

Sak 2: Sykehuspartner HF's styring på IKT-området

Målet med undersøkelsen har vært å vurdere om Sykehuspartner HF har en styring på IKT-området som understøtter kravet om å levere kostnadseffektive tjenester. Undersøkelsen er basert på dokumentanalyse, spørrebrev til Sykehuspartner HF og Helse Sør-Øst RHF, register- og regnskapsdata fra Sykehuspartner HF og intervjuer i Sykehuspartner HF. Undersøkelsesperioden er hovedsakelig 2015, men inkluderer forutsetninger og krav gitt tidligere, samt påfølgende styring og oppfølging fra Helse Sør-Øst RHF for 2016.

Etter at helseforetakenes IKT-ansatte ble overført gjennom en virksomhets-overdragelse i 2009, har Sykehuspartner vært enerettsleverandør av ikke-medisinske fellestjenester innen innkjøp, logistikk, HR og IKT til hele foretaksgruppen Helse Sør-Øst. Fra 1. januar 2015 er Sykehuspartner etablert som eget helseforetak og organisert i fem virksomhetsområder, hvorav tre utgjør IKT-området: IKT-tjenester (drift og forvaltning), IKT-service (brukerstøtte) og Prosjektjenester (prosjekt- og porteføljestyring, ressurser til gjennomføring av prosjekter).

Sykehuspartner HF har ansvar for å drifte og forvalte 2800 applikasjoner på vegne av foretaksgruppen og levere kapasitet, kompetanse og ressurser til regionale prosjekter, blant annet samordnings- og standardiseringsprogrammet Digital fornying, som Helse Sør-Øst RHF etablerte i 2012.

IKT-området, som utgjør om lag 85 prosent av Sykehuspartner HF's virksomhet, finansieres hovedsakelig av tjenesteprisinntekter fra helseforetakene i henhold til en tjenesteprismodell. Prisene helseforetakene betaler for tjenestene de mottar, skal dekke Sykehuspartners kostnader. Det er risiko for at Sykehuspartner HF ikke har iverksatt tilstrekkelig effektiv og hensiktsmessig virksomhetsstyring på IKT-området. Siden monopolistrollen til Sykehuspartner HF gjør at prisene dannes uten konkurranse, vil god virksomhetsstyring være vesentlig for å sikre at det helseforetakene betaler for tjenestene, er på riktig nivå, og at det er åpenhet rundt dette.

Kontrollen har tatt utgangspunkt i følgende vedtak og forutsetninger fra Stortinget:

- *lov om spesialisthelsetjenesten av 2. juli 1999*
- Ot. prp. nr. 10 (1998–1999) *Om lov om spesialisthelsetjenesten*
- *lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten av 30. mars 1984*
- *forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten av 20. desember 2002*
- Prop. 1 S (2013–2014) fra Helse- og omsorgsdepartementet

Utkast til rapport ble forelagt Helse- og omsorgsdepartementet ved brev av 30. juni 2016, der det ble forutsatt at departementet ga en koordinert tilbakemelding. Departementet har i brev av 22. august 2016 gitt kommentarer til rapportutkastet og vedlagt Helse Sør-Øst RHF's tilbakemelding. Departementets og Helse Sør-Øst RHF's kommentarer er i hovedsak innarbeidet i rapporten og i dette dokumentet.

1 Hovedfunn

- Som enerettsleverandør har Sykehuspartner HF for lite åpenhet om og kontroll med hvorvidt tjenestene til helseforetakene er kostnadseffektive.

- Sykehuspartner HF mangler en helhetlig styring som understøtter kravet om kostnadseffektive tjenester.
- Helse Sør-Øst RHF følger i liten grad opp hvorvidt tjenestene Sykehuspartner HF leverer, er kostnadseffektive, og styringen og oppfølgingen er lite tilpasset det rapporterte risiko- og utfordringsbildet.

2 Riksrevisjonens merknader

2.1 Som enerettsleverandør har Sykehuspartner HF for lite åpenhet om og kontroll med hvorvidt tjenestene til helseforetakene er kostnadseffektive

Som enerettsleverandør har Sykehuspartner HF monopol på å levere IKT-tjenester til hele foretaksgruppen. Sykehuspartner HF er i hovedsak finansiert gjennom tjenesteprisinntekter fra helseforetakene som er regulert i tjenesteprismodellen, og er derfor pålagt å levere kvalitativt gode tjenester kostnadseffektivt til helseforetakene.

I 2015 betalte helseforetakene til sammen over 1 mrd. kroner for drift, forvaltning og brukerstøtte av basis driftstjenester. Utover informasjon om grunnlaget for budsjettet i budsjettprosessen og regelmessige prognosemøter med Sykehuspartner HF mottar helseforetakene lite informasjon om hva de faktisk betaler for de ulike delene av basis driftstjenester. Dette henger sammen med at Sykehuspartner HF ikke benytter de ulike tjenestekategoriene for basis driftstjenester som internt styringsmål, slik tjenesteprismodellen forutsetter. Sykehuspartner HF utnytter heller ikke tilgjengelige ressurs- og styringsdata til å estimere hva for eksempel drift, forvaltning og brukerstøtte koster for de ulike tjenestegruppene innen basis driftstjenester. Sykehuspartner HF utnytter således ikke en eksisterende mulighet til å være åpen om sine kostnader og gi helseforetakene mer informasjon om hva de betaler for de ulike delene av basis driftstjenester. At Sykehuspartner HF's monopolistrolle gjør at prisene dannes uten konkurranse, innebærer etter Riksrevisjonens vurdering at det er viktig med stor grad av åpenhet. Manglende åpenhet vanskeliggjør helseforetakenes mulighet til på selvstendig grunnlag å vurdere om tjenestene de mottar, er kostnadseffektive. Dette kan igjen svekke forutsigbarheten og helseforetakenes egen kostnadsstyring. Mer åpenhet og informasjon til helseforetakene om Sykehuspartners kostnader til drift og forvaltning av systemene vil dessuten kunne gi incentiver til sanering av de mest kostbare systemene og således bidra til bedre kostnadseffektivitet for hele foretaksgruppen.

Utover å følge opp om budsjetter er i balanse og sikre nok inntekter gjennom fakturerbare timer har Sykehuspartner HF lite oppmerksomhet rettet mot å vurdere om IKT-tjenestene helseforetakene mottar, er kostnadseffektive, eller mot å avdekke hvor eget effektiviseringspotensial kan ligge. Oppfølgingen er primært rettet mot økonomi, ansattes fravær og hvilke oppgaver det arbeides med, men ikke mot å vurdere om oppgaver løses på en effektiv måte, eller om tjenestene er kostnadseffektive. Sykehuspartner HF har ikke etablert hensiktsmessige indikatorer for å måle om tjenestene er kostnadseffektive, eller for å identifisere om kostnadsbasen utvikler seg i riktig retning, slik tjenesteprismodellen forutsetter. Slike indikatorer ville etter Riksrevisjonens vurdering kunne bidratt til å dokumentere at tjenesteprisene som det enkelte helseforetak betaler, er på riktig nivå.

For å kunne måle om tjenestene er kostnadseffektive, er det nødvendig å ha informasjon om omfanget av tjenestene virksomheten leverer, og hvor god kvaliteten på tjenestene er, og se dette i sammenheng med den ressursinnsatsen og de kostnadene som har gått med til å levere tjenestene. Sykehuspartner HF har styringsdata om ressursbruk, inkludert personellkostnader, og kvaliteten på

tjenestene gjennom overvåkning av kritiske hendelser og måling av kunde- og brukertilfredshet i helseforetakene. Informasjon om kvalitet blir imidlertid ikke systematisk sett i sammenheng med ressursinnsatsen og kostnadene som har gått med til å levere tjenestene til helseforetakene. Manglende systematisk kobling av styringsinformasjon gjør det etter Riksrevisjonens vurdering vanskelig å måle hvorvidt tjenestene er kostnadseffektive, og dette svekker muligheten til å avdekke hvor eget effektiviseringspotensial ligger. Sykehuspartner HF kan således ikke dokumentere i hvilken grad for eksempel økt systemstandardisering eller stabilisering av bemanningsnivået bidrar til å gjøre tjenestene mer kostnadseffektive.

2.2 Sykehuspartner HF mangler en helhetlig styring som understøtter kravet om kostnadseffektive tjenester

Sykehuspartner HF er pålagt å følge rammeverk for god virksomhetsstyring, intern styring og kontroll i Helse Sør-Øst. Rammeverket, som er basert på de anerkjente COSO-rammeverkene for internkontroll og helhetlig risikostyring, slår fast at mål- og resultatstyring er det gjeldende styringsprinsippet i foretaksgruppen. God mål- og resultatstyring er viktig for å sikre at alle vet hva de skal gjøre for å bidra til å oppnå overordnede mål for virksomheten.

Hvert IKT-virksomhetsområde har sin egen praksis for å bryte ned og følge opp de vedtatte målene i virksomhetsplanen for 2015. De operasjonaliserte målene samsvarer imidlertid i liten grad med det vedtatte målhierarkiet. Dette gjelder særlig det overordnede målet om å videreutvikle Sykehuspartner for å sikre kostnadseffektive tjenester. I IKT-tjenester inneholder de operasjonaliserte målene verken formuleringer om å sikre kostnadseffektive tjenester eller å sikre kostnadseffektivisering. Det er heller ikke etablert prosesser som sikrer at enheter med lignende og tilleggende oppgaver kan fastsette felles tverrgående mål som kan understøtte måloppnåelse på felles overordnede, vedtatte mål i virksomhetsplanen. Videre finnes det ingen oversikt som viser det samlede målhierarkiet for hvert av de tre IKT-virksomhetsområdene, og hvordan de understøtter måloppnåelse på de vedtatte overordnede målene i virksomhetsplanen. De fastsatte målene for den enkelte underliggende avdeling, seksjon eller enhet er ikke nedfelt i et eget åpent tilgjengelig dokument for de ansatte, men i den enkelte leders lederavtale. Lederavtalene brukes således til dokumentering og oppfølging av både enhetens virksomhetsmål og lederens personlige mål. Gitt at leder ikke deler sin enhets virksomhetsmål, vil en slik praksis innebære at de ansatte ikke kjenner til målene som gjelder for deres enhet. Etter Riksrevisjonens vurdering bidrar dette samlet sett til at Sykehuspartner HF's styring på IKT-området ikke understøtter det vedtatte, overordnede målet om å sikre kostnadseffektive tjenester.

Videre er det verken utarbeidet skriftlige rutiner for ressursplanlegging og -styring i Sykehuspartner HF eller for mål- og resultatrapportering til HSØ. Det finnes heller ikke noen felles veileder for tidsregistrering. I tillegg er ikke IKT-systemene som brukes i styringen av personellressurser, integrert med hverandre. Dette innebærer at kontroller og sammenstilling av tidsregistrering mot planlagt ressursbruk for oppgaver og leveranser må gjøres manuelt av den enkelte leder. En slik personavhengig kontrollpraksis øker etter Riksrevisjonens vurdering risikoen for at like forhold vurderes forskjellig, og at styringsinformasjonen i dataene som følge av dette kan svekkes.

Når det gjelder intern kontroll og risikostyring, viser undersøkelsen at dette i liten grad er integrert i styringsprosessene. Sykehuspartner HF oppgir selv at det pågår en prosess for å oppnå en bedre og mer integrert risikostyring, og at god virksomhetsstyring krever modning i virksomheten. Etter Riksrevisjonens vurdering er det betydelig potensial for at styringen i større grad kan understøtte kravet om å levere kostnadseffektive tjenester.

2.3 Helse Sør-Øst RHF følger i liten grad opp hvorvidt tjenestene Sykehuspartner HF leverer, er kostnadseffektive, og styringen og oppfølgingen er lite tilpasset det rapporterte risiko- og utfordringsbildet

God styring og oppfølging i tråd med helseforetaksloven og reglement for økonomistyring i staten fordrer at Helse Sør-Øst RHF fastsetter klare rammer, mål og resultatkrav for Sykehuspartner HF som er tilpasset egenart og risiko.

I likhet med alle helseforetakene i Helse Sør-Øst er Sykehuspartner HF pålagt at driften av foretaket skjer på en kostnadseffektiv måte. I tillegg er Sykehuspartner HF pålagt å levere kostnadseffektive IKT-tjenester av god kvalitet. Helse Sør-Øst RHF oppfølging av kostnadseffektivitet i Sykehuspartner HF skjer hovedsakelig i arbeidet med økonomisk langtidsplan, oppdrags- og bestillerdokumentene og de årlige budsjettene, og gjennom løpende budsjett- og prognosemøter. De budsjetterte kostnadene vil kunne måles mot de faktiske kostnadene i driftsregnskapet. Helse Sør-Øst RHF har i for liten grad operasjonalisert kravet om at Sykehuspartner HF skal levere kostnadseffektive tjenester gjennom å fastsette konkrete måleparametere for 2015. I Oppdrag og bestilling for 2016 er det imidlertid definert sju styringsindikatorer, som Helse Sør-Øst RHF vurderer som aktuelle og treffsikre. I tillegg er Sykehuspartner HF pålagt å dokumentere fallende enhetskostnader innen IKT-leveransene til helseforetakene. Etter Riksrevisjonens vurdering kan de sju etablerte styringsindikatorene belyse hvorvidt Sykehuspartner HF oppnår driftsmessige kostnadsbesparelser. Indikatorene belyser imidlertid i liten grad omfang og kvalitet på produksjonen og vil dermed ikke kunne gi informasjon om hvorvidt de ulike IKT-tjenestene er utført med effektiv ressursinnsats og med tilstrekkelig god kvalitet. Dette innebærer at de etablerte indikatorene for 2016 ikke er tilstrekkelige til å følge opp at Sykehuspartner HF leverer kostnadseffektive IKT-tjenester av god kvalitet.

Videre benytter Helse Sør-Øst RHF ekstern benchmarking med andre virksomheter med sammenlignbare aktiviteter for å følge opp at tjenestene Sykehuspartner HF leverer, er kostnadseffektive. Resultatet av de to eksterne benchmarkingene som ble gjennomført i 2014, viser ifølge Helse Sør-Øst RHF at Sykehuspartner scoret godt på kostnadseffektiv drift og i hovedsak har de samme IKT-kostnadene og personell per produsert DRG som øvrige helseregioner. Siden produktivitetsmålet i undersøkelsene er ressursinnsats delt på kostnader, blir Sykehuspartners produktivitet etter Riksrevisjonens vurdering framstilt for høy, fordi Sykehuspartner i realiteten har betydelig lavere avskrivningskostnader enn mange av enhetene de er sammenlignet med. Etter Riksrevisjonens vurdering gjør dette at ekstern benchmarking foreløpig ikke gir et tilstrekkelig godt grunnlag til å vurdere om tjenestene som Sykehuspartner leverer, er kostnadseffektive.

Sykehuspartner HF har i 2015 rapportert om at det har vært en nedgang i helseforetakenes kundetilfredshet og en økning i antall kritiske hendelser fra 2014 til 2015. I tillegg har det vært kapasitets- og ressursutfordringer som forventes å øke framover. Sykehuspartner HF er pålagt å sikre sikker og stabil drift av IKT-systemer og bidra med ressurser til utvikling av regionale systemer gjennom blant annet Digital fornying, samtidig som bemanning og kostnader skal holdes på 2015-nivå og tjenestene skal være kostnadseffektive.

Rammebetingelsen om ikke å øke bemanning og kostnader synes å være lite realistisk fordi forsinkelser i Digital fornying fører til at regional systemstandardisering vil ta lengre tid. Forsinkelsene innebærer at Sykehuspartner HF må bruke mer ressurser over lengre tid enn planlagt på å forvalte og vedlikeholde gamle systemer og applikasjoner som etter hvert skal fases ut. Forvaltning av gamle systemer og applikasjoner kombinert med pålegg om å levere ressurser til regionale prosjekter

kan gi mindre kapasitet til å utføre drifts- og forvaltningsoppgaver. Dette kan igjen øke risikoen for ustabile tjenesteleveranser og kritiske hendelser. Gitt det langsiktige målet om digital standardisering i hele foretaksgruppen, synes Helse Sør-Øst RHF's løpende styring av Sykehuspartner HF, etter Riksrevisjonens vurdering, i for liten grad å være realistisk og tilpasset det rapporterte risiko- og utfordringsbildet.

3 Riksrevisjonens anbefalinger

Riksrevisjonen anbefaler at

- Helse- og omsorgsdepartementet følger opp at
 - Helse Sør-Øst RHF etablerer styringsindikatorer som er egnet til å måle hvorvidt tjenestene Sykehuspartner HF leverer, er kostnadseffektive.
 - Helse Sør-Øst RHF's styring og oppfølging av Sykehuspartner HF er tilstrekkelig realistisk og tilpasset faktisk risiko- og utfordringsbilde, for å nå målet om digital standardisering i hele foretaksgruppen.
- Helse Sør-Øst RHF sørger for at det er full åpenhet rundt hva tjenestene til enerettsleverandøren Sykehuspartner HF faktisk koster, slik at helseforetakenes egen IKT-kostnadsstyring blir mer forutsigbar.
- Helse Sør-Øst RHF sørger for at Sykehuspartner HF får en helhetlig og koordinert virksomhetsstyring som understøtter målet om å levere kostnadseffektive tjenester, og herunder at Sykehuspartner HF:
 - måler om tjenestene er kostnadseffektive og identifiserer kostnadsutviklingen innen IKT-leveransene ved å etablere egnede indikatorer og å gjennomføre egnet benchmarking.
 - på en systematisk måte bruker tilgjengelige ressurs- og styringsdata til både å måle om tjenesteleveransene er kostnadseffektive og til å avdekke hvor eget effektiviseringspotensial ligger.

4 Departementets oppfølging

Statsråden er enig med Riksrevisjonen i at en helhetlig virksomhetsstyring, intern styring og kontroll av Sykehuspartner HF er viktig for å oppnå kravet om kostnadseffektive tjenester. Den spesielle rollen til Sykehuspartner HF innebærer i tillegg at åpenhet er viktig, og at de kan tilby kundene god informasjon om de tjenester som ytes.

Når det gjelder Riksrevisjonens påpekte svakheter i organiseringen av mål- og resultatstyringen, finner statsråden det naturlig at Helse Sør-Øst RHF og foretaket selv aktivt går inn i og vurderer behov for korrigeringer og tiltak. Statsråden framhever at her må organiseringen understøtte kostnadseffektiv drift, og at det er svært viktig at både ledere og medarbeidere kjenner til mål, strategier og tiltak for å få til dette.

Statsråden viser til at Helse Sør-Øst RHF har en viktig rolle for Sykehuspartner HF's virksomhet, både gjennom eieroppfølging og tilrettelegging for gode interne prosesser i foretaksgruppen, og at Riksrevisjonen peker på forbedringspunkter knyttet til tydeligere dokumentasjon av styrings- og oppfølgingsdialogen og det faktamessige grunnlaget for dialogen. Statsråden forventer at Helse Sør-Øst RHF, i samarbeid med Sykehuspartner HF og de øvrige helseforetakene, fortsetter arbeidet med sin strategi for å oppnå fastsatte mål om effektiv organisering. For Sykehuspartner HF blir det viktig å gi god

informasjon og være en god samarbeidspartner for sine kunder, slik at disse kan være trygge på at de får kostnadseffektive tjenester og kan utvikle og effektivisere egen virksomhet på best mulig måte.

Statsråden viser til at Helse Sør-Øst RHF og Sykehuspartner HF har besluttet å anskaffe tjenester innenfor IKT-infrastruktur fra en ekstern privat leverandør, jf. foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 15. september 2016. Helse Sør-Øst RHF regner med å redusere sitt kostnadsnivå med opp mot to milliarder kroner over en syvårsperiode. For å sikre at Sykehuspartner HF leverer tjenester som understøtter helseforetakenes behov, skal organisasjonen utvikles i en mer sykehusnær retning ved å styrke kompetanse og kapasitet innenfor forvaltning og anvendelse av kliniske og administrative applikasjoner. Imidlertid må dette ifølge statsråden, skje på en kostnadseffektiv måte og slik at Sykehuspartner HFs kostnads- og investeringsnivå tilpasses foretaksgruppens økonomiske bæreevne.

5 Riksrevisjonens sluttmerknad

Riksrevisjonen har ingen ytterligere merknader.

Vedlegg 2:
Brev og rapport til sak 2 om
Sykehuspartner HF's styring på
IKT-området

2.1 Riksrevisjonens brev til statsråden i Helse- og omsorgsdepartementet

2.2 Statsrådets svar

2.3 Rapport fra utvidet kontroll av Sykehuspartner HF's styring på IKT-området



Vår saksbehandler	
Beate Seim Midtlien	22241255
Vår dato	Vår referanse
20.09.2016	2016/01406-2
Deres dato	Deres referanse

Utsatt offentlighet jf. rrevl. § 18(2)

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET

0030 Oslo

Att.: Statsråd Bent Høie

Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2015

Vedlagt oversendes saksframstillingen av Riksrevisjonens undersøkelse om Sykehuspartner HF's styring på IKT-området, som legges fram for Stortinget i Dokument 3:2 (2016–2017).

Saksframstillingen er basert på en rapport som Helse- og omsorgsdepartementet fikk et utkast til 30. juni, og på departementets svar 22. august 2016.

Statsråden bes om å redegjøre for hvordan departementet vil følge opp Riksrevisjonens merknader og anbefalinger, og eventuelt om departementet er uenig med Riksrevisjonen.

Departementets oppfølging vil bli sammenfattet i den endelige saksframstillingen til Stortinget. Statsrådets svar vil i sin helhet bli vedlagt i Dokument 3:2.

Svarfrist: 5. oktober 2016

For riksrevisorkollegiet

Per-Kristian Foss
riksrevisor

Brevet er ekspedert digitalt og har derfor ingen håndskreven signatur



Statsråden

Riksrevisjonen
Postboks 8130 Dep
0032 OSLO

Unntatt offentlighet jf. Offl. § 5
andre ledd

Deres ref
2016/01406

Vår ref
16/4587-

Dato
05.10.2016

Vedrørende Riksrevisjonens undersøkelse om Sykehuspartner HF's styring på IKT-området

Jeg viser til Riksrevisjonens brev av 20. september hvor jeg bes om å redegjøre for hvordan departementet vil følge opp Riksrevisjonens merknader og anbefalinger, og eventuelt om departementet er uenig med Riksrevisjonen.

Helse- og omsorgsdepartementet er oppmerksom på de utfordringer som Helse Sør-Øst RHF og Sykehuspartner HF har, både i forhold til sin spesielle rolle som eneleverandør i foretaksgruppen og i forhold til de mange drifts- og utviklingsoppgaver som er tillagt helseforetaket. Sykehuspartner har ansvar for å drifte og forvalte om lag 2800 applikasjoner for sykehusene i foretaksgruppen - et omfang som i seg selv synliggjør kompleksiteten og utfordringsbildet for virksomheten.

Jeg er enig med Riksrevisjonen i at en helhetlig virksomhetsstyring, intern styring og kontroll av Sykehuspartner HF er viktig for å oppnå kravet om kostnadseffektive tjenester. Den spesielle rollen til Sykehuspartner HF innebærer i tillegg at åpenhet er viktig, og at de kan tilby kundene god informasjon om de tjenester som ytes.

Riksrevisjonen peker i sin rapport på enkelte svakheter i organiseringen av mål- og resultatstyringen som jeg finner det naturlig at Helse Sør-Øst og foretaket selv aktivt går inn i og vurderer behov for korrigeringer og tiltak. Her må organiseringen understøtte kostnadseffektiv drift, og det er svært viktig at både ledere og medarbeidere kjenner til mål, strategier og tiltak for å få dette til. Videre peker Riksrevisjonen på at det er et

forbedringspotensial i den interne kontrollen og risikovurderingen. Sykehuspartner HF har her orientert om at de allerede er i gang med tiltak for å integrere god risikovurdering i virksomhetsstyringen.

Helse Sør-Øst RHF har en viktig rolle for Sykehuspartner HFs virksomhet, både gjennom eieroppfølging og gjennom å tilrettelegge for gode interne prosesser i foretaksgruppen. Helse Sør-Øst RHF tar i sitt arbeid med oppdrag og bestilling, økonomisk langtidsplan og de årlige budsjettene utgangspunkt i en vurdering av risiko- og utfordringsbildet for Sykehuspartner HF sin virksomhet. Her peker imidlertid Riksrevisjonens rapport, slik jeg ser det, på forbedringspunkter knyttet til tydeligere dokumentasjon av dialog og det faktamessige grunnlaget for denne dialogen. Jeg forventer at Helse Sør-Øst RHF, i samarbeid med Sykehuspartner HF og de øvrige helseforetakene, fortsetter arbeidet med sin strategi for å oppnå fastsatte mål om effektiv organisering. For Sykehuspartner HF blir det viktig å gi god informasjon og være en god samarbeidspartner for sine kunder, slik at disse kan være trygge på at de får kostnadseffektive tjenester og kan utvikle og effektivisere egen virksomhet på best mulig måte.

Avslutningsvis vil jeg nevne at Helse Sør-Øst RHF og Sykehuspartner HF nylig har besluttet å anskaffe tjenester innenfor IKT-infrastruktur fra en ekstern privat leverandør, jamfør også foretaksmøte 15. september 2016 med Helse Sør-Øst RHF vedrørende denne saken. Helse Sør-Øst RHF regner med å redusere sitt kostnadsnivå med opp mot to milliarder kroner over en syvårsperiode som følge av dette tiltaket. For å sikre at Sykehuspartner HF leverer tjenester som understøtter helseforetakenes behov, skal organisasjonen utvikles i en mer sykehusnær retning. Dette innebærer at kompetansen og kapasiteten i Sykehuspartner HF styrkes innenfor forvaltning og anvendelse av kliniske og administrative applikasjoner. Dette må imidlertid skje på en kostnadseffektiv måte, og slik at Sykehuspartner HFs kostnads- og investeringsnivå tilpasses foretaksgruppens økonomiske bæreevne.

Med vennlig hilsen

Bent Høie

Dokumentet er elektronisk signert og har derfor ikke håndskrevne signaturer.

Vedlegg 2.3: Rapport fra utvidet kontroll av Sykehuspartner HF's styring på IKT-området

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Etter at helseforetakenes IKT-ansatte ble overført gjennom en virksomhetsoverdragelse i 2009, har Sykehuspartner vært enerettsleverandør av ikke-medisinske fellestjenester til hele foretaksgruppen Helse Sør-Øst innen innkjøp, logistikk, HR og IKT.

Sykehuspartner har per august 2015 om lag 1400 ansatte,¹ med ansvar for blant annet drift og forvaltning av 2800 applikasjoner på vegne av foretaksgruppen Helse Sør-Øst, og hadde en omsetning på 2,9 mrd. kroner i 2014. Sykehuspartner skal også levere kapasitet, kompetanse og ressurser til regionale prosjekter, som blant annet samordnings- og standardiseringsprogrammet Digital fornying, som ble etablert av Helse Sør-Øst RHF i 2012.

Med ønske om klarere ansvars- og styringslinjer overfor Helse Sør-Øst RHF som eier og en klarere leverandør- og partnerrolle overfor helseforetakene ble Sykehuspartner skilt ut fra Helse Sør-Øst RHF og organisert som eget helseforetak fra 1. januar 2015. Internt er Sykehuspartner HF organisert i følgende fem virksomhetsområder, hvorav de tre første utgjør IKT-området:

- IKT-tjenester (drift/forvaltning)
- IKT-service (brukerstøtte)
- Prosjekttjenester (prosjekt- og porteføljestyring, ressurser til gjennomføring av prosjekter)
- Innkjøp og logistiktjenester
- HR, økonomi og regnskap

IKT-området utgjør om lag 85 prosent av virksomheten målt i omsetning og antall ansatte.² IKT-området finansieres hovedsakelig av tjenesteprisinntekter fra helseforetakene i henhold til en tjenesteprismodell. Prisene helseforetakene betaler for tjenestene de mottar, skal dekke Sykehuspartners kostnader. Siden monopolistrollen til Sykehuspartner HF gjør at prisene dannes uten konkurranse, vil god kostnads- og ressursstyring være vesentlig for å sikre at det helseforetakene betaler, er på riktig nivå.

Konsernrevisjonen har tidligere avdekket uklarheter i ansvars- og styringslinjene og svakheter ved Sykehuspartners virksomhetsstyring, jf. rapportene 3/2010 og 2/2014. Det er fortsatt risiko for at Sykehuspartner HF ikke har iverksatt en tilstrekkelig effektiv og hensiktsmessig virksomhetsstyring på IKT-området. God styring og kontroll med ressursinnsatsen er en vesentlig forutsetning for å sikre måloppnåelse av eiers krav om å levere kostnadseffektive tjenester.

1.2 Formål og problemstillinger

Formålet er å undersøke om Sykehuspartner HF har en styring på IKT-området som understøtter måloppnåelse på kravet om å levere kostnadseffektive tjenester.

1) Jf. saksframlegg om 2. tiralrapport i sak 055-2015 til styret i Sykehuspartner HF.

2) Jf. saksframlegg om etableringen av Sykehuspartner som helseforetak i sak 77-2014 til styret i Helse Sør-Øst RHF.

Undersøkelsens formål belyses gjennom følgende problemstillinger:

- 1 I hvilken grad vurderer Sykehuspartner HF om IKT-tjenestene er kostnadseffektive?
- 2 I hvilken grad legger Sykehuspartner HFs styring til rette for kostnadseffektive IKT-tjenester?
- 3 I hvilken grad er Helse Sør-Øst RHF's styring og oppfølging målrettet og tilpasset rapportert risiko?

1.3 Revisjonskriterier

Krav til ressursutnyttelse og økonomistyring

En sentral målsetting med statens eierskap av de regionale helseforetakene er å sikre helhetlig styring av spesialisthelsetjenesten og god ressursutnyttelse for å drifte og videreutvikle gode spesialisthelsetjenester til befolkningen.³ Et av hovedformålene med spesialisthelsetjenesteloven er å bidra til at ressursene utnyttes best mulig.⁴ Med god ressursutnyttelse siktes det til graden av målrealisering i forhold til ressursinnsatsen. Et tiltak betegnes gjerne som mer effektivt enn en annen hvis målet nås med lavere omkostninger i form av tid, personellinnsats, utgifter, uheldige bivirkninger mv.⁵

Ifølge vedtektene skal Sykehuspartner HF utføre ikke-medisinske fellestjenester effektivt og med høy kvalitet for foretakene innen Helse Sør-Øst. Virksomheten har som formål å bistå helseforetakene i å nå nasjonale helsepolitiske mål og foretaksgruppens samlede sektorpolitiske målsettinger på en kostnadseffektiv måte. Dette skal gjøres innenfor de mål, resultatkrav og rammer som fastsettes i helseforetakets vedtekter, og beslutninger fattet av foretaksmøtet.

På foretaksmøtet 12. februar 2015 ble Sykehuspartner HF pålagt å utnytte skalafordele og samordning av aktiviteter for å levere kvalitativt gode tjenester kostnadseffektivt innen alle tjenesteområdene. Videre ble det stilt krav til årlig effektivisering i Sykehuspartner HF på samme måte som for øvrige helseforetak.

Økonomistyring kan defineres som aktiviteten i en organisasjon som tar sikte på å styre ressursbruken mot maksimering av overordnede mål.⁶ For å oppnå formålstjenlig økonomistyring er det nødvendig med god forankring i ledelsen. Det innebærer at det må etableres strukturer, systemer og rutiner, samt klart definerte og dokumenterte prosesser. Videre må foretaket ha datasystem og verktøy som sikrer at ledelsen på alle nivå kan gjennomføre løpende økonomisk planlegging og oppfølging av den økonomiske situasjonen, for å vurdere om virksomheten drives kostnadseffektivt.

Krav til internkontroll og risikostyring

Spesialisthelsetjenesteloven⁷ og helsetilsynsloven⁸ pålegger helseforetakene å ha et internkontrollsystem og sørge for at virksomheten og tjenestene planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift.

Helseforetakene skal i henhold til internkontrollforskriften i helsetjenesten⁹ ha formålstjenlige strukturer, systemer og rutiner, samt klart definerte og dokumenterte prosesser for intern kontroll og risikostyring. Forskriften skal bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester og at helse- og omsorgslovgivningen oppfylles gjennom

3) Prop. 1 S (2013–2014) fra Helse- og omsorgsdepartementet, s. 68.

4) Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. § 1-1 nr. 4.

5) Ot.prp. nr. 10 (1998–1999) *Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m.*

6) Pettersen, Magnussen, Nyland og Bjørnenak (2008): *Økonomi og helse. Perspektiver på styring*. Cappelen Akademisk, Oslo.

7) Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1 a, tredje ledd.

8) Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. § 3.

9) Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten § 4.

krav til systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenestene. Krav til intern styring og kontroll som innholdsmessig er konsistente med denne forskriften, framgår også av internasjonalt anerkjente rammeverk for intern kontroll¹⁰ og helhetlig risikostyring¹¹.

Det følger av retningslinjene¹² for oppfølging av eierinteressene i Helse Sør-Øst RHF at Helse- og omsorgsdepartementet skal sørge for at styret har etablert rammeverk for kontroll som påser at internkontrollen er sikret i tilstrekkelig omfang, og at det er etablert systemer for risikostyring for å forebygge, forhindre og avdekke avvik. Hovedelementene kategoriseres i målrettet, hensiktsmessig og effektiv drift, pålitelig intern og ekstern rapportering og overholdelse av gjeldende lover og regler. Styringssystemene skal tilpasses risiko og vesentlighet i forhold til virksomhetens målsetninger og ha nødvendig ledelsesmessig forankring i hele organisasjonen.

Gjennom krav på foretaksmøter i perioden 2008–2012 har Helse- og omsorgsdepartementet pålagt alle de regionale helseforetakene å ha god internkontroll og etablere systemer for risikostyring for å forebygge, forhindre og avdekke avvik. Risikofaktorer som kan medvirke til at målene for det regionale helseforetaket og foretaksgruppen ikke nås, skal identifiseres, og korrigerende tiltak som med rimelighet kan redusere sannsynligheten for manglende måloppnåelse, skal iverksettes.

På foretaksmøtet 12. februar 2015 ble Sykehuspartner HF pålagt å drive god virksomhetsstyring i tråd med retningslinjer gitt av Helse Sør-Øst RHF. Videre ble rammeverk for virksomhetsstyring, intern styring og kontroll, i Helse Sør-Øst gjort gjeldende for Sykehuspartner HF. Rammeverket, som er basert på de anerkjente COSO-rammeverkene for internkontroll og helhetlig risikostyring, slår fast at mål- og resultatstyring er styringsprinsippet i helseforetakene. Hensikten med rammeverket er å sikre en omforent forståelse av hvordan helseforetakene systematisk kan forbedre og styrke sin virksomhet og bidra til en bedre måloppnåelse av oppgaver og krav de er pålagt i lover og regelverk, foretaksmøteprotokoller, styringsdokumenter, strategiske planer og styrevedtak.

Krav til eierstyring

God eierstyring innebærer at eierbeslutninger og vedtak skal fattes i foretaksmøtet, mens forvaltningen av foretaket overlates til styret.¹³ Forvaltningsansvaret innebærer blant annet at styret skal føre tilsyn med at virksomheten drives i samsvar med målene som er nedfelt i helseforetaksloven § 1, foretakets vedtekter, vedtak truffet av foretaksmøtet og vedtatte planer og budsjetter. I regionalt helseforetak omfatter styrets plikter også helseforetak som foretaket eier. I tillegg har styret ansvar for å føre tilsyn med daglig leder.¹⁴

Av reglement for økonomistyring i staten § 10 annet ledd framgår det at staten innen gjeldende lover og regler skal forvalte sine eierinteresser i samsvar med overordnede prinsipper for god eierstyring, blant annet med vekt på at målene fastsatt for selskapet, oppnås, og at styring, oppfølging og kontroll samt tilhørende retningslinjer skal tilpasses selskapets egenart og risiko og vesentlighet. Helse- og omsorgsdepartementet har i veileder for styrearbeid i regionale helseforetak forutsatt at statens eierstyringsprinsipper blir fulgt av de regionale helseforetakene.

10) *Internkontroll – et integrert rammeverk* (1992/1996, norsk versjon).

11) *Helhetlig risikostyring – et integrert rammeverk* (COSO-ERM) utgitt på norsk av Norges Interne Revisorers Forening i 2004/2005.

12) Retningslinjer for oppfølging av Helse- og omsorgsdepartementets eierinteresser i Helse Sør-Øst RHF, fastsatt 17. november 2008 punkt 6.1, jf. reglement for økonomistyring i staten § 10.

13) Lov om helseforetak m.m. § 28.

14) Lov om helseforetak m.m. § 29.

1.4 Metode og gjennomføring

Undersøelsesperioden er 2015, men inkluderer forutsetninger og krav som er gitt tidligere, og påfølgende styring og oppfølging fra Helse Sør-Øst RHF for 2016.

Problemstillingene i undersøkelsen er belyst gjennom spørrebrev, analyse av innhentede dokumenter, register- og regnskapsdata og intervju.

For å undersøke og sammenligne hvordan styring og oppfølging foregår i praksis i ulike deler av Sykehuspartners virksomhet, ble én styringslinje innenfor hvert av de tre IKT-virksomhetsområdene valgt ut, med to enheter på det laveste nivået, jf. tabell 1. Valget baserte seg på organisasjonskartet per november 2015. Enhetene skulle videre ha relativt mange årsverk og oppgaver, og ansvar av høy vesentlighet for helseforetakene. Hvilke styringslinjer og enheter som ble valgt ut, framgår av tabell 1.

Tabell 1. Oversikt over utvalgte styringslinjer i Sykehuspartner HF og enhetenes ansvarsområde

Virksomhetsområde	Avdeling	Seksjon	Enhet
IKT-tjenester	Tjenesteforvaltning	Kliniske fellesapplikasjoner (KFA) 7220	KFA 7223 (Sørlandet, Vestfold, Telemark) KFA 7224 (Innlandet, Akershus, Østfold)
IKT-service	OUS 3400	Brukerstøtte (BS) OUS 3410	BS OUS Generell 3411 BS OUS Generell 3412
Prosjekttjenester	Prosjektledelse 5020	Seksjon 1 Seksjon 2	

Spørrebrev og dokumentanalyse

For å belyse virksomhetsstyringen, herunder temaer som økonomistyring, regnskapsføring, styring av personellressurser, fastsettelse av mål- og resultatkrav og rapportering til Helse Sør-Øst RHF ble brev med spørsmål (spørrebrev) sendt til Sykehuspartner HF. Spørrebrevet ble også benyttet til å innhente temarelevant dokumentasjon som rutiner, retningslinjer, veiledere, kontoplan, lederavtaler og rapportert status og risiko. Svar og mottatt dokumentasjon er sammenstilt og analysert.

I tillegg er tjenesteprismodellen, eksterne benchmarkingsundersøkelser, de årlige oppdragsdokumentene for 2014, 2015 og 2016 fra Helse Sør-Øst RHF, styresakene i 2015, inklusiv måneds- og tertialrapportene og årlig melding 2015 til Helse Sør-Øst RHF gjennomgått og analysert.

For å belyse kravene til kostnadseffektivitet, monopolistrollen til Sykehuspartner HF og hvordan rapporteringen om måloppnåelse og risiko fra Sykehuspartner HF i 2015 er vurdert og håndtert, er det sendt brev med spørsmål (spørrebrev) til Helse Sør-Øst RHF.

Intervjuer

For å få utdypet svarene på spørrebrevet og den oversendte dokumentasjonen, og for å sammenligne hvordan styring og oppfølging på enhets-, seksjons-, avdelings- og virksomhetsnivå foregår i praksis i de utvalgte styringslinjene, er det gjennomført til sammen elleve intervjuer i Sykehuspartner HF i mars 2016.

Ni av intervjuene er gjennomført fra nederste til øverste nivå innad i de tre utvalgte styringslinjene, mens de to siste er med direktørene for de tre IKT-virksomhetsområdene og med hele foretaksledelsen. Ansatte på det laveste nivået i hver styringslinje ble valgt ut tilfeldig ved trekning, for intervju.

Kvantitative analyser

Revisjonen har mottatt oversikt over alle fakturaer Sykehuspartner HF har sendt ut i 2015. Revisjonen har også mottatt et datasett med alle tidsregistreringer for alle ansatte og innleide ressurser i de tre IKT-virksomhetsområdene for 2015. Disse dataene er blitt brukt til å analysere tidsbruken til ulike oppgaver i Sykehuspartner HF.¹⁵ Tidsbruk fordelt på ulike oppgaver i de ulike IKT-virksomhetsområdene framstilles i årsverk. Et årsverk er definert som 1950 timer.¹⁶ I vedlegg 1 framgår totale årsverk i 2015 både inkludert og ekskludert fravær. I beregningen av totale årsverk i kapittel 2 er all tid som er registrert som ferie, permisjon, sykefravær og annet fravær, ekskludert.

Datasettene med fakturaer og tidsregistrering er blitt sammenstilt for å vurdere hvor mye de ulike tjenestene Sykehuspartner har levert til helseforetakene innen basis driftstjenester, har kostet. IKT-tjenester og IKT-service fakturerer for basis driftstjenester hver for seg, og det er derfor estimert ulike timepriser. De estimerte timeprisene er beregnet ved å dele fakturerte kostnader for tjenestene på totalt antall timer brukt på de ulike tjenestene. Mer spesifikt innebærer dette at alle kostnader som er fakturert på kundetjenestekategorien drift og forvaltning (B40), er delt på alle timer som er registrert som arbeid innenfor tidsregistreringskategoriene IKT-forvaltning, -drift, -arkitektur og -sikkerhet i Sykehuspartners tidsregistreringssystem. Tilsvarende er gjort for IKT-service, der kostnadene som er fakturert på kundetjenestene brukerstøtte (B30), administrative applikasjonstjenester (B31) og grunnleggende infrastrukturtjenester (B36), er summert og delt på antall timer registrert som arbeid innenfor tidsregistreringskategorien IKT-service. Helse Sør-Øst RHF oppgir at avskrivnings- og avtalekostnader utgjør 33,1 prosent for IKT-tjenester og 3,1 prosent for IKT-service. I beregningene av timepriser er disse kostnadene utelatt, noe som gir en timepris på 1094 kroner for hovedoppgavene innen IKT-tjenester (forvaltning, drift og IKT-arkitektur og -sikkerhet) og 593 kroner for IKT-service.¹⁷

Med utgangspunkt i de beregnede timeprisene er det estimert kostnader for drift, forvaltning og service for ulike grupper av systemer og applikasjoner ved å multiplisere timeprisene med antall timer som er brukt til å levere de enkelte tjenestene i 2015. Fordi avskrivnings- og avtalekostnader er utelatt, er estimeringen basert på 66,9 prosent av faktisk fakturerte kostnader for IKT-tjenester, og 96,9 prosent for IKT-service. Disse kostnadene er personellkostnader, administrasjon, lokalleie og andre kostnader. Kostnadsestimatene forutsetter at det innenfor forvaltning, drift og IKT-arkitektur og -sikkerhet er en lik timepris for personellkostnader uavhengig av hvilke systemer og applikasjoner som driftes og forvaltes, og tilsvarende for service. Øvrige kostnader er forutsatt å samvarierte med ressursinnsatsen.

1.5 Nærmere om finansieringen av Sykehuspartner HF

I tabell 2 er det gitt en forenklet framstilling av hvordan IKT-området i hovedtrekk er finansiert. Tjenestepriismodellen blir nærmere omtalt i kapittel 2.1.1.

15) Totalt 97 timer var registrert som negative timer, og i tillegg inneholdt dataene én time registrert på en testbruker. Disse timene er ekskludert.

16) I SSBs lønnsstatistikk tilsvare et årsverk 1950 timer (inkludert ferie). Dette forutsetter 37,5-timersuke.
<http://www.ssb.no/a/metadata/conceptvariable/wardok/2744/nb>.

17) De estimerte timeprisene representerer verken timelønn til personalressurser eller timepriser avtalt med helseforetakene.

Tabell 2. Forenklet matrise over hvordan IKT-området i hovedsak er finansiert

Finansiering/Virksomhetsområder		IKT-tjenester*	IKT-service*	Prosjekttjenester
Tjenestepriismodellen	Basis driftstjenester	x	x	
	Kundespesifikke tjenester	x		x
Øvrig fakturerbar inntekt				x

* IKT-tjenester og IKT-service har også noe øvrig fakturerbar inntekt gjennom deltakelse i regionale prosjekter i regi av Helse Sør-Øst RHF.

Basis driftstjenester kan ses på som et grunnleggende tjenesteabonnement som alle helseforetakene må ha for å få tilgang til alle typer IKT-tjenester. Det er i hovedsak ressurser i IKT-tjenester som utfører drift og forvaltning, mens IKT-service yter brukerstøtte.

I tillegg til basis driftstjenester kan helseforetakene bestille tjenester som Sykehuspartner HF fakturerer de aktuelle helseforetakene som kundespesifikke tjenester. Disse blir ofte omtalt som tjenesteendringer, og blir i hovedsak utført av Prosjekttjenester og IKT-tjenester.

Virksomhetsområdet Prosjekttjenester er i hovedsak finansiert gjennom øvrig fakturerbar inntekt fra prosjektledelse og deltakelse i regionale prosjekter der Helse Sør-Øst RHF bærer utviklingskostnadene fram til systemene blir aktivert og tatt i bruk i helseforetakene. Da går de over til å bli finansiert via tjenestepriismodellen. Mest ressurser bruker Prosjekttjenester på samordnings- og standardiseringsprogrammet Digital fornying.

Regnskapet for 2015¹⁸ viser at Sykehuspartner HF's samlede driftsinntekter var på 3967 mill. kroner, hvorav den årlige basisrammefinansieringen fra Helse Sør-Øst RHF utgjorde 148,1 mill. kroner og inntektene gjennom tjenestepriismodellen utgjorde 2788 mill. kroner. De samlede driftskostnadene utgjorde 3897 mill. kroner og bestod i hovedsak av personellkostnader (1097 mill. kroner), avskrivninger (735 mill. kroner), varekostnad (724 mill. kroner) og andre driftskostnader (1322 mill. kroner). Andre driftskostnader består blant annet av reparasjon, vedlikehold og service (678 mill. kroner) og bygninger og kontorlokaler inklusiv energi og forsikring (112 mill. kroner). Årsresultat inklusiv finans ble 42,4 mill. kroner.

2 Resultatet av undersøkelsen

2.1 I hvilken grad vurderer Sykehuspartner HF om IKT-tjenestene er kostnadseffektive?

2.1.1 Grunnlaget for prisingen av tjenestene til helseforetakene

Krav og forventninger i tjenestepriismodellen

Sykehuspartners virksomhet finansieres i hovedsak ved at tjenester til helseforetakene prises på grunnlag av tjenestepriismodellen. Modellen er kostnadsbasert, noe som innebærer at prisene helseforetakene betaler, skal dekke Sykehuspartners kostnader. Endringer i tjenestepriismodellen og timepriser skal godkjennes av Helse Sør-Øst RHF. Helse Sør-Øst RHF oppgir at begrunnelsen for dette blant annet er at Sykehuspartners monopolistrolle gjør at prisene dannes uten konkurranse, og at prisendringer vil kunne

18) Behandlet i styremøte 27. april 2016, jf. styresak 19-2016.

gi omfordelingseffekter for helseforetakene. Ny tjenestepriismodell for Sykehuspartners IKT-tjenester innen drift, forvaltning og brukerstøtte ble vedtatt i 2013, og er ifølge Helse Sør-Øst RHF videreført uten justeringer ved etablering av Sykehuspartner HF i 2015.

Tjenestepriismodellen har flere formål. Modellen skal blant annet tilrettelegge for en vesentlig forenkling av økonomi- og virksomhetsstyringen og gi helseforetakene et forutsigbart kostnadsnivå. Videre skal modellen legge til rette for effektiv drift av tjenester og at gevinstrealisering i Sykehuspartner skal komme helseforetakene til gode. Modellen skal også legge til rette for korrekt prising av IKT-tjenester og sporbarhet mellom kostnader og tjenestepriiser for tjenestenivåene per helseforetak, slik at alle endringer i tjenestepriiser kan dokumenteres og etterprøves.

Tjenestepriismodellen definerer to tjenestegrupper, basis driftstjenester og kundespesifikke tjenester. Hver tjenestegruppe er inndelt i ni tjenestekategorier. For basis driftstjenester vil tjenestekategoriene benyttes til internt styringsformål i Sykehuspartner og i budsjettssammenheng, mens de for de kundespesifikke tjenester vil være grunnlag for det enkelte helseforetaks budsjett og fakturering.

Vilkår og krav til leveranser og pris for basis driftstjenester reguleres i en standard leveranseavtale (SLA). Dette er en ettårig avtale som Sykehuspartner HF inngår individuelt med hvert av helseforetakene. Til å fordele kostnader for basis driftstjenester mellom helseforetakene blir det benyttet en fordelingsnøkkel. Faktaboks 1 gir en nærmere beskrivelse av de to tjenestegruppene og fordelingsnøkkelen.

Faktaboks 1. Basis driftstjenester, kundespesifikke tjenester og fordelingsnøkkelen i tjenestepriismodellen

Basis driftstjenester er grunnleggende IKT-tjenester alle helseforetakene må ha. De viktigste kostnadskomponentene i basis driftstjenester er personalkostnader relatert til drifts- og forvaltningsoppgaver, avtalekostnader og avskrivninger. Basis driftstjenester er inndelt i ni tjenestekategorier. Driftskostnadene fordeles mellom helseforetakene ved hjelp av en fordelingsnøkkel.

Kundespesifikke tjenester er tjenester der kostnadene kan knyttes direkte til et helseforetak. Kostnadene er hovedsakelig innkjøp som viderefaktureres helseforetakene, leie av konsulenter, avskrivninger og avtalekostnader. Kundenspesifikke tjenester er delt inn i ni tjenestekategorier med hver sin tilhørende regnskapskode.**

Fordelingsnøkkelen fordeler kostnadene mellom helseforetakene for basis driftstjenester og er basert på hvordan kostnadsfordelingen mellom foretakene var da modellen ble innført i 2013. Når et helseforetak bestiller nye tjenester fra Sykehuspartner, blir kostnaden fakturert som kundespesifikke tjenester det første året, med bakgrunn i et pristilbud fra Sykehuspartner. Fra og med året etter justeres fordelingsnøkkelen, og helseforetakets andel av basis driftskostnader endres. Hvis et helseforetak avslutter en tjeneste, foretar Sykehuspartner en reduksjon av tjenestepriisen. Fordelingsnøkkelen justeres én gang i året på grunnlag av alle tjenesteendringer og regionale tjenester som ble implementert eller avsluttet foregående periode.

Kilde: Tjenestepriismodellen.

* Brukerstøtte, administrative applikasjonstjenester, kliniske applikasjonstjenester, kliniske spesialistapplikasjonstjenester, medisinske servicetjenester, integrasjonstjenester, grunnleggende infrastruktur tjenester, nettverkstjenester og telekommunikasjonstjenester.

** Arbeidsflate, HF-spesifikke regionale tjenester, HF-spesifikke infrastruktur tjenester, HF-spesifikke applikasjonstjenester, HF-spesifikke sambandstjenester, HF-spesifikke telekom tjenester, HF-spesifikke konsulenttimer, HF-spesifikke viderefakturerbare enkeltkjøp og tjenester HF/HSØ og leie av utstyr.

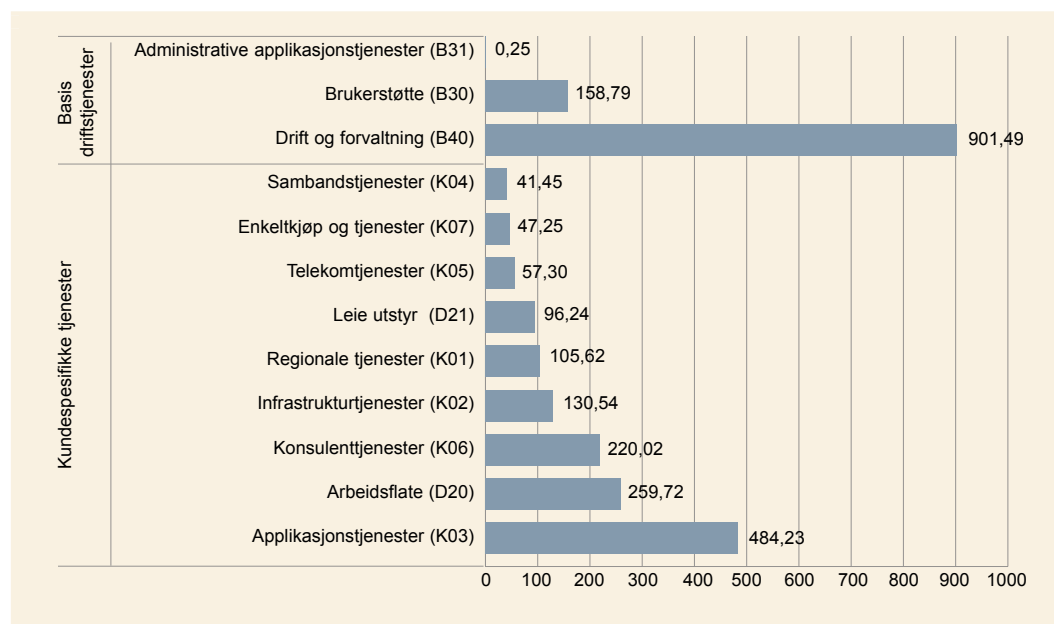
Ifølge tjenestepriismodellen er Sykehuspartners kostnadsstyring kritisk for utviklingen av helseforetakenes tjenestepriis, og det vil være sentralt å skape tillit og troverdighet rundt egen kostnadsstyring for å sikre at helseforetakene betaler riktig pris for tjenestene. Sykehuspartner skal ifølge tjenestepriismodellen definere nøkkelindikatorer

for kostnadsutvikling og -styring (KPI)¹⁹ for å kunne identifisere om kostnadsbasen utvikler seg i riktig retning, og sikre at tjenestepriene det enkelte helseforetak betaler, er på riktig nivå.

Bruk av tjenestepri modellen

Det innhentede fakturagrunnlaget for Sykehuspartners faktureringer gjennom tjenestepri modellen i 2015 viser at helseforetakene og det regionale helseforetaket samlet sett for IKT-området ble fakturert for 2502 mill. kroner i 2015, hvorav 1060 mill. kroner var for basis driftstjenester og 1442 mill. kroner var for kundespesifikke tjenester. Fakturaene viser også at Sykehuspartner HF i tillegg fakturerte for ytterligere 286 mill. kroner innen kategorier/koder som ikke er omtalt i tjenestepri modellen.²⁰

Figur 1. Fakturerte kostnader til helseforetakene i 2015 fordelt på kundespesifikke tjenester og basis driftstjenester. Mill. kroner



Figur 1 viser de samlede fakturerte kostnadene til kundespesifikke tjenester og basis driftstjenester i 2015, fordelt på ulike kostnadskategorier. For basis driftstjenester, betalte helseforetakene til sammen 901,5 mill. kroner til drift og forvaltning, og 159 mill. kroner til brukerstøtte. Innenfor kundespesifikke tjenester betalte helseforetakene til sammen mest for applikasjonstjenester (484 mill. kroner), arbeidsflate²¹ (260 mill. kroner), og konsulent tjenester (220 mill. kroner).

Videre viser figur 1 at det i all hovedsak ble benyttet to tjenestekategorier for basis driftstjenester i 2015. IKT-service benyttet kategorien brukerstøtte (B30), mens IKT-tjenester benyttet kategorien drift og forvaltning (B40). Når det gjelder kundespesifikke tjenester, viser figuren at Sykehuspartner i 2015 benyttet alle de ni kundespesifikke tjenestekategoriene i tjenestepri modellen.

Foretaksledelsen viser til at det er foretatt endringer i tjenestepri modellen fra 1. januar 2016, slik at basis og kundespesifikke tjenester ikke lenger skal inndeles i like mange ulike basis/kundestyrte tjenester. Bakgrunnen for endringen er begrensninger i støttesystemene i ERP-systemet. Endringene er håndtert i økonomiavdelingen i Sykehuspartner og ble formidlet til helseforetakene høsten

¹⁹ Key Performance Indicators (KPI).

²⁰ Dette gjelder kostnader for tjenester innen HR, innkjøp og logistikk, som ikke er en del av IKT-området.

²¹ Med arbeidsflate menes basisprogramvare, støttetjenester knyttet til overvåking og drift, og tilgang til nettverk, skrivere og fellesområde for lagring.

2015. Endringene er ikke forelagt Helse Sør-Øst RHF for godkjenning, slik tjenestepriismodellen forutsetter.

Informasjonen helseforetakene mottar gjennom fakturaer, regnskap og i budsjettprosessen

Sykehuspartner sender månedlige fakturaer til hvert helseforetak der de samlede kostnadene for basis driftstjenester og avskrivningskostnader for kundespesifikke tjenester spesifiseres. I tillegg sender Sykehuspartner kvartalsvise regnskap til hvert helseforetak. Disse regnskapene gir informasjon om det enkelte helseforetakets påløpte kostnader og prognose for resten av året for henholdsvis basis driftstjenester, kundespesifikke tjenester, eventuelle nye og endrede tjenester, samt regionale tjenester.²²

Når det gjelder de kundespesifikke tjenestene, viser den månedlige faktureringen i 2015 at Sykehuspartner fordeler avskrivningskostnadene på fem kategorier som framgår på hver sin linje i fakturaen.²³ Øvrige kundespesifikke tjenester faktureres helseforetakene løpende. Gjennomgangen av mottatte regnskap viser at det er utarbeidet tjenesteregnskap for de ni kundespesifikke tjenestekategoriene i tjenestepriismodellen for de ulike helseforetakene.

Når det gjelder basis driftstjenester, går det fram (på én linje) i fakturaene for 2015 hvor mye helseforetakene skal betale for basis driftstjenester, og det gis ingen informasjon om hvilke kostnadskomponenter som inngår i basis driftstjenester, eller hvordan disse fordeler seg mellom drift og forvaltning av ulike systemer og applikasjoner. Innhentede kvartalsvise regnskap viser at for basis driftstjenester er regnskapstallene i likhet med fakturaene samlet på én linje og ikke spesifisert i tjenestekategoriene i tjenestepriismodellen.

Sykehuspartner oppgir i svar på spørrebrev at det ikke blir ført et tjenesteregnskap som gir en detaljert oversikt om hva ulike systemer og applikasjoner koster å drifte, og viser til at tjenestepriismodellen håndterer dette på et overordnet nivå. Sykehuspartner begrunner faktureringen av basis driftstjenester som en samlet sum med at en mer detaljert måling av hva ulike tjenester koster, vil være komplisert, og at det ikke er mulig å finne tall som gjengir helt korrekte kostnader for det enkelte helseforetak. Ifølge foretaksledelsen ble det tidligere beregnet kostnader for alle systemer for helseforetakene, mens det nå foretas en nettoføring av lønnskostnader inkludert avskrivninger og ulike andre basiskostnader, som så fordeles mellom helseforetakene etter fordelingsnøkkelen, jf. faktaboks 1.

Kostnadene til basis driftstjenester blir ikke spesifisert per system eller tjeneste, og det er heller ingen sporbarhet mellom kostnadene helseforetakene påføres, og Sykehuspartners utgifter knyttet til å levere disse tjenestene per helseforetak. Ifølge foretaksledelsen kan ikke helseforetakene følge med på kostnadene til ulike systemer, utover avskrivninger for kundespesifikke tjenester og avtalekostnader.

Helse Sør-Øst RHF viser i sin tilbakemelding på rapporten til at faktureringen av basis driftstjenester tar utgangspunkt i et budsjettgrunnlag som er grundig spesifisert og kommunisert av Sykehuspartner HF til Helse Sør-Øst RHF og helseforetakene. I tillegg gjennomfører Sykehuspartner HF regelmessige prognosemøter med helseforetakene, både for basis driftstjenester og kundespesifikke tjenester, med gjennomgang av kostnadsutviklingen gjennom året.

22) Kundespesifikke tjenester spesifiseres i kategoriene K01-K05 og D20-21, og nye og endrede tjenester spesifiseres i kategoriene K06 og K07.

23) Regionale tjenester, infrastruktur tjenester, applikasjonstjenester, sambandstjenester og telekom tjenester.

Analysen av mottatt budsjettgrunnlag for 2016 viser at basis driftstjenester ikke er spesifisert på de ni tjenestekategoriene, som tjenestepriismodellen forutsetter skal benyttes til internt styringsformål og i budsjettsammenheng. Ifølge Helse Sør-Øst RHF skal kostnadene måles på tjenestenivå, og viser til at det i 2016 arbeides med å etablere en kategorisering av tjenester som er mer kundeorientert og mer hensiktsmessig for å følge opp kostnadseffektivitet og kvalitet.

Estimerte tjenestekostnader innen basis driftstjenester

Sykehuspartner foretar ingen systematisk analyse og kategorisering av hva det koster å levere de ulike delene av basis driftstjenester verken samlet sett eller per helseforetak, og dermed heller ikke drift og forvaltning av systemer og applikasjoner.

Sykehuspartner har imidlertid data som kan analyseres, sammenstilles og brukes til å gi helseforetakene mer informasjon enn det som gjøres idag. Alle ansatte og innleide konsulenter registrerer timer i tidsregistreringssystemet Current Time. Basert på informasjon om ressursbruk fra tidsregistreringssystemet og fakturaene til helseforetakene, har revisjonen utarbeidet kostnadsestimer for ulike drifts-, forvaltnings- og serviceoppgaver innen basis driftstjenester.

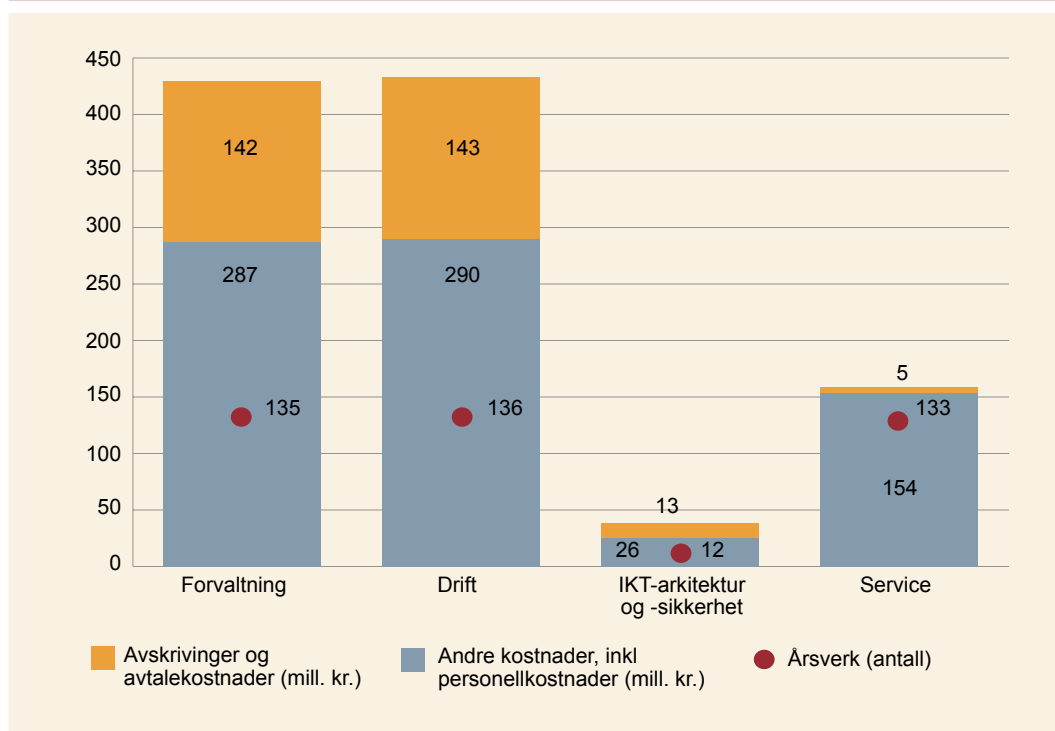
I kostnadsestimatene er det benyttet gjennomsnittlige beregnede timepriser på henholdsvis 1094 kroner for hovedoppgavene innen IKT-tjenester og 593 kroner for IKT-service, jf. kapittel 1.4. Kostnadsestimatene forutsetter at driftskostnader utover avskrivnings- og avtalekostnader samvarierer med personellinnsatsen, det vil si at der personellinnsatsen er høy, vil øvrige kostnader også være høye og motsatt. Helse Sør-Øst RHF oppgir at andel avskrivnings- og avtalekostnader av basis driftstjenester utgjør 33,1 prosent for IKT-tjenester og 3,1 prosent for IKT-service. I beregningene av kostnadsestimatene er disse kostnadene utelatt.

Helseforetakene blir fakturert for kostnadene som har gått med til å levere drifts-, forvaltnings- og servicetjenester som basis driftstjenester.²⁴ Analyse av Sykehuspartners fakturering til helseforetakene i 2015 viser at den totale fakturerte kostnaden for drift-, forvaltning- og servicetjenester, som til sammen utgjør basis driftstjenester, var i overkant av 1,06²⁵ mrd. kroner. 85 prosent av kostnadene var for drifts- og forvaltningstjenester (inkludert IKT-arkitektur og -sikkerhet), og 15 prosent var kostnader for servicetjenester. Sykehuspartners ansatte og innleide ressurser registrerer tid på et detaljert nivå, som gjør det mulig å analysere ressursbruk knyttet til hovedoppgaver og tjenestegrupper, herunder ulike systemer og applikasjoner. I figur 2 gis det en presentasjon av ressursbruk samt kostnadsestimer for hovedoppgaver innen IKT-området.

24) Av totalt registrerte arbeidstimer i Current Time gikk 551 548 til drift og forvaltning og 259 750 til service i 2015.

25) 1 060 483 824,39.

Figur 2. Antall årsverk brukt og estimerte kostnader for drift, forvaltning og service, 2015. Kostnader i mill. kr.



Kilde: Tidsregistreringsdata fra Current Time i Sykehuspartner i 2015 og Sykehuspartners fakturering av helseforetakene i 2015.

Figur 2 viser at det innenfor hovedoppgavene til virksomhetsområdet IKT-tjenester (forvaltning, drift og IKT-arkitektur og -sikkerhet) ble brukt totalt 283 årsverk fordelt på 135 årsverk innen forvaltningsoppgaver, 136 årsverk innen driftsoppgaver og 12 årsverk innen IKT-arkitektur og -sikkerhet. Innen virksomhetsområdet IKT-service ble det brukt 133 årsverk til serviceoppgaver. Det er i hovedsak ansatte i IKT-tjenester som arbeider med forvaltning, drift og IKT-arkitektur og -sikkerhet, og i hovedsak ansatte i IKT-service som arbeider med serviceoppgaver.

For IKT-tjenester viser figur 2 at helseforetakene samlet ble fakturert for 901 mill. kroner for basis driftstjenester i 2015, hvorav avskrivnings- og avtalekostnader samlet utgjorde 298 mill. kroner (33,1 prosent). Gitt de tidligere nevnte beregningsforutsetningene er det i figur 2 estimert hvordan disse kostnadene fordeler seg mellom forvaltning, drift, og IKT-arkitektur og -sikkerhet, basert på ressursbruken innenfor disse oppgavene i 2015.

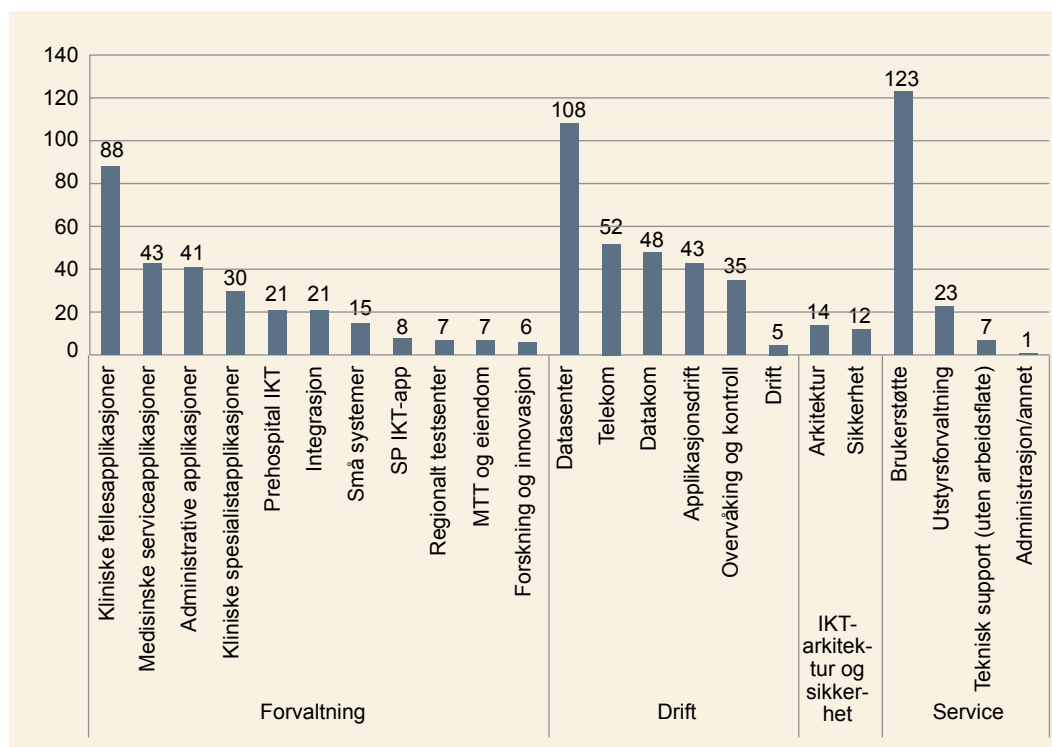
Når det gjelder IKT-service, ble helseforetakene samlet fakturert for 159 mill. kroner for basis driftstjenester i 2015, hvorav avskrivnings- og avtalekostnader samlet utgjorde 5 mill. kroner (3,1 prosent). Til tross for relativt lik ressursbruk (+/- 135 årsverk) innen henholdsvis forvaltnings-, drifts- og serviceoppgaver, er totalkostnadene for serviceoppgavene lavest. Dette skyldes at personellkostnadene utgjør en større andel av totalkostnaden for IKT-service enn IKT-tjenester, noe som blant annet henger sammen med lavere avskrivnings- og avtalekostnader og at den estimerte timeprisen for tjenester levert av IKT-tjenester er høyere enn timeprisen for IKT-service, jf. kap 1.4.

I tidsregistreringssystemet Current Time er registrerte timer fordelt på ulike kategorier av tjenestegrupper, slik at kostnader for drift, forvaltning og service kan estimeres per tjenestegruppe. Estimaten i figur 3 forutsetter at timeprisen innenfor tjenestegruppene innen hovedoppgavene (forvaltning, drift og IKT-arkitektur og -sikkerhet) i

virksomhetsområde IKT-tjenester er lik, og at timeprisen innenfor tjenestegruppene i IKT-service er lik, men lavere enn i IKT-tjenester.

Siden de estimerte kostnadene i figur 3 ikke inkluderer avskrivnings- og avtalekostnader, er estimatene basert på 66,9 prosent av de totale kostnadene for forvaltning, drift, og IKT-arkitektur og -sikkerhet, og på 96,9 prosent av de totale kostnadene for servicetjenester. Estimaten som presenteres i figuren, vil derfor være lavere enn det helseforetakene reelt sett betaler for disse tjenestene.

Figur 3. Estimerte kostnader for forvaltning, drift og service innen ulike tjenestegrupper, mill. kr.



Figur 3 viser estimerte kostnader for tjenestegrupper innenfor hovedoppgavene til virksomhetsområde IKT-tjenester (forvaltning, drift og IKT-arkitektur og -sikkerhet) og virksomhetsområdet IKT-service. Den estimerte kostnaden for forvaltning av kliniske fellesapplikasjoner er 88 mill. kroner og høyest for tjenestegruppene innenfor forvaltning. Samlet sett er den estimerte kostnaden for applikasjonsforvaltning²⁶ 202 mill. kroner.

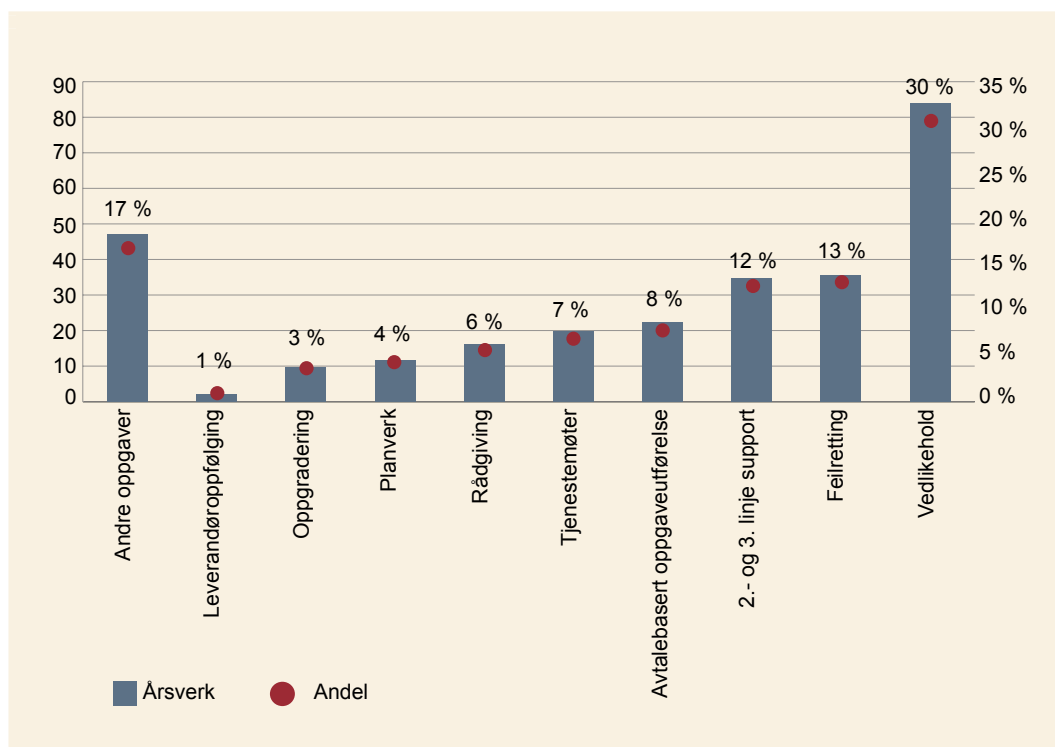
Innen drift er datasenter den tjenestegruppen som har høyest estimert kostnad, på 108 mill. kroner. Datasenter omfatter drift av servere, lagring av data og vedlikehold av databaser. Den estimerte kostnaden for drift av data- og telekomløsninger, som blant annet omfatter nettverksdrift og telefoni, er 100 mill. kroner. Når det gjelder tjenestegruppene innenfor IKT-service, er den høyeste estimerte kostnaden 123 mill. kroner til brukerstøtte.

I tillegg til å registrere hvilke typer systemer og applikasjoner de jobber med, registrerer ansatte og innleide også hvilke typer oppgaver de utfører på de ulike systemene. I figur 4 presenteres ressursbruk innenfor drifts- og forvaltningsoppgavene i 2015. Det er i hovedsak ansatte i virksomhetsområdet IKT-tjenester som arbeider med disse oppgavene.²⁷

26) Kliniske fellesapplikasjoner, medisinske serviceapplikasjoner, administrative applikasjoner og kliniske spesialistapplikasjoner.

27) Ansatte i IKT-service leverte samlet 0,2 årsverk til én eller flere av oppgavene i figur 4, mens ansatte i Prosjekttjenester leverte 1 årsverk, jf. vedlegg 1.

Figur 4. Årsverk brukt på ulike drifts- og forvaltningsoppgaver* i Sykehuspartner i 2015 (n=283)



*Kategorien «Andre oppgaver» er en samlekategori som samler tid registrert innenfor totalt 59 andre kategorier.
Kilde: Tidsregistreringsdata fra Current Time i Sykehuspartner i 2015.

Figur 4 viser hvordan tidsbruk til ulike oppgaver innenfor hovedoppgavene til virksomhetsområdet IKT-tjenester (forvaltning, drift og IKT-arkitektur og -sikkerhet) fordelte seg i 2015. Det ble totalt brukt 283 årsverk²⁸ på drift- og forvaltningsoppgavene.²⁹ Ca. 55 prosent av disse årsverkene (ca. 155) ble brukt på vedlikehold, feilretting og 2.- og 3.-linjesupport. Når det gjelder vedlikehold, er dette for hovedoppgaven drift i stor grad knyttet til drift av datasenter, mens vedlikehold for hovedoppgaven forvaltning er jevnt fordelt mellom Sykehuspartners applikasjonsporfølje.

Gitt samme kostnadsestimering med ekskludering av avskrivnings- og avtalekostnader som i figur 3, har helseforetakene i 2015 betalt 178,8 mill. kroner for vedlikehold, 76,0 mill. kroner for feilretting og 73,8 mill. kr. for 2.- og 3.-linjesupport. I tillegg har tidsbruk til rådgivning og tjenestemøter kostet helseforetakene om lag 76,5 mill. kroner.

2.1.2 Grunnlaget for måling av hvorvidt tjenestene til helseforetakene er kostnadseffektive

Tilgjengelig styringsinformasjon

For å måle om tjenestene er kostnadseffektive er det nødvendig å ha informasjon om omfanget av tjenestene virksomheten leverer, og hvor god kvaliteten på tjenestene er, og se dette i sammenheng med ressursinnsatsen og kostnadene som har gått med til å levere tjenestene.

Som vist i kapittel 2.1.1 og 2.2.2 har Sykehuspartner styringsdata på overordnet nivå om omfanget av tjenestene de leverer, og ressursbruk og personellkostnader knyttet til dette.

28) 516 052 timer.

29) Tid til arbeidsflate er ekskludert.

Sykehuspartner har bl.a. oversikt over antallet prosjekter og tjenesteendringer ansatte og innleide konsulenter deltar i, og antallet applikasjoner foretaket drifter for helseforetakene. Styringsdataene gir imidlertid begrenset informasjon om antall leverte enkelttjenester.

Det går fram av intervjuer at alle enhetsledere i IKT-virksomhetsområdene rapporterer månedlig på hvorvidt det er samsvar mellom budsjetterte og regnskapsmessige inntekter og utgifter for enheten. I denne sammenhengen bruker lederne et dashboard med ulike nøkkeltall for egen enhet. Dashboardet gir blant annet oversikt over personalkostnader og fravær, hvor mange egne ansatte som leies ut til eksterne prosjekter, og som dermed gir inntekter til enheten, samt hvor mange innleide konsulenter som belastes enhetens budsjett. Faktureringsgraden, dvs. hvor mye de ansatte fakturerer gjennom deltakelse i eksterne prosjekter av totalt antall timer, følges både for enhetene samlet og per ansatt. Foretaksledelsen oppgir i intervju at ledergruppen i den månedlige rapporteringen har størst oppmerksomhet rettet mot budsjettmessige avvik.

Sykehuspartner får også noe informasjon om kvaliteten på tjenestene, gjennom kontinuerlig overvåkning av antall kritiske hendelser og årsakene til hendelsene, jf. faktaboks 2, og månedlig måling av kunde- og brukertilfredshet i helseforetakene.

Faktaboks 2. Kritiske hendelser

IKT-systemer og -tjenester klassifiseres etter kritikalitet og alvorlighet, basert på vurderinger av hvilke konsekvenser nedetid av systemet vil medføre. For eksempel er en såkalt 1A-hendelse en meget kritisk hendelse med potensielt meget alvorlige konsekvenser. En 1A-hendelse er en hendelse som gjelder et system som er meget avgjørende for pasientbehandling eller virksomhetens drift. Konsekvensene av nedetid kan for slike systemer være fare for pasientenes liv og helse, at flere brukere ikke får gjort jobben sin, betydelig merarbeid og tapt effektivitet.

Kilde: Veileder fra Helse Sør-Øst³⁰

I årlig melding for 2015 rapporterer Sykehuspartner at foretaket ikke nådde målet om at antallet kritiske hendelser skulle reduseres sammenlignet med 2014, men at det har vært en positiv utvikling for nedetid. 42 prosent av såkalte 1A- og 2A-hendelser samlet ble løst innen målsatt løsnings tid, mot 37 prosent i 2014. Det går fram av 2. tertialrapport for 2015 at stabiliteten til kliniske systemløsninger ved enkelte store helseforetak var krevende å opprettholde på grunn av mange endringer og stor prosjektaktivitet, i tillegg til en aldrende infrastruktur.

Når det gjelder kundertilfredshet, viser gjennomgang av Sykehuspartners tertialrapporter at denne varierte mellom 73 og 75 prosent i 2015, mens målet for 2015 var på 80 prosent. Målingene gir også rom for kvalitative tilbakemeldinger fra helseforetakene, og ifølge tertialrapportene har enkelte helseforetak uttrykt misnøye med kvaliteten på leveranser av enkelte tjenester, at leveranser har blitt utsatt, og at helseforetakenes egne bestillinger ikke ble prioritert. Enkelte foretak var også misfornøyde med Sykehuspartners totale kostnadsnivå og den begrensede forutsigbarheten av kostnader som påløper foretakene. Sykehuspartner rapporterer også om brukertilfredshet som er utført ved temperaturmåling for brukerstøtte.

Intervjuer i de utvalgte styringslinjene viser at enhetene også innhenter informasjon om helseforetakenes synspunkter på kvaliteten på tjenestene gjennom kundemøter og egne spørreundersøkelser.

30) Helse Sør-Øst. Veileder IKT-beredskap og kontinuitet for Helseforetak i Helse Sør-Øst. Versjon 1.0.

Informasjonen om kvaliteten på tjenestene blir imidlertid ikke systematisk satt i sammenheng med styringsdata om ressursinnsatsen og kostnadene som har gått med til å levere tjenestene til helseforetakene.

I de tre utvalgte styringslinjene brukes det noe informasjon som kan si noe om kvalitet på tjenestene, antall tjenester som er levert, eller hvor effektivt ansattes arbeidstid utnyttes, som vist i tabell 3.

Tabell 3. Eksempler på tilgjengelig styringsinformasjon i de utvalgte styringslinjene i 2015 som ikke systematisk blir sammenstilt				
	Ressursbruk	Omfang	Kvalitet	Er ressursbruk, omfang og kvalitet systematisk sammenstilt og brukt til å måle kostnadseffektivitet i styringen?
IKT-tjenester	Antall årsverk	Antall leveranser etter SLA-avtalene	Antall kritiske hendelser / driftsavbrudd	Nei
			Oppetid på systemer	
			Redusere antall SLA-brudd med 20 %	
IKT-service	Antall årsverk til brukerstøtte	Antall samtaler besvart innen ett minutt	80 % av samtalene besvart innen 1 minutt	Nei
			Å løse 75 % av henvendelsene i 1.-linje og 90 % i 1.- og 2.-linje	
		Antall gjenåpnede saker	Under 5 % gjenåpnede saker	
Prosjekttjenester	Antall årsverk brukt til Digital fornying	Produksjon for ansatte i avdeling for prosjektledere i andel av total tid	Utilization (utnyttelsesgrad) i Digital fornying (tid i prosjekt for hel-tidsressurser i DF)	Nei
Informasjon tilgjengelig				
Informasjon ikke systematisk sammestilt				

Tabell 3 viser eksempler på tilgjengelig styringsinformasjon som det kunne være mulig å bruke til å måle om deler av tjenestene er kostnadseffektive dersom informasjonen systematisk ble sammenstilt.

Analysen av Sykehuspartners styringsdata om ressursbruk, økonomi, antall tjenester produsert og kvaliteten på tjenestene viser at oppmerksomheten i stor grad er rettet mot om budsjetter er i balanse, og om enhetene sikrer nok inntekter gjennom fakturerbare timer. Videre viser analysen at det i liten grad gjøres noen systematisk måling av om tjenestene som Sykehuspartner leverer samlet sett og i de enkelte enhetene, er kostnadseffektive, dvs. hvordan omfanget og kvaliteten på tjenestene er sammenlignet med kostnaden denne tjenesteproduksjonen har medført. Styringsdataene gir i liten grad informasjon om noen områder i Sykehuspartner eller tjenester som Sykehuspartner forvalter, er mer kostnadseffektive enn andre.

Sykehuspartners syn på måling av kostnadseffektive tjenester

Foretaksledelsen oppgir i intervju at det er vanskelig å finne gode interne parametere for å måle kostnadseffektivitet innenfor drift og forvaltningsområdet, og at det vurderes hva som vil være hensiktsmessige målinger av kostnadseffektivitet i 2016.

To hovedtilnærminger vurderes i denne sammenhengen: enten å utvikle interne parametere for måling av kostnadseffektivitet eller å gjennomføre en ny ekstern benchmarkingsundersøkelse.

Foretaksledelsen i Sykehuspartner uttaler i intervju at den oppfatter kravet om å levere kostnadseffektive tjenester som å sikre trygg og stabil drift og effektiv pasientbehandling. Kostnadseffektivisering skjer gjennom at Sykehuspartner klarer å absorbere nye applikasjoner og systemer i driften uten å øke bemanningen, fordi å holde bemanningen stabil samtidig med at oppgavene øker, krever prioriteringer og effektivisering.

Både foretaksledelsen og intervjuede enhetsledere mener at standardisering og konsolidering av systemene helseforetakene bruker, vil gjøre det enklere for Sykehuspartner å drive kostnadseffektivt, da det er mer ressurskrevende å drifte flere ulike systemer parallelt enn det er å drifte ett felles system for alle helseforetakene i regionen. Ansatte og ledere i IKT-virksomhetsområdene vektlegger i intervju at kostnadseffektivitet handler om å levere tjenester med god kvalitet innenfor budsjetttrammene, for eksempel ved å utnytte prosjektlederressursene best mulig eller å løse saker raskt og med riktig kompetanse.

Når det gjelder innføringen av tjenesteprismodellen, oppgir foretaksledelsen at det ikke er mulig å identifisere en konkret effektiviseringsgevinst som har kommet helseforetakene til gode, men at de får oversikt over sine samlede avskrivninger og avtalekostnader. Foretaksledelsen bekrefter i intervju at nøkkelindikatorer for kostnadsutvikling og -styring (KPI) som ifølge tjenesteprismodellen skulle defineres, ikke er utviklet.

I årlig melding går det fram at målet om å synliggjøre konkurransedyktighet ved å dokumentere kostnadseffektivitet og kvalitet er nådd. I rapporteringen som spesifikt handler om dette, viser Sykehuspartner til et årsresultat på 42,4 mill. kroner, mot Helse Sør-Øst RHF's krav om et årsresultat på 30 mill. kroner i 2015. Ifølge Sykehuspartner har foretaket oppnådd kostnadseffektivisering fordi omfanget av leveranser har økt uten økning i personell. I tillegg ble tjenesteendringer og timer til prosjekter levert i henhold til budsjett, samtidig som drift og forvaltning ble opprettholdt på et akseptabelt nivå til tross for økt tilfang av tjenester og mange endringer. Det går også fram av årlig melding at antall applikasjoner ble redusert med cirka 22 prosent, til tross for innføring av nye tjenester. Sykehuspartner følger en plan for å effektivisere brukerstøtte ved hjelp av bedre selvbetjeningsløsninger. I tillegg ble antall ansatte redusert i 2015, noe som vil redusere personellkostnader med 67 mill. kroner.

2.1.3 Eksterne evalueringer av kostnadseffektivitet

I 2014 ble det utført to eksterne benchmarkingsundersøkelser av Sykehuspartners kostnadseffektivitet. Én av konsulentselskapet Gartner etter krav fra Helse Sør-Øst RHF for å følge opp produktivitetsutviklingen over tid og vurdere hvorvidt IKT-tjenestene er kostnadseffektive, og én av Helsedirektoratet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Resultatet av undersøkelsen til henholdsvis Gartner og Helsedirektoratet viser ifølge Helse Sør-Øst RHF at Sykehuspartner scoret godt på kostnadseffektiv drift, og at Sykehuspartner i hovedsak har de samme IKT-kostnader og personell per produsert DRG som øvrige helseregioner.

Revisjonen viser imidlertid at Sykehuspartner foreløpig har betydelig lavere avskrivningskostnader enn mange av enhetene de er sammenlignet med. Siden produktivitetsmålet i benchmarkingsundersøkelsene er ressursinnsats delt på kostnader, blir Sykehuspartners produktivitet framstilt kunstig høy. Foretaksledelsen

oppgir at helseforetakenes avskrivningskostnader knyttet til basis driftstjenester vil øke i årene som kommer, som følge av at systemer som blir utviklet innen Digital fornying, føres over i drift.

Nærmere om undersøkelsen utført av Gartner

Konsulentselskapet Gartner gjennomførte en sammenligning av Sykehuspartners forbruksnivå og kostnadseffektivitet i IKT-tjenestene mot relevante organisasjoner i Vest-Europa og Nord-Amerika. Benchmarkingen viste blant annet at Sykehuspartner totalt sett hadde lavere utgifter til drift og forvaltning av IKT-systemer per ansatt i virksomhetene de leverer tjenester til, enn de sammenlignbare virksomhetene. Vurderingen av Sykehuspartners totale forbruk til IKT-leveranser ble gjort med utgangspunkt i (1) IKT-kostnader som del av Helse Sør-Østs samlede kostnader og (2) IKT-kostnader per ansatt i Helse Sør-Øst.

Sykehuspartners budsjett utgjorde 2,6 prosent av Helse Sør-Østs totale utgifter til drift på 72 mrd. kroner i 2013, mens sammenlignbare virksomheter i helsesektoren i gjennomsnitt brukte 4,5 prosent av sitt budsjett til drift og forvaltning av IKT-systemer. Videre hadde Sykehuspartner budsjettert med utgifter på 23 500 kroner per ansatt i Helse Sør-Øst, mens gjennomsnittet i sammenligningsgruppen lå på 38 900 kroner.

Siden 2013 har Sykehuspartners utgifter til drift og forvaltning, inkludert avskrivninger, økt fra 1,9 mrd. til 3,7 mrd. i året og er forventet å stige til 4,4 mrd.³¹ i året i 2020.³² Den forventede kostnadsveksten i Sykehuspartner i årene framover vil føre til at Helse Sør-Østs andel av totale utgifter til IKT vil øke fra 2,6 prosent i 2013 til mellom 4,9 og 5,5 prosent i 2020³³, avhengig av det samlede utgiftsnivået i Helse Sør-Øst i 2020. Videre vil Sykehuspartners kostnader per ansatt i HSØ totalt øke til mellom 49 500 og 55 000 kroner i 2020,³⁴ avhengig av antall ansatte i HSØ i 2020.

Det eneste området i Sykehuspartner som kommer dårligere ut enn sammenligningsgruppen i benchmarkingen er servicedesk. Totalt har Sykehuspartner 20 prosent høyere utgifter til brukerstøtte enn sammenlignbare virksomheter, samtidig som produktiviteten, i form av antall kontakter med brukere, er lavere per ansatt.

Nærmere om undersøkelsen utført av Helsedirektoratet

Helsedirektoratet gjennomførte en komparativ analyse av de regionale helseforetakene på IKT-området der IKT-kostnader og ressursbruk ble kartlagt ved bruk av spørreskjema. Direktoratet oppgir imidlertid at det var vanskelig å skape et sammenlignbart datagrunnlag som følge av ulik organisering, størrelse og kompleksitet, og at enhetenes kostnader og ressursbruk derfor ikke var direkte sammenlignbare.

Analysen til direktoratet viser at det gjennomgående er store likheter mellom RHF-ene. I sammendraget trekkes det fram at likhetene er spesielt store i beskrivelse av utfordringsbilde og i strategi og målbilder for hvordan IKT skal understøtte og styrke RHF-enes kjernevirksomhet. IKT-målene er spesielt fokusert mot standardisering og regionalisering av IKT-løsninger, samt strukturert informasjonsdeling gjennom helhetlige pasientforløp. RHF-enes tidlige IKT-strategier og tiltaksplaner (2002–2004) har store likhetstrekk med strategiene etter 2010. I historisk lys framstår de tidlige strategiene mer som målbilder og visjoner. Egenevalueringer og de reviderte

31) Disse tallene inkluderer også Sykehuspartners kostnader til HR-tjenester. Denne delen av Sykehuspartners virksomhet er imidlertid liten, og det er vanskelig å finne egne budsjetter i ØLP der kostnader til HR-tjenester er utelatt. ØLP signaliserer imidlertid at veksten i Sykehuspartners budsjetter de kommende årene vil komme på IKT-området, særlig som følge av økte avskrivningskostnader på systemer og applikasjoner utviklet i Digital fornying.

32) Styresak 8-2016 ØLP 2017-2020 behandlet på styremøte i Sykehuspartner HF 25. februar 2016.

33) Denne beregningen er basert på at HSØs samlede kostnader øker med mellom 1,5 og 3,25 prosent i året fra 2013 til 2020.

34) Denne beregningen er basert på at antall ansatte i HSØ er mellom 80 000 og 89 000 i 2020.

strategiene fra perioden 2005–2009 tyder på lav gjennomføringsevne og forsinkelser i mange prosjekter.

Den største forskjellen foruten størrelse er at Helse Sør-Øst RHF ligger noen år bak de tre andre med hensyn til regional konsolidering og standardisering. Dette skyldes blant annet at Helse Sør-Øst RHF ble én region seks år etter at de øvrige regionene fikk dagens struktur. I tillegg er det et historisk stort skille mellom Helse Sør-Øst og de tre øvrige helseregionene i og med at Sykehuspartner ble etablert tidlig (2003), men med mindre IKT-ansvar og færre fullmakter enn det de andre IKT-enhetene ble gitt.³⁵ Sykehuspartner ble opprettet for å levere tjenester til helseforetakene i datidens Helse Sør RHF, og endelig virksomhetsoverdragelse skjedde først i 2009, to år etter etableringen av Helse Sør-Øst RHF. Helsedirektoratet antar at variasjonen mellom Helse Sør-Øst RHF og de andre regionale helseforetakene kan bli vesentlig redusert fram mot om lag 2018, gitt at Helse Sør-Øst RHF lykkes med sitt omfattende digitale fornyingsprogram.

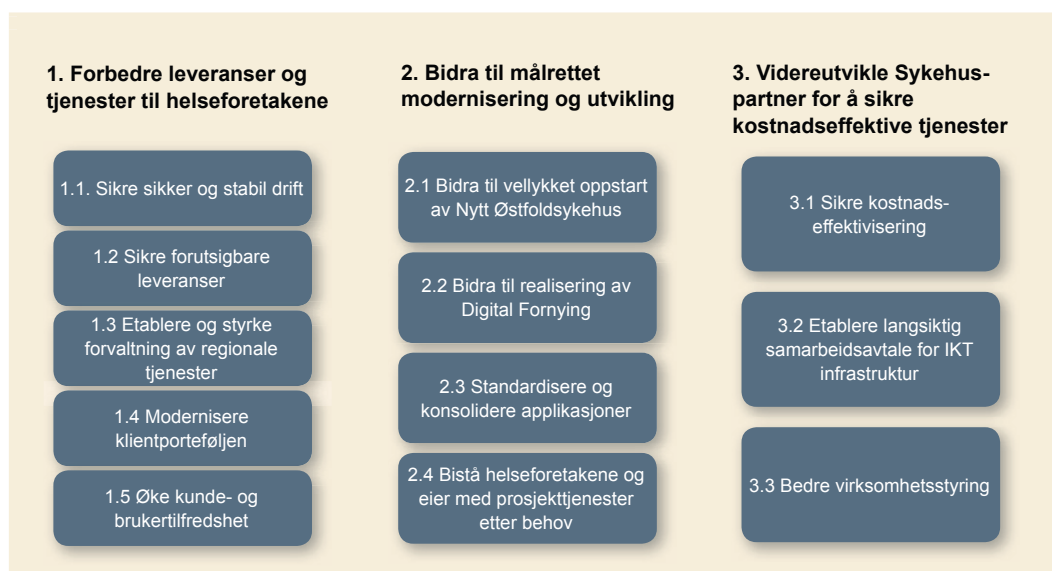
2.2 I hvilken grad legger Sykehuspartner HFs styring til rette for kostnadseffektive IKT-tjenester?

2.2.1 Virksomhets- og risikostyringen i Sykehuspartner

Operasjonaliseringen av målene i virksomhetsplanen i IKT-virksomhetsområdene

På bakgrunn av «Plan for strategisk utvikling 2013-2020» og «Langtidsplan IKT» utarbeidet av Helse Sør-Øst RHF, samt «Oppdrag og bestilling 2015» vedtok styret virksomhetsplan 2015 for Sykehuspartner HF. Virksomhetsplanen består av tre hovedmål med til sammen 12 undermål, som illustrert i figur 5.

Figur 5. Oversikt over Sykehuspartners mål i virksomhetsplanen for 2015



Det oppgis i svar på spørrebrev og av foretaksledelsen i intervju at hvert IKT-virksomhetsområde har sin egen praksis for å operasjonalisere målene i virksomhetsplanen, og at det er delegert til hver virksomhetsområdedirektør å gjennomføre en målstyringsprosess. Ansvaret for å fastsette målene og sørge

35) Helse Nord IKT (2006), Helse Vest IKT AS (2004) og HEMIT (2003).

for at de understøtter målene i virksomhetsplanen er lagt til den enkelte enhets- og seksjonsleder, og det er ingen felles og koordinert prosess på tvers av virksomhetsområdene.

Virksomhetsområdet IKT-tjenester har for 2015 brutt ned målene til egne mål og delmål for avdelings-, seksjons- og enhetsnivå. For utvalgt avdelings- og seksjonsnivå framgår målene i Mål og handlingsplan 2015 for IKT-tjenester KFA (kliniske fellesapplikasjoner). Faktaboks 3 viser hvilke mål dette er.

Faktaboks 3. Målene i Mål og handlingsplan 2015 for IKT-tjenester KFA

- 1 Forbedre tjenestene til helseforetakene**
 - 1.1. Styrke driftbarhet av kritiske tjenester
 - 1.2. Standardisere forvaltningen av regionale tjenester og småapplikasjoner
 - 1.3. Etablere teknologimålbilde og veikart per foretak
 - 1.4. Redusere backlog TE med 50 %
- 2 Bidra til modernisering og utvikling**
 - 2.1. Sikre leveranser og ressurser til PNØ
 - 2.2. Gjennomføre klientoppgradering av OUS/Ahus
 - 2.3. 20 % reduksjon i tjenesteporteføljen gjennom standardisering og sanering
 - 2.4. Understøtte innovasjon og videreutvikle nye tjenesteområder
- 3 Videreutvikle SP for framtiden**
 - 3.1. Sikre vellykket etablering av strategisk partnerskap
 - 3.2. Styrke lisensforvaltning
 - 3.3. Forenkle og tydeliggjøre leveransestyring

Virksomhetsområdet IKT-service har hatt en prosess for å bryte ned målene i virksomhetsplanen for 2015. Målene, som ble oppgitt i svar på spørrebrev, framgår av faktaboks 4.

Faktaboks 4. Mål 2015 for IKT-service

- 1 Forbedre leveranser og tjenester til helseforetakene**
 - 1.1. Øke servicegrad og tilgjengelighet for brukerne
 - 1.2. Økt proaktivitet
- 2 Bidra til målrettet modernisering og utvikling**
 - 2.1. Modernisering av IKT-utstyrsparken i Helse Sør-Øst
 - 2.2. Videreutvikle og modernisering av SPOC-verktøy
- 3 Videreutvikle SP for framtiden og sikre kostnadseffektivitet**
 - 3.1. Utvikle IKT-service for framtiden gjennom å sikre optimal ressursutnyttelse og etablering av økt regionalisering av tjenesteleveransene.

Prosjekttjenester har egne mål for virksomhetsområdet som er brutt ned fra de overordnede virksomhetsmålene. Målene, som ble oversendt i forbindelse med svar på spørrebrev, framgår av faktaboks 5.

Faktaboks 5. Mål 2015 for Prosjekttjenester

- 1 Forbedre leveranser og tjenester til helseforetakene**
 - 1.1. Etablere samhandlingsarenaer som prosjekttjenester med alle helseforetakene
 - 1.2. Videreutvikle PPM og verktøystøtte med fokus på kvalitet og risikostyring
- 2 Bidra til målrettet modernisering og utvikling**
 - 2.1. Bidratt til realisering av Digital fornying og foretakenes utviklingsinitiativ
 - 2.2. Utviklingspartner i planlegging og realisering av IKT ved NØS og NVVS
- 3 Videreutvikle SP for framtiden og sikre kostnadseffektivitet**
 - 3.1. Etablere helhetlig porteføljestyring og enhetlig prosjektgjennomføring for Sykehuspartner
 - 3.2. Er Sykehuspartners kompetansesenter for ressursstyring av IKT-ressurser
 - 3.3. Kostnadseffektiv ressursbruk i Digital fornying
 - 3.4. Kompetente og stolte medarbeidere

Operasjonaliseringen av flere av målene i virksomhetsområdene i faktaboks 3–5 understøtter ikke det etablerte målhierarkiet i den vedtatte virksomhetsplanen for 2015, jf. figur 5. Dette gjelder særlig hovedmål 3, «Videreutvikle Sykehuspartner for å sikre kostnadseffektive tjenester» og undermål 3.1, «Sikre kostnadseffektivisering». For eksempel viser faktaboks 3 at delmål 3, «Videreutvikle SP for framtiden innen IKT-tjenester» verken inneholder noen formulering om å sikre kostnadseffektive tjenester eller sikre kostnadseffektivisering. Analysen av tilsendt dokumentasjon viser dessuten at de etablerte resultatmålene i virksomhetsområdene i realiteten ofte er aktivitetskrav og ikke styringsparametere.

Tross ulike oppgaver har virksomhetsområdene grenseflater når det gjelder ansvar og oppgaver som fordrer samarbeid, særlig innen IKT-tjenester og IKT-service. Likevel er det ikke etablert prosesser som sikrer at enheter med lignende og tilleggende oppgaver kan fastsette felles tverrgående mål som kan understøtte måloppnåelse av de felles overordnede målene i den vedtatte virksomhetsplanen.

Det framgår av svar på spørrebrev at innad i virksomhetsområdene er de fastsatte målene for den enkelte underliggende avdeling, seksjon eller enhet ikke nedfelt i et eget tilgjengelig dokument for de ansatte, men i den enkelte leders lederavtale. Lederavtalene brukes således til dokumentering og oppfølging av både enhetens virksomhetsmål og lederens personlige mål. Det finnes ingen oversikt som viser det samlede målhierarkiet for hvert av de tre IKT-virksomhetsområdene, og hvordan de understøtter måloppnåelse på de vedtatte målene i virksomhetsplanen. De ansatte får tilgang til målene for sitt enhets-, seksjons- eller avdelingsnivå gjennom det som blir presentert eller dokumentert på møter.

Rutiner, IKT-systemer og verktøy for virksomhets- og risikostyring

Det oppgis i svaret på spørrebrevet at det ikke er utarbeidet skriftlige rutiner for henholdsvis ressursplanlegging og -styring i Sykehuspartner HF, eller for mål- og resultatrapportering til Helse Sør-Øst RHF. Sykehuspartner HF har imidlertid noen egne rutiner³⁶ for økonomistyring og bruker også den regionale økonomihåndboken versjon 1.2, som hele foretaksgruppen bruker.

Det finnes ikke noen felles veileder for tidsregistrering i Current Time. Prosjekttjenester og IKT-tjenester har utarbeidet hver sin tidsregistreringsveileder. I IKT-service benytter de veilederen til IKT-tjenester. Alle ansatte og eksterne konsulenter skal registrere hva de bruker tid på ukentlig, og registreringen i Current Time skal kontrolleres ukentlig. Det går fram av intervjuer at alle ansatte og innleide konsulenter registrerer timer i

36) Budsjettinstruks for 2016, budsjettnotat 2016 og rapporteringskalender.

tråd med fristen, og timeføringen kontrolleres ukentlig av nærmeste leder i alle de intervjuede enhetene. Eksterne konsulenters timeregistreringer kontrolleres ved å sjekke at fakturerte timer stemmer overens med timeføringen. På overordnet nivå er det direktørene for virksomhetsområdene som har ansvaret for å sørge for riktig tidsregistrering.

Videre framgår det av svar på spørrebrev at de etablerte systemene for å etablere mål og følge opp måloppnåelse og risiko hovedsakelig er manuelle. Sykehuspartner HF har et egenutviklet budsjettverktøy basert på budsjettfiler i Excel, som blir konsolidert via makroer. Budsjettene blir lest inn i rapporteringskuben, slik at de kan sammenstilles med regnskapstall.

Det går fram av intervjuer at det i styringen av personellressurser blir benyttet flere ulike IKT-systemer. Faktaboks 6 viser hvilke virksomhetsområder som bruker hvilke systemer.

Faktaboks 6. IKT-systemer i Sykehuspartner som benyttes til styring av personellressurser		
System	Beskrivelse	Brukes i virksomhetsområder (VO)
Current Time	Tidsregistreringssystem for Sykehuspartners ansatte og innleide konsulenter.	Alle
Clarity	HSØs prosjektstyringsverktøy. Brukes til bemanning av interne og eksterne prosjekter og i planlegging av tjenesteleveranser.	IKT-tjenester Prosjekttjenester
GAT	Ressursplanleggingssystem.	IKT-service
Personalportalen	Regional løsning for HSØ som genererer lønnsutbetalinger. Brukes av ledere til å godkjenne overtid for ansatte og sjekke at timelister stemmer mot Current Time.	Alle

Systemene i faktaboks 6 er ikke integrert med hverandre, noe som innebærer at kontroller og sammenstilling av tidsregistrering mot planlagt ressursbruk for oppgaver og leveranser gjennomgående må gjøres manuelt.

I sin tilbakemelding på rapporten påpeker Helse Sør-Øst RHF at en eventuell integrasjon mellom systemene ville hatt liten effekt på løpende styring og kontroll i Sykehuspartner HF. Dette skyldes at systemene dekker forskjellige funksjoner som i liten grad kan nyttiggjøre seg informasjon via integrasjoner. Videre oppgis det at Sykehuspartner HF kontinuerlig arbeider med bedre rapporteringsløsninger, noe som vil redusere behovet for manuelt arbeid.

Det oppgis i intervju med foretaksledelsen at rammeverket for god virksomhetsstyring og intern kontroll i Helse Sør-Øst ligger tilgjengelig for Sykehuspartners ansatte i kvalitetsportalen. Ut over dette gis det ingen opplæring eller informasjon i organisasjonen om dette rammeverket. Sykehuspartner arbeider kontinuerlig med å oppnå et bedre og mer integrert virksomhetsstyringssystem, herunder ved å integrere internkontrollen bedre i styringslinjene. Foretaksledelsen understreket i intervju at god virksomhetsstyring fordrer modning i virksomheten. Intervjuene viser at det i hovedsak kun er foretaksledelsen som kjenner til rammeverket.

Ifølge svar på spørrebrev og intervju med foretaksledelsen etablerte Sykehuspartner i 2014 et risikoregister, der risiko rapportert tertialvis fra hvert av virksomhetsområdene

blir samlet. Registeret vedlikeholdes manuelt ved at alle risikoer føres inn et eget Excel-ark. Enheten for virksomhetsstyring i administrerende direktørs stabsfunksjon eier og oppdaterer risikoregisteret. Det er også etablert en ROS-fabrikk som produserer risikoanalyser av systemer og systemendringer for helseforetakene. Alle endringer i systemer som påvirker pasientdata, må risikoanalyseres, og disse risikoanalysene står ROS-fabrikken for. Intervjuene viser at det i hovedsak kun er foretaksledelsen som kjenner til risikoregisteret og ROS-fabrikken.

Risikorapportering

Det oppgis i svar på spørrebrev at ledere på alle nivåer i Sykehuspartner er ansvarlig for intern kontroll og risikostyring, samt å iverksette korrigerende tiltak. Overordnet og underordnet leder har begge ansvar for å følge opp at vedtatte tiltak blir gjennomført, og at de har hatt effekt. Det ikke etablert noen særskilte rutiner for rapportering av eventuelle vesentlige avvik eller alvorlig risiko knyttet til ressursstyring, kun for vesentlig avvik eller alvorlig risiko knyttet til økonomi. Sykehuspartner HF tolker risiko knyttet til økonomistyring og kostnadskontroll som avvik i henhold til budsjett, og det er dette det rapporteres om i linjen i månedsrapporteringen.

Foretaksledelsen oppgir i intervju at hvert virksomhetsområde rapporterer tertialvis om risiko til administrerende direktør, og rapportene gjennomgås i de tertialvise driftsmøtene i virksomhetsområdene. Rapportene produseres av enheten for virksomhetsstyring, etter innspill fra virksomhetsområdene. Virksomhetsområderisikoene blir aggregert opp på foretaksnivå, og i den prosessen blir risikoregisteret brukt.

Mottatt dokumentasjon viser at risikoregisteret inneholder risikobeskrivelser for hvert av virksomhetsområdene og for Sykehuspartner HF samlet sett. Risikoen er vurdert etter en konsekvens-/sannsynlighetsskala fra 1 til 5, og konsekvensene er vurdert for henholdsvis økonomi, kvalitet/gevinst og pasientsikkerhet. Foretaksledelsen avgjør hva som skal rapporteres videre i tertialrapporten til styret i Sykehuspartner HF, og om det er behov for å iverksette risikoreduserende tiltak.

Foretaksledelsen oppgir i intervju at Sykehuspartner arbeider med å forbedre risikoregisteret, blant annet gjennom å utarbeide grenser for risikotoleranse. Foretaksledelsen gir uttrykk for at prosessen for utarbeidelse av tertialvise risikovurderinger er lite enhetlig, noe blant annet internrevisjonens rapporter har påpekt. Kvalitetsavdelingen har på bakgrunn av dette for første gang høsten 2015 ledet workshoper i alle virksomhetsområdene om risikoutarbeidelse. Målet er en mer enhetlig og integrert måte å arbeide med risiko på i Sykehuspartner.

2.2.2 Styring av personellressurser i IKT-virksomhetsområdene

Praksis for planlegging og løpende styring og oppfølging

Det går fram av intervjuer med ansatte og ledere at virksomhetsområdene på IKT-området har etablert praksis for planlegging og løpende oppfølging og styring av personellressurser. Ressursplanleggingen starter nedenfra og opp ved at de ulike seksjonene, avdelingene og virksomhetsområdene melder inn forventet ressursbehov oppover i linjen.

Avdelings- og seksjonsledere baserer vurderinger av ressursbehov på tidligere ressursbruk innenfor ulike oppgaver, statistikk som viser måloppnåelse for hovedoppgaver, og kunnskap om kommende endringer i avdelingenes oppgaveportefølje. Foretaksledelsen oppgir i intervju at avgjørelsen om ressurstildeling per virksomhetsområde tas av administrerende direktør i samråd med direktørene for virksomhetsområdene, og er basert på innmeldte behov fra virksomheten,

aktivitetsnivå og økonomiske rammer fastsatt av Helse Sør-Øst RHF, og helseforetakenes innmeldte behov for tjenesteendringer.

Intervjuer med ansatte og ledere i IKT-virksomhetsområdene viser at for IKT-tjenester er oppgaver definert i SLA-avtalene i størst grad styrende, og enhetene i den intervjuede styringslinjen planlegger med en estimert minimumsbemanning til disse oppgavene. I IKT-service er også måloppnåelse for oppgaver i SLA-avtalene førende. Når det gjelder Prosjekttjenester, er det pågående og planlagte regionale prosjekter og tjenesteendringer som styrer ressursplanleggingen. Avdelingene og enhetene i de utvalgte styringslinjene følger ukentlig opp ressurser på seksjons- og avdelingsnivå.

Ressursstyring for å sikre kompetanseoppbygging og riktig prioritering av ressurser

På IKT-området ble det i 2015 brukt ca. 1062 årsverk.³⁷ Tabell 4 viser hvordan årsverkene er fordelt på de tre virksomhetsområdenes hovedoppgaver.

Tabell 4. Anvendte årsverk* levert av Sykehuspartners egne ansatte og innleide ressurser innen hovedoppgavene på IKT-området i 2015. Prosent i parentes.

IKT-virksomhets-område	Hovedoppgave	Årsverk* per virksomhetsområde
Prosjekt-tjenester	Gjennomføre regionalt prioriterte prosjekter, prosjekter i helseforetakene (tjenesteendringer**) og interne utviklingsprosjekter	248 (23,3)
IKT-tjenester	Drifte og forvalte eksisterende og nye systemer og applikasjoner i helseforetakene	610 (57,5)
IKT-service	Brukerstøtte til helseforetakene	204 (19,2)
Totalt		1062 (100)

* Totale årsverk målt i arbeidstimer, det vil si ekskludert ferie og fravær, jf. vedlegg 1.

** Tjenesteendringer defineres som fakturerbare leveranser som bestilles av helseforetakene i tillegg til årlig avtale, og som krever et godkjent tilbud før leveranse iverksettes.

Kilde: Tidsregistreringsdata fra Current Time i Sykehuspartner 2015, første tertialrapport 2015.

Det går fram av tabell 4 at IKT-tjenester leverte det høyeste antallet årsverk (610) av de tre IKT-virksomhetsområdene. Videre analyse av ressursbruken viser at egne ansatte står for 78 prosent av samlede anvendte årsverk (1062), mens innleide står for 22 prosent. Virksomhetsområdet Prosjekttjenester har den høyeste andelen innleide ressurser med 73 prosent av årsverkene mot 5 og 13 prosent i henholdsvis IKT-tjenester og IKT-service. Årsaken til variasjonen er at Prosjekttjenester i større grad leier inn eksterne til gjennomføring av regionale prosjekter som er bestilt av Helse Sør-Øst RHF.

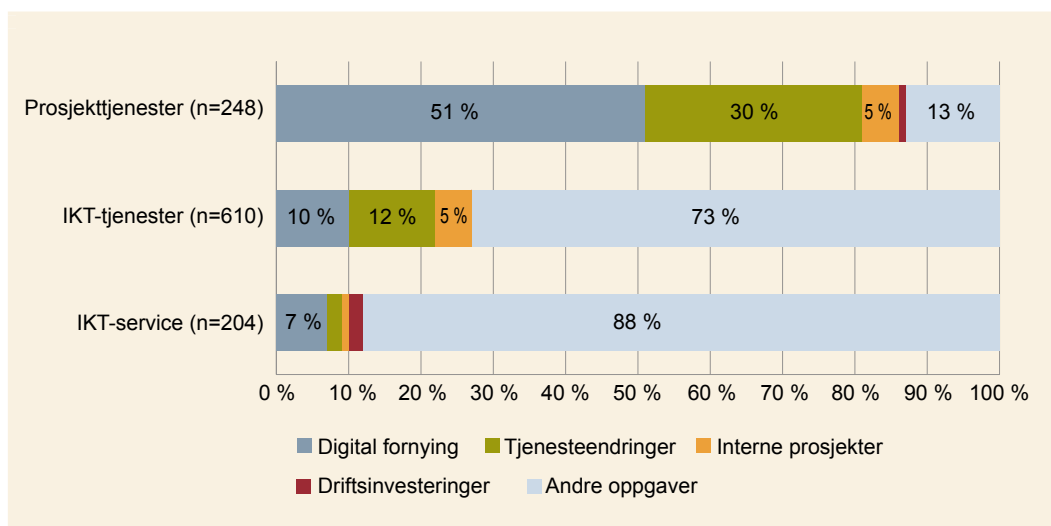
Analysen av ressursbruken viser at Sykehuspartner totalt brukte 406 årsverk på gjennomføring av interne og eksterne prosjekter og tjenesteendringer, 283 årsverk til drift- og forvaltningstjenester og 133 årsverk på å levere servicetjenester og brukerstøtte til helseforetakene, jf. vedlegg 1.

Helse Sør-Øst RHF har i oppdragsdokumentet for 2015 stilt som krav at andelen interne ressurser (egne ansatte) levert til gjennomføring av regionale prosjekter skal

37) Inkludert all tid registrert som fravær, med unntak av avspasering. Se vedlegg 1 for nærmere detaljert informasjon.

overstige 55 prosent. Det er forutsatt i virksomhetsområdenes budsjetter at alle IKT-virksomhetsområdene skal bidra til gjennomføring av eksterne prosjekter. Det går fram av intervjuer at Sykehuspartner internt har satt som mål at alle prosjektledere av strategisk viktige prosjekter skal være egne ansatte, slik at Sykehuspartner kan bygge og utvikle kompetanse innen kjernevirksomheten og sikre gode overganger fra prosjektgjennomføring til drift.

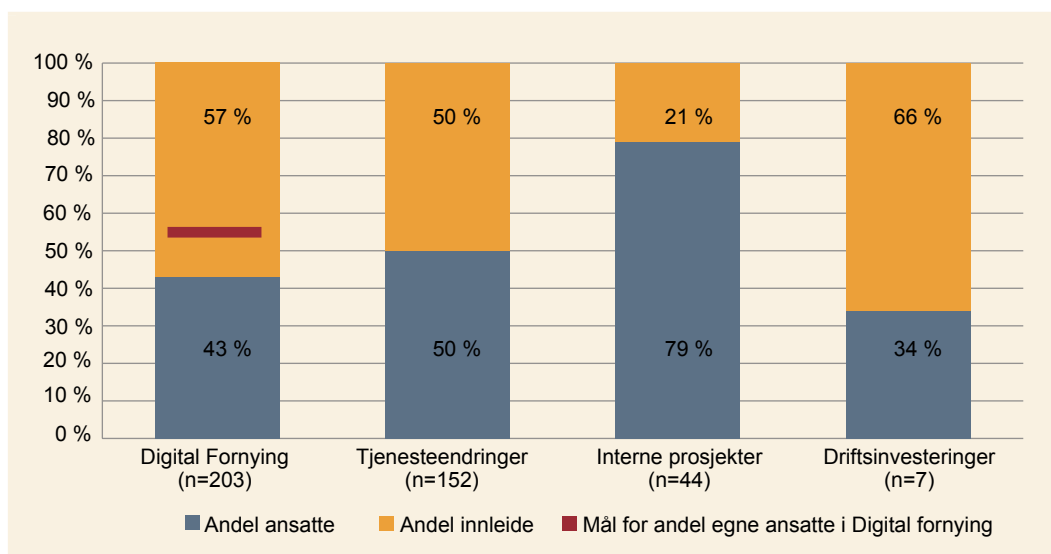
Figur 6. Andel årsverk levert til prosjektarbeid (Digital fornying, tjenesteendringer, interne utviklingsprosjekter og driftsinvesteringer) sammenlignet med andre oppgaver*, fordelt på de tre IKT-virksomhetsområdene.



*Andre oppgaver refererer her til alle typer oppgaver som ikke er definert som prosjektarbeid, det vil si drift og forvaltning, arbeidsflate, service, administrasjon og annet, jf. vedlegg 1.

Figur 6 viser at andelen ressurser som brukes til prosjektarbeid, varierer stort mellom de tre IKT-virksomhetsområdene som følge av ulike hovedoppgaver, jf. tabell 3. Prosjekttjenester bruker totalt 87 prosent av ressursene på prosjektarbeid, hvorav Digital fornying er mest ressurskrevende, mot 27 prosent i IKT-tjenester og 12 prosent i IKT-service.

Figur 7. Andelen ansatte versus innleide ressurser innenfor de ulike prosjekttypene i Sykehuspartner i 2015.



Figur 7 viser andel årsverk levert av ansatte versus innleide ressurser innenfor de ulike prosjekttypene i Sykehuspartner. Figuren viser at andelen ansatte ressurser i Digital fornying var 43 prosent, og at kravet om minst 55 prosent ikke ble nådd. Ifølge årlig melding for 2015 er årsaken til dette at ressursbehovet i Digital fornying har økt sammenlignet med det som ble lagt til grunn da målet for Sykehuspartner ble fastsatt, uten at Sykehuspartners kapasitet har økt tilsvarende. Videre viser figuren at innleide ressurser leverte halvparten av årsverkene innenfor tjenesteendringer og 21 prosent av årsverkene til interne utviklingsprosjekter.

Det framkommer i intervju at ansatte og ledere i Prosjekttjenester opplever det som en utfordring at Sykehuspartner mister kompetansen til eksterne konsulenter etter at et prosjekt er gjennomført. Ansatte og ledere innenfor både IKT-tjenester og Prosjekttjenester mener at å bemanne eksterne prosjekter med Sykehuspartners egne ansatte har stor betydning for hvor effektivt et prosjekt blir overført til drift/forvaltning. Prosjektdeltakelse bidrar også til å minimere antall feil på nye systemer fordi de ansatte kan påvirke utviklingen i prosjektfasen og eventuelt sørge for at systemet kan forvaltes på samme måte som de systemene enhetene allerede forvalter. Samtidig viser intervjuene at ressursbehovet til gjennomføring av eksterne prosjekter er langt høyere enn det IKT-virksomhetsområdene vurderer at de har kapasitet til å levere.

Videre framkommer det i intervju at ledere på ulike nivåer i både Prosjekttjenester og IKT-tjenester forsøker å sørge for maksimal utnyttelse av interne ressursers kapasitet til både prosjektgjennomføring og drifts- og forvaltningsoppgaver. For å sikre riktig bemanning av strategisk viktige prosjekter har direktør for Prosjekttjenester blant annet separate møter med administrerende direktør om dette. I praksis forekommer det at ansatte som leder interne prosjekter, flyttes til strategisk viktigere prosjekter ved behov. Seksjonslederne i avdeling for prosjektledelse vurderer regelmessig hvorvidt interne ressurser har ledig kapasitet og arbeider for at alle ansatte til enhver tid har oppgaver. Dette kan i praksis innebære at ansatte arbeider på flere prosjekter samtidig. Intervjuene viser imidlertid at seksjonslederne er opptatt av at ansatte ikke jobber på for mange prosjekter samtidig, slik at de ansatte kan arbeide effektivt innenfor de prosjektene de er satt til å jobbe med.

I IKT-tjenester er det avgjørende at bruk av ressurser til prosjektgjennomføring ikke svekker Sykehuspartners evne til å sikre sikker og stabil drift. IKT-tjenester leverte i 2015 63 interne årsverk til Digital fornying og 74 interne årsverk til tjenesteendringer, som utgjør 22 prosent av tiden de ansatte har registrert som arbeidstimer.³⁸ Det går fram av intervjuer med avdeling for tjenesteforvaltning at avdelingen har innført flere tiltak for å forsøke å utnytte interne ressursers kapasitet best mulig og synliggjøre avdelingens samlede mulighet til å avse ressurser til eksterne prosjekter, blant annet ved at avdelingen i 2015 samlet oversikten over avdelingens minimumsbemanning til drifts- og forvaltningsoppgaver i ett dokument. Avdelingen følger også særskilt opp ansatte som arbeider på prosjekter, fordi avdelingen erfarer at de i perioder kan ha ekstra kapasitet til drift- og forvaltningsoppgaver. Ifølge avdelingsledelsen kan det være potensial for å utnytte ressursene bedre ved å se planlagte SLA-oppggraderinger i sammenheng med tjenesteendringer, og avdelingsledelsen vil vurdere koordinering av dette i 2016.

Ledere og ansatte innenfor Prosjekttjenester og IKT-tjenester oppgir i intervju at utfordringen med for lav kapasitet til gjennomføring av eksterne prosjekter vil forsterkes de kommende årene, blant annet fordi prosjektene innen Digital fornying blir mer integrerte og dermed krever kompetanse fra stadig flere områder i Sykehuspartner. Ansatte i enhetene for kliniske fellesapplikasjoner viser til at det per mars 2016

38) Ekskludert alt fravær, se vedlegg 1.

allerede var kommet inn bestillinger til enhetene som enhetene selv ikke klarte å håndtere, og som måtte løftes til ledernivå for avgjørelse. Ansatte og ledere i IKT-tjenester opplever at et økt behov for prosjektdeltakelse i Digital fornying medfører vanskelige prioriteringer internt.

Samarbeid mellom virksomhetsområdene IKT-service og IKT-tjenester

Overføring av kompliserte brukerstøttesaker fra IKT-service til IKT-tjenester og innføring av nye tjenesteendringer krever samarbeid mellom virksomhetsområdene. I intervju viser foretaksledelsen til at IKT-service og IKT-tjenester har løpende dialog om ressursbehovet til konkrete oppgaver, for eksempel om overføringssaker. Dialogen mellom virksomhetsområdene foregår nedover i styringslinjene og styres av operativ koordinator i IKT-service og kø-koordinator i IKT-tjenester.

Faktaboks 7. Ansvar og oppgaver for koordinatorene i IKT-service og IKT-tjenester

Hvert brukerstøtte-team i **IKT-service** har en **operativ koordinator** som har ansvar for

- å koordinere oppgaver som sendes til videre løsning i IKT-service eller IKT-tjenester
- å samarbeide med kø-koordinatorene i IKT-tjenester om overføringssakene
- å melde fra til IKT-tjenester dersom de oppdager feil på systemer som IKT-tjenester forvalter

Kø-koordinator i IKT-tjenester har ansvar for

- riktig prioritering av løpende oppgaver som kommer inn fra helseforetakene og fra IKT-service
- at alle oppgaver som kommer inn fra helseforetakene gjennom saksbehandlingssystemet HPSP (HP Service Manager), blir løst
- å koordinere saker på tvers av enhetene i KFA-seksjonen og holde oversikt over uløste saker

Det er satt mål om at brukerstøtte i IKT-service skal løse minst 90 prosent av sakene som kommer inn fra helseforetakene, mens maksimalt 10 prosent skal sendes videre til IKT-tjenester. Foretaksledelsen viser i intervju til at dialogen mellom IKT-service og IKT-tjenester om ressursbehov til feilretting og support i stor grad styres av ITIL³⁹-prosessene og produksjonssettingsplanen for de aktuelle systemendringene. IKT-tjenester har ifølge intervju utarbeidet skriftlige rutiner for å avklare hvilke oppgaver brukerstøtte har ansvar for å løse selv, og hvilke som skal håndteres i IKT-tjenester. I tillegg gir prosessportalen i Sykehuspartner oversikt over prosedyrer for oppgaveløsning.

Det framgår av intervjuer i IKT-service at dersom brukerstøtte får gjentakende feilmeldinger om en tjeneste, varsler enhetene dette videre til IKT-tjenester, der egne «problem managere» følger opp de varslede problemene i systemene. IKT-tjenester melder fra til IKT-service dersom det oppdages feil gjennom den kontinuerlige overvåkingen, og gir informasjon om innføring av tjenesteendringer.

I intervjuer i de utvalgte styringslinjene oppgis det at samarbeidet mellom IKT-service og IKT-tjenester, for eksempel om løsning av 3.-linjesaker, i stor grad skjer mellom avdelinger og seksjoner med tilgrensende arbeidsflater nedover i styringslinjene. Foretaksledelsen oppgir at ved implementering av større tjenesteendringer i foretakene, skjer dialogen mellom lederne i de berørte enhetene i de to virksomhetsområdene.

I intervju i styringslinjen i IKT-tjenester framgår det at seksjonen som forvalter kliniske fellesapplikasjoner, jevnlig samarbeider med tilsvarende seksjon i IKT-service med ansvar for regional klinisk brukerstøtte. De to seksjonene har møter annenhver uke der status og utfordringer i de to seksjonene blir gjennomgått. Det tas opp i møtene

39) ITIL er et rammeverk som beskriver hvordan IKT-ressurser bør organiseres for å levere økt forretningsverdi, og det dokumenterer prosessene, funksjonene og rollene i ledelse av IKT-tjenester.

om brukerstøtte- og feilrettingsoppgaver som kommer inn til Sykehuspartner, blir løst i riktig seksjon. Det finner sted ukentlige møter mellom kø-koordinatorer i IKT-tjenester og brukerstøtte i IKT-service, for blant annet å avklare ansvar for gråsonesaker. Imidlertid viser intervjuer ned i styringslinjene at det kan være uklare grenseflater når det gjelder hvilke saker som skal løses av IKT-service, og hvilke saker som sendes videre for løsning i IKT-tjenester. Videre framgår det at det varierer hvorvidt saker blir overført til IKT-tjenester for løsning eller løst av IKT-service selv, avhengig av hvem i IKT-service som først mottar saken. En slik personavhengig praksis er tatt opp i møter og løftet videre oppover, og det etterspørres et klarere skille mellom hvilke saker som skal løses i henholdsvis IKT-service og IKT-tjenester.

2.3 I hvilken grad er Helse Sør-Øst RHF's styring og oppfølging målrettet og tilpasset rapportert risiko?

2.3.1 Krav og forventninger Helse Sør-Øst RHF har stilt til Sykehuspartner HF

Krav og forventninger i årlige oppdrags- og bestillingsdokumenter og økonomisk langtidsplan

Helse Sør-Øst RHF samler årlig krav og forventninger til blant annet Sykehuspartner HF's årsresultat, kostnadseffektivitet, leveranse kvalitet og prioriteringer i styringsdokumentet «Oppdrag og bestilling».

I Oppdrag og bestilling for 2015⁴⁰ er Sykehuspartner HF pålagt å dokumentere kostnadseffektivitet og kvalitet, sikre stabil, sikker og effektiv drift av kritiske tjenester, prioritere gjennomføring av regionalt prioriterte prosjekter og etablere og videreutvikle forvaltning av regionale tjenester, samt et økonomisk resultat på minimum 30 mill. kroner.

Noen konkrete mål for tjenesteleveranser og ressursbruk er blant annet

- å styrke driftssikkerheten for kritiske tjenester til øvrige helseforetak
- å håndtere kritiske hendelser skal innen avtalt responstid
- å redusere antall kritiske hendelser og nedetid sammenlignet med 2014
- å redusere applikasjonsporteføljen og foreslå standardisering og konsolidering overfor Helse Sør-Øst RHF
- å redusere applikasjonsporteføljen med 20 % i forhold til inngangen av 2015
- å utnytte interne ressurser før eksterne anskaffes i de regionale prosjektene (andelen interne ressurser skal overstige 55 %)

I Oppdrag og bestilling for 2016⁴¹ har Helse Sør-Øst RHF formulert følgende mål og prioriteringer:

- 1 Stabile tjenesteleveranser
- 2 Kostnadseffektiv drift
- 3 Bedret bruker- og kundeopplevelse
- 4 Gjennomføring av utvalgte prosjekter

For 2016 er basisrammefinansieringen fra Helse Sør-Øst RHF redusert med 96,8 mill. kroner, fra 148,1 til 51,3 mill. kroner, og det er stilt krav om et årsresultat på 15 mill. kroner. For IKT-området er det avtalt en årlig nedtrapping av basisrammefinansieringen med 10 mill. kroner over 5 år, hvor 2018 er siste år med basisrammefinansiering.

En sammenligning av oppdrags- og bestillerdokumentene for 2015 og 2016 viser at Sykehuspartner HF for begge årene er pålagt å synliggjøre konkurransedyktighet ved

40) Gjort gjeldende på foretaksmøtet 12. februar 2015.

41) Gjort gjeldende på foretaksmøtet 18. februar 2016

å dokumentere kostnadseffektivitet og kvalitet. For 2016 er det i tillegg spesifisert at kostnadseffektivitet omfatter både reduksjon av det samlede kostnadsnivået og at Sykehuspartner kan identifisere, realisere og dokumentere fallende enhetskostnader innen alle sine leveranseområder.

Helse Sør-Øst RHF fastsetter årlig en rullerende økonomisk langtidsplan (ØLP) for foretaksgruppen basert på konkrete styrebehandlede innspill fra helseforetakene. ØLP skal sikre helseforetakene langsiktige og forutsigbare rammer i en fireårig planperiode.

I juni 2015 vedtok⁴² Helse Sør-Øst RHF ØLP for 2016–2019 der det framgår at Sykehuspartner HF basert på sitt styrebehandlede innspill⁴³ skal effektivisere personal- og driftskostnader med 219 mill. kroner i perioden, det vil si med 20 prosent, og med lik bemanning som i mai 2015. For å imøtekomme kravet vedtok styret i Sykehuspartner HF å redusere inneværende stillingsbudsjett for 2015 med 41 stillinger. For IKT-virksomhetsområdene innebar dette 5 færre stillinger i IKT-tjenester, 16 færre stillinger i IKT-service og 19 færre stillinger i Prosjekttjenester. Videre framgår det av saksframlegget til ØLP at ressursbehovet til Digital fornying vil øke i planperioden. Gitt krav om en andel på mellom 55 til 60 prosent ressurser fra Sykehuspartner, må Sykehuspartner effektivisere drift og forvaltning for å frigjøre ressurser til Digital fornying.⁴⁴ Det er estimert at tjenestepreisene til helseforetakene vil øke fra henholdsvis ca. 2900 mill. kroner i budsjettet for 2015 til 4000 mill. kroner i 2019.

Sykehuspartners syn på rammebetingelsene

Foretaksledelsen i Sykehuspartner HF oppgir i intervju at krav og forventninger fra Helse Sør-Øst RHF i Oppdrag og bestilling for 2015 har vært styrende for at Sykehuspartner HF har prioritert oppgavene på følgende måte:

- 1 Sikre sikker og stabil drift i henhold til SLA-avtalene med helseforetakene
- 2 Deltakelse i regionale prosjekter med stor oppmerksomhet i foretaksgruppen, som for eksempel Digital Fornyning og Prosjekt Nytt Østfoldsykehus (PNØ)
- 3 Andre store regionalt styrte prosjekter, som for eksempel innføringen av DIPS på OUS
- 4 Lokale tjenesteendringer initiert av helseforetakene

Foretaksledelsen trekker fram at Digital fornying-programmene og innføring av nye regionale standardiseringsløsninger vil kreve stor innsats fra Sykehuspartner i årene framover. Framdriften i Digital fornying er stort sett som planlagt, men enkelte forsinkelser innebærer at standardiseringen tar noe lengre tid enn antatt. Forsinkelsen medfører at Sykehuspartner må fortsette å drifte og vedlikeholde systemer og applikasjoner som skal fases ut, i lengre tid enn planlagt. Dette legger ytterligere press på Sykehuspartners evne til å opprettholde sikker og stabil drift. At Sykehuspartner i denne situasjonen også er pålagt å ikke øke bemanningsnivået, krever ifølge foretaksledelsen kostnadseffektivisering.

Det framgår av intervju i styringslinjen i IKT-tjenester at Sykehuspartner er i en overgangsperiode der foretaket skal drifte og forvalte de eksisterende systemene i helseforetakene, samtidig som det skal være en sentral bidragsyter i utviklingen av nye regionale systemer, som på sikt skal ta over for de systemene som i dag blir brukt i helseforetakene. Dette fører til at Sykehuspartner i dag har behov for et høyt antall ansatte, mens det er forventet at dette behovet skal gå ned på sikt, etter hvert som alle helseforetakene går over til å bruke de samme standardiserte systemene.

42) Ved behandling av styresak 044-2015 18. juni 2015 vedtok styret i Helse Sør-Øst RHF ØLP 2016–2019 for foretaksgruppen.

43) Styresak 032-2015 behandlet på styremøte i Sykehuspartner HF 13. mai 2015.

44) Styresak 032-2015 behandlet av styret i Sykehuspartner HF 13. mai 2015.

Foretaksledelsen påpeker i intervju at det er en utfordring at behovet for ressurser er større enn antall stillinger i Sykehuspartner HF tilsier, noe som gjør at det er viktig å ha gode mekanismer for å prioritere mellom de ulike oppgavene. Det pågår et arbeid i samarbeid med Helse Sør-Øst RHF om å utarbeide en tydelig prioriteringsmodell for å sikre at prioriteringene av lokale prosjekter blir mer ensartede og oversiktlige, slik at knappe ressurser kan utnyttes best mulig i foretaksgruppen sett under ett.

Videre peker foretaksledelsen på at det nødvendigvis vil være slik at ikke alle helseforetak får oppfylt alle ønsker om nye prosjekter. Sykehuspartner forsøker å klargjøre bakgrunnen for prioriteringene overfor helseforetakene. Sykehuspartner er nødt til å prioritere gjennomføring av regionale prosjekter, og dette medfører at en del helseforetak er nødt til å ha eldre løsninger på en del systemer fram til Digital fornyingsprogrammene sørger for standardiserte regionale løsninger. Sykehuspartner opplever at disse prioriteringene er kjent i helseforetakene, men at enkelte foretak kan ha vanskelig for å godta at de som en konsekvens av dette nedprioriteres. Det har vært fremmet ønsker fra helseforetakene om en tidligere klarlegging av dette. På bakgrunn av dette vil forankringsrundene i helseforetakene i framtiden skje tidligere. Endring gjennomføres i samarbeid med Helse Sør-Øst RHF.

2.3.2 Helse Sør-Øst RHF's oppfølging av Sykehuspartner HF

Ifølge Helse Sør-Øst RHF er Sykehuspartner HF en del av det ordinære oppfølgingsregimet alle helseforetakene i foretaksgruppen er underlagt, som innebærer oppfølgingsmøter gjennom året etter fastsatt møteplan. Informasjon om utviklingen i drift og måloppnåelse innhentes i de månedlige rapportene som oversendes fra helseforetakene. I tillegg presenterer Sykehuspartner HF i møtene status for oppfølging av aktuelle styringskrav, herunder også eventuelle utfordringer med bakgrunn i helseforetakets risikovurdering. Det er også stilt krav om at avvik fra gitte oppgaver og styringsparametere skal meldes til Helse Sør-Øst RHF når slike avvik blir kjent. Basert på informasjon mottatt gjennom rapportering og i oppfølgingsmøter fastsetter Helse Sør-Øst RHF de årlige styringskravene til Sykehuspartner HF som er beskrevet i kapittel 2.3.1.

Helse- og omsorgsdepartementet påpeker i sitt svar at mye av arbeidet med å følge opp og utvikle styringen er knyttet til utarbeidelse og oppfølging av budsjett, og at Helse Sør-Øst RHF's kommunikasjon med helseforetakene i stor grad skjer gjennom budsjettmøter, prognosemøter og arbeidet med økonomisk langtidsplan, der blant annet tjenestespekter, investeringsbehov og deltakelse i utviklingsprosjekter tas opp. Fokus i disse prosessene vil ofte være risiko- og utfordringsbildet. Departementet opplever dette som gode innfallsvinkler for å sikre god styring av helseforetaket, og som igjen kan sikre forbedret effektivitet hos både Sykehuspartner HF og deres kunder.

Utfordringer og risiko rapportert fra Sykehuspartner HF

Foretaksledelsen oppgir i intervju at det er rapportert til Helse Sør-Øst RHF i måneds- og tertialrapporter og i faste oppfølgingsmøter om kapasitetsutfordringer og at disse forventes å øke i årene framover.

Sykehuspartner HF rapporterer om risiko til Helse Sør-Øst RHF tertialvis basert på den interne prosessen som er beskrevet i kapittel 2.2.1 under overskriften «Risikorapportering». Analysen av tertialrapportene for 2015, som har vært behandlet av styret i Sykehuspartner HF, viser at risiko er vurdert som sannsynlighet og konsekvens innen fem hovedområder. Tabell 5 viser hvordan de ulike risikoområdene er vurdert i de tre tertialrapportene for 2015.

Tabell 5. Oversikt over risikoområder - og vurderinger i tertialrapportene for 2015

Risikoområde*		Sannsynlighet/ konsekvens**	Tertial		
			1. tertial	2. tertial	3. tertial*** høy risiko
1	Økonomi iht. budsjett	Sannsynlighet	Moderat	Meget liten	Svak oppfølging og styring av leveranser fra eksterne leverandører
		Konsekvens	Moderat	Alvorlig	
2	Sikker og stabil drift	Sannsynlighet	Lav	Moderat	Økende vedlikeholdsetterslep og manglende modernisering
		Konsekvens	Moderat	Alvorlig	
3	Leveranse-forutsigbarhet	Sannsynlighet	Stor	Stor	Uferdige leveranseprosesser for tjenesteendringer/SLA
		Konsekvens	Moderat	Moderat	
4	Kompetanse	Sannsynlighet		Lav	
		Konsekvens	Moderat	Liten	
5	Omdømme	Sannsynlighet	Moderat	Stor	
		Konsekvens	Liten	Liten	

* I første og andre tertialrapport er det også vurdert risiko for to andre områder, langsiktig samarbeidsavtale/strategisk partnerskap og prosjektleveranse for prosjektet Nytt østfoldsykehus og Digital fornying.

** Sannsynlighet og konsekvens vurderes på en skala fra 1 (meget liten sannsynlighet og ubetydelig konsekvens) til 5 (meget stor sannsynlighet og alvorlig konsekvens).

*** I rapporten for tredje tertial er risikoområdene delt opp i flere underområder enn i rapportene for 1. og 2. tertial, og risikoene er vurdert i et tolv månedersperspektiv. I tabellen er risikoene som er definert som rød (stor sannsynlighet og alvorlig konsekvens) skilt ut og beskrevet.

Tabell 5 viser at de risikoområdene som vurderes å ha høyest risiko per 3. tertial, er økonomi, sikker og stabil drift, og leveranseforutsigbarhet.

Det framgår av tertialrapportene at det er uforutsigbarhet i leveransen av tjenesteendringer og SLA-oppggraderinger overfor helseforetakene, og at det er for lav kapasitet til å levere ønskede tjenesteendringer og lang leveransetid på IKT-utstyr. Risiko for kritiske feil på grunn av stadig større endringsaktivitet kombinert med aldrende infrastruktur og systemportefølje blir også trukket fram. Sykehuspartner viser til gjensidige avhengigheter mellom manglende modernisering og foretakets evne til å sikre sikker og stabil drift, leveranseforutsigbarhet og -kvalitet, og at disse utfordringene forventes å vedvare i 2016. Videre framgår det av tertialrapportene at mangel på prioriteringsmekanismer i foretaksgruppen for Sykehuspartners leveranser, umodne leveranseprosesser internt og begrensede ressurser kan føre til feil investeringer, feil ressursbruk og/eller betydelige leveranseforsinkelser.

Analysen viser at det først i tredje tertialrapport blir gitt utdypende forklaringer på hva de ulike gradene av sannsynlighet og konsekvens innebærer. For eksempel at stor sannsynlighet skal tolkes som «tror det vil skje». Videre skilles det mellom konsekvenser for økonomi, kvalitet og pasientsikkerhet. Alvorlige konsekvenser for økonomi er avvik på mellom 20 og 40 mill. kroner, mens det for pasientsikkerhet er konsekvenser som kan gi svært alvorlig pasientskade og fare for tap av liv. Det rapporteres om hvilke tiltak som skal håndtere risikoene. I tredje tertialrapport er tiltakene flere og i større grad formulert på en måte som gjør det mulig å forstå hva tiltaket innebærer, enn i rapportene for 1. og 2. tertial.

Oppfølging av kravet om å levere kostnadseffektive tjenester

Når det gjelder styring og oppfølging for å sikre kostnadseffektive tjenester, oppgir Helse Sør-Øst RHF at det har lagt opp til flere hovedaktiviteter. For det første skal Sykehuspartner HF benchmarke egne data over tid og sammenligne seg selv med

andre virksomheter med sammenlignbare aktiviteter. For det andre skal nye tjenester fra Digital fornying tas i bruk uten at bemanningen øker. Samtidig skal eksisterende løsninger tas ned når nye etableres, med påfølgende kostnadsreduksjon. For det tredje oppgir Helse Sør-Øst RHF at det løpende skal gjøres vurdering av hensiktsmessig organisering på overordnet nivå.

Helse Sør-Øst RHF følger opp tjenesteprismodellen og tjenestepriene i forbindelse med fastsetting av Sykehuspartners årlige budsjett, økonomisk langtidsplan og gjennom løpende rapportering, dialog og controlling av Sykehuspartner HF. Det enkelte helseforetaks tjenestepris vurderes i samarbeid med Sykehuspartner.

Helse Sør-Øst RHF oppgir at det i Oppdrag og bestilling for 2016 er angitt sju styringsindikatorer for måling og oppfølging av kostnadseffektivitet. Indikatorene er basert på dialog med Sykehuspartner HF og anbefalinger fra aktører som arbeider med internasjonal benchmarking på området. Helse Sør-Øst RHF vurderer indikatorene som aktuelle og treffsikre for denne delen av styringen. Tabell 6 viser de angitte indikatorene.

Tabell 6. Oversikt over styringsindikatorene i Oppdrag og bestilling for 2016

	Måles ved	Målsetning 2016
Kostnadseffektiv drift		
1. Total IT kost per arbeidsflate	Total IT kostnad (Driftskostnader / antall arbeidsflater)	Dokumentert reduksjon fra 2015
2. Løpende infrastrukturkost/ total IKT-kost	Driftskostnader, Arbeidsflate, Datasenter, Nettverk, og Telekom / Total IT kostnad (operasjonelle kostnader)	Dokumentert reduksjon fra 2015
3. Administrasjonseffektivitet	Administrative timekostnader og totale reisekostnader/total lønnskostnader	Dokumentert reduksjon fra 2015
4. Automatiseringsgrad	Antall henvendelser til kundeservice som avsluttes uten menneskelig intervensjon/ totalt antall henvendelser	20 % økning fra 2015
5. Avtalekostnad	Totale kostnader for alle avtaler	Samlet besparelse på 50 MNOK i kostnadsreduksjon
6. Lisenskostnad	Dokumenterte lisenskostnader / totale lisenskostnader	Kontroll på lisenskost (resultatkrav: 100 %)
7. Kostnadseffektivitet i lønnsproduksjonen	Dokumenteres årlig gjennom beregning av antall lønns- og trekkoppgaver per årsverk i lønnsproduksjonen	970 lønns- og trekkoppgaver pr årsverk

Styringsindikatorene i tabell 6 er hovedsakelig rettet mot å følge opp kostnadsutviklingen i driften. Indikatorene er i mindre grad rettet mot å kunne måle utviklingen i enhetskostnader og dokumentere fallende enhetskostnader innen IKT-leveransene til helseforetakene, slik Helse Sør-Øst RHF har pålagt Sykehuspartner HF å dokumentere fra 2016.

Ved siden av kapasitets- og ressursutfordringer har det fra 2014 til 2015 vært en økning i antall kritiske hendelser og en nedgang i kundetilfredsheten med Sykehuspartners tjenester. På spørsmål om hvordan disse forholdene konkret er vurdert og håndtert i forbindelse med fastsettelsen av styringskravene for 2016, svarer Helse Sør-Øst RHF at sikker og stabil drift og kundeopplevelse er prioriterte områder i 2016. Videre oppgis det at det er utarbeidet nye målinger for bruker- og kundetilfredshet, og at kravet i 2016 er å kunne vise til en forbedring gjennom året på både kunde- og brukertilfredshet.

Helse Sør-Øst RHF begrunner reduksjonen i basisrammefinansieringen fra 2015 til 2016 med at finansiering gjennom tjenestepriiser bidrar til økt effektivitet og sikrer helseforetakene større innsikt i sammenhengen mellom tjenesteproduksjon og egne kostnader. I tillegg er deler av Sykehuspartners virksomhet, som innkjøp- og logistikk og HR, planlagt overført til andre helseforetak i løpet av 2016.

Helse- og omsorgsdepartementet påpeker at det er særlig krevende å styre og følge opp en enerettsleverandør som Sykehuspartner HF, og at Helse Sør-Øst RHF må sikre at de leverer gode tjenester på en effektiv måte. Departementet understreker at det også er viktig at helseforetakene som kunder, er bevisste på sin rolle og hvordan de kan utnytte potensialene i de avtaler de har med Sykehuspartner HF, og blant annet jobbe i dialog for å etablere kostnadseffektive tjenester. Videre viser departementet til at satsningen på en felles tjenesteleverandør på IKT-området, ifølge Helse Sør-Øst RHF, har påvist og dels realisert et stort potensial for standardisering og kostnadseffektivisering i foretaksgruppen.

3 Vurderinger

3.1 Som enerettsleverandør har Sykehuspartner HF for lite åpenhet om og kontroll med hvorvidt tjenestene til helseforetakene er kostnadseffektive

Som enerettsleverandør har Sykehuspartner HF monopol på å levere IKT-tjenester til hele foretaksgruppen. Sykehuspartner HF er i hovedsak finansiert gjennom tjenestepriisinntekter fra helseforetakene som er regulert i tjenestepriismodellen, og er derfor pålagt å levere kvalitativt gode tjenester kostnadseffektivt til helseforetakene.

I 2015 betalte helseforetakene til sammen over 1 mrd. kroner for drift, forvaltning og brukerstøtte av basis driftstjenester. Utover informasjon om budsjettgrunnlaget i budsjettprosessen og regelmessige prognosemøter med Sykehuspartner HF, mottar helseforetakene lite informasjon om hva de faktisk betaler for de ulike delene av basis driftstjenester. Dette henger sammen med at Sykehuspartner HF ikke benytter de ulike tjenestekategoriene for basis driftstjenester som internt styringsmål, slik tjenestepriismodellen forutsetter. Sykehuspartner HF utnytter heller ikke tilgjengelige ressurs- og styringsdata til å estimere hva for eksempel drift, forvaltning og brukerstøtte koster for de ulike tjenestegruppene innen basis driftstjenester. Sykehuspartner HF utnytter således ikke en eksisterende mulighet til å være åpen om sine kostnader og gi helseforetakene mer informasjon om hva de betaler for de ulike delene av basis driftstjenester. At Sykehuspartner HFs monopolistrolle gjør at prisene dannes uten konkurranse, innebærer etter revisjonens vurdering at det er viktig med stor grad av åpenhet. Manglende åpenhet vanskeliggjør helseforetakenes mulighet til selv å vurdere om tjenestene de mottar, er kostnadseffektive, noe som igjen kan svekke forutsigbarheten og helseforetakenes egen kostnadsstyring. Mer åpenhet og informasjon til helseforetakene om Sykehuspartners kostnader til drift og forvaltning av systemene vil dessuten kunne gi insentiver til sanering av de mest kostbare systemene og således bidra til bedre kostnadseffektivitet for hele foretaksgruppen.

Undersøkelsen viser at Sykehuspartner HF utover å følge opp om budsjetter er i balanse og sikre nok inntekter gjennom fakturerbare timer, har lite oppmerksomhet rettet mot å vurdere om IKT-tjenestene helseforetakene mottar, er kostnadseffektive eller mot å avdekke hvor eget effektiviseringspotensial kan ligge. Oppfølgingen er primært rettet mot økonomi, fravær og hvilke oppgaver det arbeides med, men ikke mot å vurdere om oppgaver løses på en effektiv måte, eller om tjenestene er kostnadseffektive. Sykehuspartner HF har ikke etablert hensiktsmessige indikatorer for å måle om tjenestene er kostnadseffektive eller for å identifisere om kostnadsbasen

utvikler seg i riktig retning, slik tjenestepriismodellen forutsetter. Slike indikatorer ville etter revisjonens vurdering kunne bidratt til å dokumentere at tjenestepriene som det enkelte helseforetak betaler, er på riktig nivå.

For å kunne måle om tjenestene er kostnadseffektive, er det nødvendig å ha informasjon om omfanget av tjenestene virksomheten leverer, og hvor god kvaliteten på tjenestene er, og se dette i sammenheng med ressursinnsats/kostnader som har gått med til å levere tjenestene. Undersøkelsen viser at Sykehuspartner HF har styringsdata om ressursbruk, inkludert personellkostnader, og kvaliteten på tjenestene gjennom overvåkning av kritiske hendelser og måling av kunde- og brukertilfredshet i helseforetakene. Informasjon om kvalitet blir imidlertid ikke systematisk sett i sammenheng med ressursinnsatsen og kostnadene som har gått med til å levere tjenestene til helseforetakene. Manglende systematisk kobling av styringsinformasjon gjør det etter revisjonens vurdering vanskelig å måle hvorvidt tjenestene er kostnadseffektive, og svekker muligheten til å avdekke hvor eget effektiviseringspotensial ligger. Sykehuspartner HF kan således ikke dokumentere i hvilken grad for eksempel økt systemstandardisering eller stabilisering av bemanningsnivået bidrar til å gjøre tjenestene mer kostnadseffektive.

3.2 Sykehuspartner HF mangler en helhetlig styring som understøtter kravet om kostnadseffektive tjenester

Sykehuspartner HF er pålagt å følge rammeverk for god virksomhetsstyring, intern styring og kontroll, i Helse Sør-Øst. Rammeverket, som er basert på de anerkjente COSO-rammeverkene for internkontroll og helhetlig risikostyring, slår fast at mål- og resultatstyring er det gjeldende styringsprinsippet i foretaksgruppen. God mål- og resultatstyring er viktig for å sikre at alle vet hva de skal gjøre for å bidra til å oppnå overordnede mål for virksomheten.

Undersøkelsen viser at hvert IKT-virksomhetsområde har sin egen praksis for å bryte ned og følge opp de vedtatte målene i virksomhetsplanen for 2015, og at de operasjonaliserte målene i liten grad samsvarer med det vedtatte målhierarkiet. Dette gjelder særlig det overordnede målet om å videreutvikle Sykehuspartner for å sikre kostnadseffektive tjenester. I IKT-tjenester inneholder de operasjonaliserte målene verken formuleringer om å sikre kostnadseffektive tjenester eller å sikre kostnadseffektivisering. Det er heller ikke etablert prosesser som sikrer at enheter med lignende og tilleggende oppgaver kan fastsette felles tverrgående mål som kan understøtte måloppnåelse på felles overordnede vedtatte mål i virksomhetsplanen. Videre finnes det ingen oversikt som viser det samlede målhierarkiet for hvert av de tre IKT-virksomhetsområdene, og hvordan de understøtter måloppnåelse på de vedtatte overordnede målene i virksomhetsplanen. De fastsatte målene for den enkelte underliggende avdeling, seksjon eller enhet er ikke nedfelt i et eget tilgjengelig dokument, men i den enkelte leders lederavtale. Lederavtalene brukes således til dokumentering og oppfølging av både enhetens virksomhetsmål og lederens personlige mål, noe som etter revisjonens vurdering gir risiko for at ansatte ikke kjenner til målene for sin enhet. Etter revisjonens vurdering bidrar dette samlet sett til at Sykehuspartner HF's styring på IKT-området ikke understøtter det vedtatte overordnede målet om å sikre kostnadseffektive tjenester.

Videre viser undersøkelsen at det verken er utarbeidet skriftlige rutiner for ressursplanlegging og -styring i Sykehuspartner HF eller for mål- og resultatrapportering til HSØ. Det finnes heller ikke noen felles veileder for tidsregistrering. I tillegg er ikke IKT-systemene som brukes i styringen av personellressurser, integrert med hverandre. Dette innebærer at kontroller og sammenstilling av tidsregistrering mot planlagt ressursbruk for oppgaver og leveranser må gjøres manuelt av den enkelte leder. En

slik personavhengig kontrollpraksis øker etter revisjonens vurdering risikoen for at like forhold vurderes forskjellig, og at styringsinformasjonen i dataene som følge av dette kan svekkes.

Når det gjelder intern kontroll og risikostyring, viser undersøkelsen at dette i liten grad er integrert i styringsprosessene. Sykehuspartner HF oppgir selv at det pågår en prosess for å oppnå en bedre og mer integrert risikostyring, og at god virksomhetsstyring krever modning i virksomheten. Etter revisjonens vurdering er det betydelig potensial for at styringen i større grad kan understøtte kravet om å levere kostnadseffektive tjenester.

3.3 Helse Sør-Øst RHF følger i liten grad opp hvorvidt tjenestene Sykehuspartner HF leverer, er kostnadseffektive, og styringen og oppfølgingen er lite tilpasset det rapporterte risiko- og utfordringsbildet

God styring og oppfølging i tråd med helseforetaksloven og reglement for økonomistyring i staten fordrer at Helse Sør-Øst RHF fastsetter klare rammer, mål og resultatkrav for Sykehuspartner HF som er tilpasset egenart og risiko.

I likhet med alle helseforetakene i Helse Sør-Øst er Sykehuspartner HF pålagt at driften av foretaket skjer på en kostnadseffektiv måte. I tillegg er Sykehuspartner HF pålagt å levere kostnadseffektive IKT-tjenester av god kvalitet. Helse Sør-Øst RHF oppfølging av kostnadseffektivitet i Sykehuspartner HF skjer hovedsakelig i arbeidet med økonomisk langtidsplan, oppdrags- og bestillerdokumentene og de årlige budsjettene, og gjennom løpende budsjett- og prognosemøter. De budsjetterte kostnadene vil kunne måles mot de faktiske kostnadene i driftsregnskapet. Helse Sør-Øst RHF har i for liten grad operasjonalisert kravet om at Sykehuspartner HF skal levere kostnadseffektive tjenester gjennom å fastsette konkrete måleparametere for 2015. I Oppdrag og bestilling for 2016 er det imidlertid definert sju styringsindikatorer, som Helse Sør-Øst RHF vurderer som aktuelle og treffsikre. I tillegg er Sykehuspartner HF pålagt å dokumentere fallende enhetskostnader innen IKT-leveransene til helseforetakene. Etter revisjonens vurdering kan de sju etablerte styringsindikatorene belyse hvorvidt Sykehuspartner HF oppnår driftsmessige kostnadsbesparelser. Indikatorene belyser imidlertid i liten grad omfang og kvalitet på produksjonen og vil dermed ikke kunne gi informasjon om hvorvidt de ulike IKT-tjenestene er utført med effektiv ressursinnsats og med tilstrekkelig god kvalitet. Dette innebærer at de etablerte indikatorne for 2016 ikke er tilstrekkelige til å følge opp at Sykehuspartner HF leverer kostnadseffektive IKT-tjenester av god kvalitet.

Videre benytter Helse Sør-Øst RHF ekstern benchmarking med andre virksomheter med sammenlignbare aktiviteter, for å følge opp at tjenestene Sykehuspartner HF leverer er kostnadseffektive. Resultatet av de to eksterne benchmarkingene som ble gjennomført i 2014, viser ifølge Helse Sør-Øst RHF at Sykehuspartner scoret godt på kostnadseffektiv drift og i hovedsak har de samme IKT-kostnadene og personell per produsert DRG som øvrige helseregioner. Siden produktivitetsmålet i undersøkelsene er ressursinnsats delt på kostnader, blir Sykehuspartners produktivitet etter revisjonens vurdering framstilt for høy, fordi Sykehuspartner i realiteten har betydelig lavere avskrivningskostnader enn mange av enhetene de er sammenlignet med. Etter revisjonens vurdering gjør dette at ekstern benchmarking foreløpig ikke gir et tilstrekkelig godt grunnlag til å vurdere om tjenestene som Sykehuspartner leverer, er kostnadseffektive.

Undersøkelsen viser at Sykehuspartner HF i 2015 har rapportert om at det har vært en nedgang i helseforetakenes kundetilfredshet og en økning i antall kritiske hendelser fra 2014 til 2015. I tillegg har det vært kapasitets- og ressursutfordringer som forventes

å øke framover. Sykehuspartner HF er pålagt å sikre sikker og stabil drift av IKT-systemer og bidra med ressurser til utvikling av regionale systemer gjennom blant annet Digital fornying, samtidig som bemanning og kostnader skal holdes på 2015-nivå og tjenestene skal være kostnadseffektive.

Rammebetingelsen om ikke å øke bemanning og kostnader synes å være lite realistisk fordi forsinkelser i Digital fornying fører til at regional systemstandardisering vil ta lengre tid. Forsinkelsene innebærer at Sykehuspartner HF må bruke mer ressurser over lengre tid enn planlagt på å forvalte og vedlikeholde gamle systemer og applikasjoner som etter hvert skal fases ut. Forvaltning av gamle systemer og applikasjoner kombinert med pålegg om å levere ressurser til regionale prosjekter, kan gi mindre kapasitet til å utføre drifts- og forvaltningsoppgaver. Dette kan igjen øke risikoen for ustabile tjenesteleveranser og kritiske hendelser. På denne bakgrunn finner revisjonen grunnlag for å stille spørsmål om Helse Sør-Øst RHF's løpende styring av Sykehuspartner HF i tilstrekkelig grad er realistisk og tilpasset det rapporterte risiko- og utfordringsbildet, for å nå det langsiktige målet om digital standardisering i hele foretaksgruppen.

4 Vedlegg

Vedlegg 1. Ressursbruk blant Sykehuspartners egne ansatte og eksterne konsulenter i 2015. Årsverk* per oppgavekategori innenfor de ulike virksomhetsområdene og for IKT-virksomhetsområdene totalt. Prosent i parentes.

Oppgavekategori***	Ansatt	Prosjekt-tjenester	IKT-tjenester	IKT-service	Samlet
Prosjektarbeid	Total	215 (87)	167 (27)	25 (12)	406 (38)
	Ansatte	43	147	11	201
	Innleide	172	20	14	206
Drift og forvaltning	Total	1 (0,6)	281 (46)	0,2 (0)	283 (27)
	Ansatte	0	277	0,2	278
	Innleide	1	4	0	5
Arbeidsflate	Total	0,2 (0,1)	33 (5)	39 (19)	73 (7)
	Ansatte	0	31	36	67
	Innleide	0,2	2	3	6
Service	Total	0,2 (0,5)	4 (0,6)	129 (63)	133 (13)
	Ansatte	0	3,5	120	123
	Innleide	0,5	0,1	9	10
Administrasjon	Total	30 (12)	116 (19)	11 (5)	156 (15)
	Interne	23	112,3	11	146
	Eksterne	7	3,5	0	10
Annet	Total	1 (0,4)	10 (2)	0,5 (0)	11 (1)
	Interne	0	10	0,5	10
	Eksterne	1	0	0	1
Totale årsverk målt i arbeidstimer	Total	248 (100)	610 (100)	204 (100)	1062 (100)
	Ansatte	66	581	178	825
	Innleide	181	30	26	238
Totale årsverk inkl. ferie, annet fravær og sykdom	Total	283	734	249	1266
	Ansatte	81	701	221	1003
	Innleide	202	33	28	264
Antall ansatte og innleide ressurser	Total	392	814	287	1503
	Ansatte	89	739	238	1066
	Innleide	301	66	52	419
	Ansatt/innleid**	2	9	7	18

* Beregningen av årsverk brukt på ulike oppgaver er antall timer registrert som tid til disse oppgavene delt på 1950. Beregning av totale årsverk målt i arbeidstimer er det totale antallet arbeidstimer, ekskludert all tid registrert som ferie og annet fravær (inkl. sykefravær), delt på 1950. Beregning av totale årsverk inkludert ferie, annet fravær/sykdom inkluderer alle timer registrert som ferie, annet fravær (inkl. sykefravær), med unntak av timer registrert som avspasering.

** 18 av personene som har registrert tid i Current Time i 2015, har registrert tid både som ansatt og innleid. 17 av disse har arbeidet som innleid ressurs for så å bli ansatt i løpet av året. 1 har vært ansatt i størsteparten av året, men sluttet og deretter blitt innleid.

*** Forklaring av kategoriene:

Prosjektarbeid består av alle timer levert til prosjekter, inkludert Digital fornying (prosjekt-koder som starter med 58), tjenesteendringer (prosjekt-koder som starter med 50, 51, 54, 60, 61, 62, og 63), interne prosjekter (prosjekt-koder som starter med 53) og driftsinvesteringer (prosjekt-koder som starter med 55).

Drift og forvaltning består av alle timer registrert innenfor kategoriene IKT-T-forvaltning, IKT-T-drift, IKT-T-arkitektur, IKT-T-sikkerhet og IKT-T – regionalt testsenter, minus tid registrert på kategorien «arbeidsflate».

Arbeidsflate består av all tid registrert innenfor kategoriene «arbeidsflate» under IKT-drift pluss tid brukt til «support innenfor avtale (arbeidsflate) i IKT-service».

Service består av tid registrert innen kategorien «IKT-service», minus tid brukt på kategorien «support innenfor avtale (arbeidsflate)» i IKT-service.

Administrasjon består av alle timer registrert på hovedkategorien «administrasjon», timer registrert på IKT-T-prosess og PT-drift.

Annet består av tid registrert til IKT-T-leveransestyring, prosjekt-koder som starter med 41, 43, 70 og 91, HR-kategorier, kundeoppfølging, L&P-fellesaktiviteter og L&P-interntid.