte som om databehandler selv stod for utførelsen av disse. Databehandleravtalen med Sykehuspartner inngås hvert år og undertegnes av administrerende direktør.

Som vist ovenfor, har Oslo universitetssykehus en sikkerhetsledelse på personvern- og informasjonssikkerhetsområdet, hvor ansvars- og myndighetsforhold er dokumentert og øverste ledelse er involvert. Det er etablert reguleringer og tiltak for å sikre foretakets ansvar for og kontroll på personopplysninger. Disse gjelder også i forbindelse med at databehandler inngikk kontrakt med en underleverandør.



Vår dato
05.12.2017

Vår referanse
17/16579-2

Forberedelse til ny personvernregulering

Oslo universitetssykehus finner det naturlig i denne sammenheng å informere om arbeider med å forberede overgang til ny personvernregulering, herunder arbeid med å sikre:

- Oversikt over hvilke databehandlinger som gjennomføres og hvilket hjemmelsgrunnlag disse har
- Gjennomførte risikovurderinger av løsninger og infrastruktur
- Oversikt over leverandørtilganger, herunder risikovurderinger og databehandleravtaler
- Gjennomgang og oppgradering av rutiner og prosedyrer, herunder tilgang for leverandører
- Prosedyrer og rutiner for gjennomføring av databehandleravtaler og personvernkonsekvensvurderinger. Dette arbeidet er Sykehuspartner sentral i for å sikre felles rutiner og prosedyrer i regionen, samtidig som prosessene skal sikre at den enkelte databehandlingsansvarlig kan ivareta sitt ansvar, herunder å ikke akseptere hva som vurderes som for høy restrisiko.

Foretaksmodellen og håndtering av databehandlingsansvaret

Helseforetaksstrukturen utfordrer i noen grad databehandlingsansvaret som tilligger helseforetakene i det føringer og beslutninger for helseforetakene som har en direkte konsekvens for databehandlingsansvaret, også vil tas av sentrale myndigheter og Helse Sør-Øst RHF som eier. Dette fremkommer også som en problemstilling som anbefales for videre utredning i rapporten «Informasjonssikkerhet ved bruk av private leverandører i helse- og omsorgstjenesten», utgitt av direktoratet for e-helse desember 2017.

Inntil eventuelle endringer gjennomføres, vil det likevel kunne sikres en forsvarlig håndtering av databehandlingsansvaret, ved at vurdering av restrisiko gjennomføres slik at hvert helseforetak gjør egen vurdering og eventuelt stiller krav om forbedringstiltak. Først når restrisiko kan aksepteres av alle databehandlingsansvarlige, gjennomføres endring eller innføres løsning.

Vurdering av om gebyr skal ilegges og vurdering av gebyrets størrelse

Vi håper opplysningene i dette brevet synliggjør at det er formildende omstendigheter for helseforetaket som Datatilsynet vil legge vekt på i sin vurdering av overtredelsesgebyret og gebyrets størrelse.

Oslo universitetssykehus har stor oppmerksomhet på informasjonssikkerhet og personvern og et omfattende styringssystem knyttet til dette. Foretaket er underlagt et regionalt system for IKT, men samtidig innehar databehandleravtalen betingelser for å sikre egen kontroll med informasjonssikkerheten. Oslo universitetssykehus mener heller ikke å ha hatt noen interesse eller fordeler som har medvirket til at vi har unnlatt å gjøre en egen risikovurdering når databehandler har inngått avtale med en underleverandør. Ved vurderingen av alvorligheten av overtredelsen, omtaler ikke varselet skadeomfanget. Intern gjennomgang hos databehandler og ekstern gransker viser ingen indikasjoner eller bevis på at det har vært misbruk eller forsøk på misbruk av tilgang til helseopplysninger, eller at disse har kommet på avveie.

For øvrig kommenteres at innholdet i varselet er bredt anlagt og at det påpekes at overtredelsesgebyr gis det enkelte foretak, og utmålingen skal skje individuelt jf. forvaltningsloven kapittel IX. Ved vurderingen av overtredelsesgebyrets størrelse omtaler varselet verdien av avtalen den regionale databehandleren har inngått med underleverandør. For ordens skyld bemerkes det at avtalen omfatter hele regionen og ikke bare Oslo universitetssykehus.



Vår dato
05.12.2017

Vår referanse
17/16579-2

Oslo universitetssykehus tar saken på største alvor og det er, som nevnt over, allerede iverksatt arbeid med tiltak og forbedringer for å følge opp de forhold som er påpekt av Datatilsynet.

Med vennlig hilsen
Oslo universitetssykehus

Bjørn Erikstein
Administrerende direktør

Lisbeth Sommervoll
Viseadministrerende direktør

Dette dokumentet er elektronisk godkjent og sendes ut uten signatur



PROTOKOLL

Møtetema: **Brukerutvalgsmøte 23. oktober 2017 kl 13.00-17.00**

Til: Brukerutvalget ved OUS

Kopi: Kari Skredsvig, Anne Margrethe Svanes

Dato dok: 26.10.2017

Dato møte: 23.10.2017

Referent: Stine Arntzen Selfors

Tilstede: Tove Nakken, Solveig Rostøl Bakken, Mari Ourom, Marius Korsell, Anne Giertsen, Brita Rønnebech Bølgen, Susan Smerkerud, Pål Kjeldsen, Twinkle Dawes, Stine B. Dybvig, Arne Olav G. Hope, Fra OUS: Kari Skredsvig, Stine A. Selfors

Forfall: Kjell Silkoset, Kim Fangen,

Sak nr	
40/2017	<p>Godkjenning av innkalling og agenda</p> <p>Vedtak Innkalling og agenda er godkjent</p>
41/2017	<p>Direktørens time Administrerende direktør svarte på innsendte spørsmål.</p> <p>Vedtak Tas til orientering</p>
42/2017	<p>Styremøtesaker Gjennomgang av styremøtesaker. Brukerutvalgets årlige møte med styret er på torsdag. Tove Nakken, Kim Fangen og Brita Bølgen presenterer aktuelle saker for styret.</p> <p>Vedtak Brukerutvalget stiller på styremøtet 26.10.17</p>
43/2017	<p>Orienteringssaker</p> <ul style="list-style-type: none"> - Møteplan 2018 - Taushetserklæring for nye brukerrepresentanter signert - Månedstema for Ekspertsykehuset - Erfaringsmøte med Pasient- og brukerombudet 30.10.17 - Brukerseminar arrangert av Brukerrådet i KPHA 20.11.17 - Regional samling for ledere, nestledere og koordinatore av brukerutvalg 7.-8. nov - <p>Vedtak Tas til orientering</p>

44/2017	<p>Ønske om nasjonale e-konsultasjonstakster Etter innspill fra Adm dir om eksiterende takster for telemedisinske konsultasjoner, gjøres det en endring på brevet før det sendes Helse- og omsorgsministeren</p> <p>Vedtak Brevet revideres før det sendes Helse- og omsorgsministeren</p>
45/2017	<p>Konferanser, råd og prosjekter Fordeling av oppgaver til nye medlemmer: Brukerrådet, Barne- og ungdomsklinikken - Anne Giertsen Brukerrådet, Hjerte-, lunge-, karklinikken -Twinkle Dawes Brukerrådet, Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon - Arne O. Hope Brukerrådet, Medisinsk klinikk - Solveig Rostøl Bakken Brukerutvalget, Aker helsearena - Arne O. Hope Læringsnettverk for pasientforløp - Solveig Rostøl Bakken Pasientsikkerhet- og kvalitetsutvalget, Prehospital klinikk - Marius Korsell Regionalt forskningsnettverk stråleterapi av kreft, referansegruppe - Pål Kjeldsen Vel hjem – prosjektgruppe - Solveig Rostøl Bakken Utvalg for koordinering av pasforløp, fagpros og pasinformasjon - Susan Smerkerud Forum for pasient- og pårørendeopplæring – Mari Ourom</p> <p>Vedtak Medlemmene i brukerutvalget har fordelt representasjonsoppgaver. Koordinator melder inn nye representanter til aktuelle utvalg.</p>
46/2017	<p>Eventuelt Ingen saker meldt</p>
47/2017	<p>Utviklingsplan Orientering om og innspill til utviklingsplanen for Oslo universitetssykehus.</p> <p>Vedtak Brukerutvalget lager et notat med innspill til utviklingsplanen.</p>

PROTOKOLL

Møtetema: **Brukerutvalgsmøte 20. november 2017 kl 13.00-17.00**

Til: Brukerutvalget ved OUS

Kopi: Kari Skredsvig, Anne Margrethe Svanes

Dato dok: 20.11.2017

Dato møte: 20.11.2017

Referent: Stine Arntzen Selfors

Tilstede: Tove Nakken, Kjell Silkoset, Solveig Rostøl Bakken, Marius Korsell, Anne Giertsen, Susan Smerkerud, Pål Kjeldsen, Twinkle Dawes, Stine B. Dybvig, Arne Olav G. Hope. Fra Brukerutvalget HSØ: Knut Magne Ellingsen. Fra OUS: Kari Skredsvig, Stine A. Selfors

Forfall: Kim Fangen, Mari Ourom, Brita Rønnebech Bølgen.

Sak nr	
49/2017	<p>Godkjenning av innkalling og agenda</p> <p>Vedtak Innkalling og agenda er godkjent</p>
50/2017	<p>Direktørens time Følgende saker ble diskutert:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kurdøgnfinansiering av pasienter på Geilomo - Tilrettelegging for rullestolbrukere på sykehotellet på Rikshospitalet. - Oppstart av konseptfase for nye sykehus på Aker og Gaustad - Regional sikkerhetsavdeling -Ønske om at brukerutvalget OUS og Brukerutvalget HSØ samkjører sine innspill - Helseinovasjoner - Autolog stamcelletransplantasjon for MS-pasienter på Haukeland sykehus og Oslo universitetssykehus <p>Vedtak Tas til orientering</p>
51/2017	<p>Erfaringsutveksling Brukerutvalgets medlemmer har i perioden deltatt på bla</p> <ul style="list-style-type: none"> - Onkologisk forum - Styringsgruppe for nytt Radiumhospital - Biobank- og registerutvalget - Brukerråd i ortopedisk klinikk - Brukerråd i kvinneklinikken - Pasientsikkerhetsseminaret - Brukerråd i smerteklinikken - Prosjekt Vel hjem - Brukerråd i medisinsk klinikk - Læringsnettverket Gode pasientforløp - Brukerråd i barne- og ungdomsklinikken

	<p>Vedtak Tas til orientering</p>
52/2017	<p>Hvilke muligheter ligger i personvernlovgivningen som åpner for modernisering og digitalisering av Oslo universitetssykehus HF? Personvernombud og IT-sikkerhetsansvarlig Heidi Thorstensen orienterte om den nye personvernfordningen, GDPR (General Data Protection Regulation) som kommer til våren. Thorstensen snakket også om min journal, Helsenorge.no, kjernejournal og personlig helsearkiv.</p> <p>Vedtak Tas til orientering</p>
53/2017	<p>Brukerutvalgets innspill til utviklingsplan Gjennomgang av og kommentarer til utkastet til innspillene fra Brukerutvalget til Oslo universitetssykehus HF sin utviklingsplan 2035.</p> <p>Vedtak Utkastet sendes ut på en ny høringsrunde i brukerutvalget, før innspillene sendes inn til Oslo universitetssykehus HF.</p>
54/2017	<p>Innovasjonsstrategi for Oslo universitetssykehus HF Innovasjonsavdelingen samlet inn innspill til innovasjonsstrategi for OUS gjennom gruppearbeid.</p> <p>Vedtak Innovasjonsavdelingen tar med innspillene fra Brukerutvalget i utarbeidelsen av strategien.</p>
55/2017	<p>Møteplan 2018 Forslag til møteplan for 2018 fremlagt. Innkommet ønske om å flytte møtetiden fra kl 13-17 til 14-18. Enighet om å prøve ut nytt klokkeslett annen hver gang.</p> <p>Vedtak Møteplanen godkjennes, med endring av klokkeslett på hvert andre møte.</p>
56/2017	<p>Eventuelt Ingen saker</p>

Saksframlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret Helse Sør-Øst RHF	16. november 2017

SAK NR 103-2017

GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA STYREMØTE 19. OKTOBER 2017

Forslag til vedtak:

Protokoll fra styremøte 19. oktober 2017 godkjennes.

Oslo, 9. november 2017

Cathrine M. Lofthus
administrerende direktør

Møteprotokoll

Styre:	Helse Sør-Øst RHF
Møtested:	Møtesenteret Grev Wedels plass 5, Oslo
Dato:	Styremøte 19. oktober 2017
Tidspunkt:	KI 0915-1500

Følgende medlemmer møtte:

Ann-Kristin Olsen	Styreleder
Anne Cathrine Frøstrup	Nestleder
Eyolf Bakke	
Kirsten Brubakk	
Christian Grimsgaard	
Bernadette Kumar	
Geir Nilsen	
Truls Velgaard	
Sigrun E. Vågeng	
Svein Øverland	

Fra brukerutvalget møtte:

Rune Kløvtveit
Nina Roland

Følgende fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Cathrine M. Lofthus
Direktør styre- og eieroppfølging Tore Robertsen
Konserndirektør Atle Brynestad, kst. fagdirektør Geir Bøhler, økonomidirektør Hanne Gaaserød og kommunikasjonssjef Gunn Kristin Sande

Saker som ble behandlet:

094-2017	GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE
----------	---------------------------------------

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

095-2017	GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA STYREMØTE 14. SEPTEMBER 2017
----------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

Protokoll fra styremøte 14. september 2017 godkjennes.

096-2017	KVALITETS-, AKTIVITETS- OG ØKONOMIRAPPORT PER SEPTEMBER 2017
----------	---

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar kvalitets-, aktivitets- og økonomirapporten per september 2017 til etterretning.

097-2017	AKTIVITETS-, KVALITETS- OG ØKONOMIRAPPORT PER ANDRE TERTIAL 2017
----------	---

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar aktivitets-, kvalitets- og økonomirapport per andre tertial 2017 til etterretning.

098-2017

DIGITAL FORNYING – RAPPORT PER ANDRE TERTIAL 2017

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar status per andre tertial 2017 for gjennomføringen av Digital fornying til orientering.

099-2017

ANSKAFFELSE AV NYE FORSIKRINGSAVTALER INNENFOR
PERSON- OG SKADEFORSIKRINGER

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar redegjørelsen om pågående anskaffelse av forsikringsløsninger for å ivareta foretaksgruppens aktiva, ansvar og avtaleforpliktelser til orientering.

100-2017

ORIENTERINGSSAK: ÅRSPLAN STYRESAKER 2017 OG 2018

Styrets enstemmige

VEDTAK

Årsplan styresaker tas til orientering.

101-2017

ORIENTERINGSSAK: DRIFTSORIENTERINGER FRA
ADMINISTRERENDE DIREKTØR

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Andre orienteringer

1. Styreleder orienterer
2. Foreløpig protokoll fra brukerutvalget 2. og 3. oktober 2017

Temasaker:

- IKT-infrastruktur og informasjonssikkerhet
v/direktør Torgeir Waterhouse, IKT-Norge
- Utredning av ventetidsregistrering i spesialisthelsetjenesten
Helsedirektoratets rapport av 3. mai 2017 – rapport vedlagt
v/konst. fagdirektør Geir Bøhler

Møtet hevet kl 1500

Oslo, 19. oktober 2017

Ann-Kristin Olsen
Styreleder

Anne Cathrine Frøstrup
nestleder

Eyolf Bakke

Kirsten Brubakk

Christian Grimsgaard

Bernadette Kumar

Geir Nilsen

Truls Velgaard

Sigrun E. Vågeng

Svein Øverland

Tore Robertsen
styresekretær

Møteprotokoll

Styre: Helse Sør-Øst RHF
Møtested: Møtesenteret Grev Wedels plass 5, Oslo
Dato: Styremøte 16. november 2017
Tidspunkt: KI 0915-1600

Følgende medlemmer møtte:

Ann-Kristin Olsen	Styreleder	
Anne Cathrine Frøstrup	Nestleder	
Eyolf Bakke		
Kirsten Brubakk		
Christian Grimsgaard		
Bernadette Kumar		
Geir Nilsen		
Truls Velgaard		
Sigrun E. Vågeng		Forfall
Svein Øverland		

Fra brukerutvalget møtte:

Rune Kløvtveit
Nina Roland

Følgende fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Cathrine M. Lofthus
Direktør styre- og eieroppfølging Tore Robertsen
Konserndirektør Atle Brynestad, kst. fagdirektør Geir Bøhler, økonomidirektør Hanne Gaaserød og kommunikasjonsdirektør Gunn Kristin Sande

Saker som ble behandlet:

102-2017	GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE
----------	---------------------------------------

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

103-2017	GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA STYREMØTE 19. OKTOBER 2017
----------	--

Styrets enstemmige

VEDTAK

Protokoll fra styremøte 19. oktober 2017 godkjennes.

104-2017	KVALITETS-, AKTIVITETS- OG ØKONOMIRAPPORT PER OKTOBER 2017
----------	---

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar kvalitets-, aktivitets- og økonomirapporten per oktober 2017 til etterretning.

105-2017	BUDSJETT 2018 – FORDELING AV MIDLER TIL DRIFT OG INVESTERING
----------	---

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret slutter seg til de premisser, mål og prioriteringer, samt fordeling av faste inntekter for 2018 som fremkommer i administrerende direktørs saksfremstilling.
2. Følgende krav gjelder for 2018
 - Samlet vekst i pasientbehandlingen skal være omlag 2 % fra 2017 til 2018.

- Vekst i ISF- finansiert pasientbehandling skal være om lag 1,6 %.
 - Veksten i pasientbehandlingen innen psykisk helsevern for barn og unge og innen psykisk helsevern for voksne samt for tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være høyere hver for seg enn innen somatikk på regionnivå. Det enkelte helseforetak og sykehus skal i sine aktivitets-, bemannings - og kostnadsbudsjetter og ved sin planlegging med hensyn til utvikling av ventetider legge til rette for at dette kravet innfris.
 - Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern.
3. Helseforetakenes og sykehusenes inntektsrammer for 2018, herunder ISF-refusjoner, forskningsmidler, vilkår for bevilgningen, resultatkrav, aktivitetskrav, øvrige styringskrav og rammebetingelser vil bli fastsatt i oppdrag- og bestillingsdokumentene for 2018.
4. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å:
- Fordele inntektsrammer
 - Til de private ideelle sykehusene Betanien Hospital, Martina Hansens Hospital og Revmatismesykehuset
 - Internt i Telemark og Vestfold sykehusområde mellom Sykehuset i Vestfold HF og Sykehuset Telemark HF
 - Internt i Oslo sykehusområde mellom Oslo universitetssykehus HF, Sunnaas sykehus HF, Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus
 - Foreta eventuelle budsjettkorrigeringer gjennom året, blant annet som følge av nye bevilgninger eller føringer fra eier, styrevedtak i Helse Sør-Øst RHF, tekniske justeringer som følge av feilbudsjetteringer med videre
 - Inngå avtaler om kjøp av helsetjenester fra private tilbydere i tråd med gjeldende prioriteringer og føringer
 - Øke antallet hjemler for private avtalespesialister i tråd med kravene fra eier
 - Oppta investeringslån fra Helse- og omsorgsdepartementet knyttet til
 - Oppgraderings- og vedlikeholdsinvesteringer ved Oslo universitetssykehus HF med inntil 334 millioner kroner
 - Tønsbergprosjektet ved Sykehuset i Vestfold HF med inntil 480 millioner kroner
 - Nytt psykiatribygg ved Sørlandet sykehus HF med inntil 160 millioner kroner.
 - Nytt sykehus i Drammen ved Vestre Viken HF med inntil 425 millioner kroner
 - Nytt klinikkbygg ved Oslo universitetssykehus Radiumhospitalet med inntil 90 millioner kroner
5. Det legges til grunn at følgende allerede iverksatte investeringsprosjekter videreføres i 2018:
- Tønsbergprosjektet ved Sykehuset i Vestfold HF videreføres med inntil 663 millioner kroner, hvorav 464 millioner kroner er ekstern lånefinansiering.
 - Oslo universitetssykehus HF viderefører omstillingsinvesteringer (samlokalisering fase I) med inntil 85 millioner kroner.

- Oppgraderings- og vedlikeholdsinvesteringer ved Oslo universitetssykehus HF videreføres med inntil 450 millioner kroner, hvorav 315 millioner kroner er ekstern lånefinansiering. Resterende finansiering dekkes av foretakets egne midler.

Videre foreslås følgende prosjekt prioritert med tilførsel av regional likviditet i 2018:

- Sørlandet sykehus HF: Inntil 36 millioner kroner til forprosjektfase for Nytt psykiatribygg
 - Vestre Viken HF: 160 millioner kroner knyttet til forprosjektfase for nytt sykehus i Drammen. I tillegg er det tatt budsjettmessig hensyn til eventuelle tomtkostnader. Dette delfinansieres av ekstern lånefinansiering til prosjektet.
 - Helse Sør-Øst RHF: Samlet inntil 155 millioner kroner i investeringsmidler til utredningskostnader til følgende prosjekter:
 - Videre utredning av ny Regional sikkerhetsavdeling (RSA), Oslo universitetssykehus HF.
 - Forprosjektfase for nytt klinikkbygg Radiumhospitalet, Oslo universitetssykehus HF.
 - Konseptfaser for Aker og Gaustad i forbindelse med videreutvikling av Oslo universitetssykehus HF.
6. Satsningen på digital fornying videreføres i 2018, ved at det som en planleggingsforutsetning reserveres inntil 590 millioner kroner til investering og inntil 99 millioner kroner til driftskostnader. Endelig disponering av likviditet til Digital fornying i 2018 må sees i sammenheng med den pågående gjennomgangen av prosjektene med hensyn på tidsplaner og ressursbruk for å sikre et akseptabelt risikonivå. Det vil også måtte reserveres nødvendig likviditet til gjennomføring av infrastrukturmoderniseringsprogrammet.
7. Det reserveres en regional resultatbuffer på 350 millioner kroner. I tillegg reserveres det inntil 200 millioner kroner til økning av sentral risikobuffer for eventuelle økte investeringsbehov.

Protokolltilførsel fra styremedlemmene Brubakk, Grimsgaard og Øverland:

Vi har lagt bak oss en lang periode med årvisst produktivitetsøkning i sykehusene. For å håndtere nye krav – og øket behandlingsaktivitet – vil sykehusene være avhengige av å oppnå ytterligere produktivetsforbedringer. Etter en lengre periode med stram økonomistyring har en rekke tiltak blitt utsatt, og det er et etterslep i investeringene som kan bidra til styrket produktivitet. I mange sykehus svekkes driften av knappe arealer, manglende funksjonalitet og kapasitet innen IKT og øvrige støttetjenester, og flaskehals knyttet til utdatert eller mangel på medisinsk teknisk utstyr.

Ansatte i sykehusene har over tid meldt fra om at det er krevende å gjennomføre ytterligere produktivetsforbedringer uten at arbeidsbetingelsene styrkes. En gjennomgang av arealbruk, alder på medisinsk teknisk utstyr, mangler innen IKT feltet og øvrige støttefunksjoner, vil kunne bidra til en bedre forståelse av hvilke tiltak som bør iverksettes for å bedre arbeidsbetingelsene for ansatte i sektoren.

106-2017

REVIDERT REGIONAL STRATEGI FOR KVALITET,
PASIENTSIKKERHET OG HMS

Styrets enstemmige

VEDTAK

Regional strategi for kvalitet, pasientsikkerhet og HMS godkjennes med de innspill som ble gitt i møtet og gjøres gjeldende fra 2018.

107-2017

INNSPILL TIL STATSBUDEJETT FOR 2019

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret slutter seg til den foreliggende vurdering av aktivitetsforutsetninger for somatiske tjenester, psykisk helsevern og tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere, som innspill til statsbudsjett for 2019.
2. Styret ber videre om at følgende forhold vurderes nærmere i forbindelse med statsbudsjett for 2019:
 - Kostbare legemidler/behandlingsmetoder
 - Finansiering av investeringer
 - Gjennomgang av tredjepartsfinansiering
 - Endring i spesialistutdanning og spesialiststruktur for leger
 - Nasjonal innsats for økt digitalisering i helsetjenesten
3. Styret ber om at innspillet oversendes Helse- og omsorgsdepartementet.

Protokolltilførsel fra styremedlemmene Brubakk, Grimsgaard og Øverland:

Myndighetskrav og oppdragsdokumentet legger føringer for utvikling og aktiviteten i spesialisthelsetjenesten. En avgjørende forutsetning for å nå de politiske målsetningene er at de sektoren gis de nødvendige økonomiske rammer.

I innspillet til statsbudsjettet anføres at Det vil samtidig være behov for vekst i spesialisthelsetjenesten. Det vil være behov for økte investeringer i bygninger, teknologi og utstyr, samt økt innsats innen forskning, innovasjon og utvikling. En fortsatt effektivisering av daglig drift vil være et viktig bidrag for å få til dette. Innen somatiske helsetjenester vil dagbehandling og poliklinisk aktivitet fortsatt måtte øke, samtidig som gjennomsnittlig liggetid for døgnpasienter forventes å gå ned.

I sykehusene har vi lagt bak oss en lang periode med produktivitetsøkning. I mange sykehus svekkes driften av utsatte investeringer, knappe arealer, manglende funksjonalitet og kapasitet innen IKT og øvrige støttetjenester, og flaskehals er knyttet til utdatert eller mangel på medisinsk teknisk utstyr.

Etter ansattes vurdering er det lite realistisk å legge til grunn at en *fortsatt effektivisering* skal danne grunnlaget for investeringer og satsning innen forskning, innovasjon og utvikling. En ytterligere effektivisering må tvert i mot forutgå av investeringer som muliggjør ytterligere forbedringer i den daglige driften. Videre anses det som lite realistisk – og heller ikke ønskelig – å planlegge med ytterligere reduksjon i liggetiden. Liggetiden er allerede kort, og i de senere årene har andelen re-innleggelses økt. Etter ansattes syn vil en ytterligere generell nedgang i liggetid svekke kvaliteten

108-2017

**NASJONALT SYSTEM FOR INNFORING AV NYE METODER –
OPPDATERING ETTER STORTINGETS BEHANDLING AV
MELDING OM PRIORITERING - STORTINGSMELDING 34**

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret tar informasjonen om nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten til orientering.
2. Styret slutter seg til oppdaterte prinsipper for vurdering og innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten som presentert i saken.
3. Styret legger til grunn at de regionale helseforetakene i sine avtaler med private aktører forutsetter etterlevelse av beslutningene som er tatt hva gjelder innføring av nye metoder.
4. Styret understreker betydningen av et tett samarbeid mellom de regionale helseforetakene for å sikre pasienter i hele landet samme tilgang til nye metoder.

109-2017

**AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS HF – AVHENDING AV
EIENDOMMEN VED SKI SYKEHUS, VARDÅSVEIEN 3, 1400 SKI,
GNR. 132, BNR. 20 I 0213 SKI KOMMUNE**

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret i Helse Sør-Øst RHF oversender anmodning fra Akershus universitetssykehus HF om samtykke til salg av eiendommen ved Ski sykehus, Vardåsveien 3, 1400 Ski, gnr. 132, bnr. 20 i 0213 Ski kommune til foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF for behandling.
2. Styret legger til grunn at Ski kommune, i tråd med intensjonene i Samhandlingsreformen, kjøper eiendommen i henhold til vedtak i kommunestyret 27. september 2017.
3. Styret legger til grunn at salget gjennomføres slik at kjøper forplikter seg til å leie arealer tilbake til Akershus universitetssykehus HF for helseforetakets videre drift i eiendommen.
4. Frigjort likviditet kan benyttes til nedbetaling av gjeld, til investeringer i varige driftsmidler eller til rehabilitering og verdibevarende vedlikehold av bygninger som er nødvendig for klinisk drift.
5. Akershus universitetssykehus HF gis fullmakt til å inngå avtale med Ski kommune om å leie ca 3100 kvm i den samme bygningsmassen, innenfor en varighet på 10 år, med opsjoner på videre leie i 5 + 5 år.

6. Styret presiserer at Akershus universitetssykehus HF har ansvaret for at avhendingen gjennomføres korrekt og bærer all risiko knyttet til avhendingen.

110-2017	ADMINISTRERENDE DIREKTØRS ARBEIDSAVTALE - LØNNSREGULERING
-----------------	--

Saken ble behandlet i lukket møte, jf helseforetakslovens § 26 a 1.

Styrets vedtak fremgår av B-protokoll

111-2017	ORIENTERINGSSAK - STATUS IKT-INFRASTRUKTURMODERNISERING OG ARBEIDET MED INFORMASJONSSIKKERHET I HELSE SØR-ØST
-----------------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar redegjørelsen om status IKT-infrastrukturmodernisering og arbeidet med informasjonssikkerhet til orientering.

112-2017	ORIENTERINGSSAK: STYRESAKER I HELSE SØR-ØST RHF – STATUS OG OPPFØLGING
-----------------	---

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar den fremlagte oversikten over status og oppfølging av styrevedtak til og med oktober 2017 til orientering.

113-2017	ORIENTERINGSSAK: ÅRSPLAN STYRESAKER 2017 OG 2018
-----------------	---

Styrets enstemmige

V E D T A K

Årsplan styresaker tas til orientering.

114-2017

**ORIENTERINGSSAK: DRIFTSORIENTERINGER FRA
ADMINISTRERENDE DIREKTØR**

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Andre orienteringer

1. Styreleder orienterer
2. Foreløpig protokoll fra brukerutvalget 16. og 17. oktober 2017
3. Foreløpig protokoll fra møte i revisjonsutvalget 18. oktober 2017

Temasak:

- Informasjonssikkert. Innledning ved Sofie Nystrøm, direktør NTNU, CCIS

Møtet hevet kl 1550

Oslo, 16. november 2017

Ann-Kristin Olsen
Styreleder

Anne Cathrine Frøstrup
nestleder

Eyolf Bakke

Kirsten Brubakk

Christian Grimsgaard

Bernadette Kumar

Geir Nilsen

Truls Velgaard

Sigrun E. Vågeng

Svein Øverland

Tore Robertsen
styresekretær

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 15. desember 2017

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg:

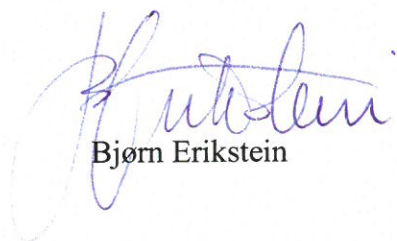
**SAK 77/2017 GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA
STYREMØTE 15. DESEMBER 2017**

Protokoll blir lagt frem for vedtak i slutten av styremøtet.

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 15. desember 2017.

Oslo, den 8. desember 2017



Bjørn Erikstein