

Sak 2: Helseforetakenes beredskap innen ikt, vann og strøm

Helseforetakene har etter lov om helsemessig og sosial beredskap (helseberedskapsloven) plikt til å utarbeide beredskapsplaner for de tjenester de har ansvar for. Ikt, vann og strøm er sentrale og avgjørende innsatsfaktorer for sykehusdriften. Dette betinger også at helseforetakene har beredskapsplaner og reserveløsninger for disse innsatsfaktorene. De regionale helseforetakene skal, med basis i risiko- og sårbarhetsanalyser for det enkelte helseforetak, ha etablert tiltak som sikrer at helseforetakene har sikre systemer for kritiske innsatsfaktorer som ikt, vann- og strømforsyning.

Formålet med undersøkelsen har vært å vurdere om helseforetakene har tilstrekkelig beredskap for ikt, vann- og strømforsyning. Herunder om helseforetakene har tilstrekkelig gode rutiner og planer for beredskap, og om planene og rutinene er implementert ved opplæringstiltak, øvelser og rutinemessige oppdateringer.

Undersøkelsen har tatt utgangspunkt i følgende lover, forskrifter og vedtak og forutsetninger fra Stortinget:

- Lov om helsemessig og sosial beredskap av 1. juli 2001.
- Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid etter lov om helsemessig og sosial beredskap av 23. juli 2001.
- Forskrift om systematiske helse, miljø- og sikkerhetsarbeidet i virksomheter av 6. desember 1996 (Internkontrollforskriften).
- Instruks for departementenes arbeid med samfunnssikkerhet og beredskap. Vedtatt i Kongelig resolusjon 15. juni 2012 jf. Innst 426 S (2012–2013).
- Innst. 426 S (2012–2013) jf. Meld. St 29 (2011–2012) Samfunnssikkerhet
- Innst. S. nr. 9 (2002–2003) jf. St. meld. nr. 17 (2001–2002) Samfunnssikkerhet – veien til et mindre sårbart samfunn
- ISO 27001 – anbefalt forvaltningsstandard for styringssystem for informasjonssikkerhet jf Digitaliseringsrundskrivnet, Difis referanse katalog for IT-standarder i offentlig sektor og Nasjonal strategi for informasjonssikkerhet.

Utkast til rapport ble forelagt Helse- og omsorgsdepartementet ved brev av 19. mai 2014. Departementet har i brev av 20. august 2014 gitt kommentarer til rapportutkastet. Kommentarene er i hovedsak innarbeidet i rapporten og dette dokumentet.

1 Hovedfunn

- Helseforetakene mangler eller har mangelfulle risiko- og sårbarhetsanalyser og beredskapsplaner for ikt, vann og strøm.
- Helseforetakene gjennomfører få øvelser på innsatsfaktorene vann, strøm og ikt.
- Ledelsen i helseforetakene følger i liten grad opp beredskapsarbeidet.
- Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene har lagt til rette for beredskapsarbeidet, men oppfølgingen har vært svak.

2 Riksrevisjonens merknader

2.1 Helseforetakene mangler eller har mangelfulle risiko- og sårbarhetsanalyser og beredskapsplaner for ikt, vann og strøm

Formålet med risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS-analyser) er å identifisere scenario, ulike hendelsesforløp eller kriser som virksomheten må være forberedt på å håndtere.

Med bakgrunn i kartlagte risiko og sårbarhet skal virksomheten vurdere og iverksette forebyggende og beredskapsmessige tiltak for å styrke robusthet i kritisk infrastruktur.

De regionale helseforetakene har utarbeidet regionale beredskapsplaner der ikt, vann og strøm er omtalt på overordnet nivå. Helseforetakene har i varierende grad utarbeidet ROS-analyser og beredskapsplaner for ikt, vann og strøm for egen virksomhet. Ni av de 19 undersøkte helseforetakene mangler ROS-analyser for en eller flere av innsatsfaktorene. 13 helseforetak mangler én eller flere beredskapsplaner.

Omfanget og kvaliteten på de utarbeidede ROS- analysene og beredskapsplanene varierer både mellom helseforetakene og innad i de enkelte helseforetakene. Mens enkelte helseforetak har detaljerte beskrivelser av mulige risikoforhold for vann og strøm, og sannsynlighet og konsekvens ved hendelser, har andre helseforetak lite konkrete risikobeskrivelser. I enkelte tilfeller inneholder beskrivelsen kun en risiko, f.eks. bortfall av vann, uten å gi nærmere beskrivelse av mulige årsaker til og konsekvenser av bortfallet. Det er ikke utarbeidet felles maler for ROS-analyser og beredskapsplaner i regionene, og i liten grad også innad i det enkelte helseforetaket.

For å forebygge og redusere konsekvenser av alvorlige hendelser i kritisk infrastruktur er det viktig å ha tilstrekkelige reserveløsninger. Mange helseforetak har kun ett vanninntak, og som hovedregel fra en vannkilde. Helseforetakene og de regionale helseforetakene opplyser at gamle helsebygg gir utfordringer for beredskapen, men dette kommer ikke tydelig fram i risikovurderingene. Videre inneholder svært få av ROS-analysene vurderinger av mulige alvorlige hendelser, og helseforetakene synes ikke å planlegge for det uventede. Etter Riksrevisjonens vurdering vil manglende og mangelfulle risiko- og sårbarhetsanalyser og beredskapsanalyser svekke helseforetakenes evne til å håndtere uforutsette hendelser.

Når det gjelder vannforsyning viser departementet til at dette er et område hvor helseforetakene også er avhengige av aktører i kommunal sektor. Departementet understreker at helseforetakene i fremtiden vil arbeide for å ha gode helhetlige beredskapsplaner i samarbeid med relevante aktører, og viser til at kravene til beredskap for kritisk infrastruktur er gjentatt i foretaksprotokollene for 2014.⁴

2.2 Helseforetakene gjennomfører få øvelser på innsatsfaktorene vann, strøm og ikt

Lov om helsemessig og sosial beredskap stiller krav til øving og opplæring av personell i beredskapsarbeidet. Undersøkelsen viser at det gjennomføres få øvelser. Det er ikke registrert øvelser lokalt i helseforetakene hvor svikt i vannforsyningen inngår, og øvelser om strømforsyningen begrenser seg i all hovedsak til test av nødstrømsaggregatet. Det er gjennomført enkelte større regionale og nasjonale øvelser hvor ikt, vann og strøm er elementer i øvelsene, og de regionale ikt-enhetene utfører øvelser innen ikt-området. Riksrevisjonen har merket seg at der det har vært hendelser med ikt, strøm og vann, har disse blitt taklet tilfredsstillende av helseforetakene. Riksrevisjonen mener likevel at omfanget av faktiske hendelser, og de alvorlige konsekvenser disse hendelsene kan få for pasientbehandlingen, gjør det nødvendig å øve personalet og organisasjonene i beredskapsarbeid.

2.3 Ledelsen i helseforetakene følger i liten grad opp beredskapsarbeidet

Internkontrollforskriften og ISO27001 stiller krav om ledelsens oppfølging av og ansvaret for arbeidet med beredskap og informasjonssikkerhet. Undersøkelsen viser at styrene i kun to helseforetak har behandlet ROS-analyser, mens styrene i fire helseforetak har behandlet beredskapsplaner. Beredskapsarbeid for ikt, strøm og vann synes ikke å være et tema for ledelsen i helseforetakene.

4) Protokoll fra foretaksmøter med de regionale helseforetakene 7. januar 2014

Helseforetakene overlater mye av beredskapsarbeidet for ikt til de regionale ikt-enhetene som er deres driftsleverandør/databehandler. Riksrevisjonen mener at helseforetakene ikke har vært seg bevisst det ansvaret som påligger dem som eier av dataene og som databehandleransvarlig. Dette kan etter Riksrevisjonens vurdering medføre risiko for uklare ansvarsforhold, mangler i beredskapen og svekket informasjonssikkerhet.

2.4 Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene har lagt til rette for beredskapsarbeidet, men oppfølgingen har vært svak

Undersøkelsen viser at Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene har krevet og tilrettelagt for at det skal utarbeides ROS-analyser og beredskapsplaner for innsatsfaktorene. Helsedirektoratet har på oppdrag fra departementet iverksatt flere tiltak for å veilede de regionale helseforetakene i beredskapsarbeidet. Direktoratet har også deltatt i planleggingen og gjennomføringen av øvelser. Helse- og omsorgsdepartementet har i foretaksmøte stilt krav om ROS-analyser og beredskapsplaner for ikt, strøm og vann i 2008, 2009 og gjentatt disse kravene i 2014.

Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet har et ansvar for å følge opp beredskapsarbeidet innen helsesektoren. De regionale helseforetakene har et ansvar for å følge opp beredskapsarbeidet i helseforetakene. Det er Riksrevisjonens mening at de regionale helseforetakenes oppfølgingen av helseforetakene, basert på funnene i undersøkelsen, ikke har vært tilstrekkelig.

Departementet mener at det er behov for oppfølging av overordnede krav både i eierlinjen og i faglinjen blant annet gjennom Helsedirektoratet. Det understrekes også at selv om helseforetakene arbeider med systematisk forbedringsarbeid innen beredskap for innsatsfaktorene, er det helt nødvendig med regional og nasjonal samordning for å styrke helseforetakenes beredskap innen de tre beredskapsområdene ikt, vann og strømforsyning.

3 Riksrevisjonens anbefalinger

Riksrevisjonen anbefaler at:

- Helse- og omsorgsdepartementet pålegger de regionale helseforetakene å forsikre seg om at helseforetakene etterlever gjeldende lover og regler for beredskapsarbeid for innsatsfaktorene ikt, vann og strøm.
- De regionale helseforetakene og helseforetakene sørger for at arbeidet med ROS-analyser og beredskapsplaner forankres bedre i helseforetakenes ledelse, inkludert styrene.
- De regionale helseforetakene vurderer muligheten for felles maler for ROS-analyser og beredskapsplaner, og mer samarbeid innad i og mellom helseforetakene.
- Helseforetakene gjennomfører flere øvelser knyttet til innsatsfaktorene ikt, vann og strøm eller hvor innsatsfaktorene blir integrert som en del av andre typer øvelser.
- De regionale helseforetakene sørger for at helseforetakene blir bevisstgjort sin rolle som databehandlingsansvarlig.

4 Departementets oppfølging

Statsråden opplyser at helseforetakene arbeider systematisk med beredskap for kritisk infrastruktur blant annet på områdene ikt, vann og strøm, og at Riksrevisjonens anbefalinger vil bli lagt til grunn i forbedringsarbeidet. De regionale helseforetakene er bedt om å rapportere fra arbeidet i de felles tertialoppfølgingsmøtene og i årlig melding.

Når det gjelder helseforetakenes etterlevelse av gjeldende regelverk for helseberedskap, skal etter statsrådets mening ansvarsforholdet være klart. Dette er ikke til hinder for at det både regionalt og nasjonalt foregår en ønsket samordning og læring på tvers.

Statsråden understreker at det skal foreligge konkrete beredskapsplaner for ikt, vann og strøm i alle helseforetakene. Videre skal oppfølgingen av disse innsatsområdene skje som en del av helseforetakenes løpende virksomhet, testes ved reelle hendelser og inngå i regionale og nasjonale fellesøvelser. Det er viktig at alle nivåer har systemer for risikoerkjennelse og for å håndtere risiko i ordinær drift, og planer og reserve-løsninger for sentrale innsatsfaktorer for sin virksomhet slik som ikt, vann og strøm. Beredskapsplanene må ta høyde for ekstreme hendelser eller hendelser som oppstår svært sjelden.

Statsråden uttaler at arbeidet med konkrete hendelser viser at det er behov for å standardisere arbeidet med ROS-analyser (metodikk og omfang), graden av ledelses- og styreforankring og hvordan det arbeides med opplæring, øvelser og samarbeid med lokale myndigheter. Statsråden viser også til at helseforetakene vil øke bevisstheten om helseforetakets rolle som databehandlingsansvarlig.

5 Riksrevisjons sluttmerknad

Riksrevisjonen har ingen ytterligere merknader.

Vedlegg 2, til sak 2 om helseforetakenes beredskap innen ikt, vann og strøm

2.1 Riksrevisjonens brev til statsråden i Helse- og omsorgsdepartementet

2.2 Statsrådets svar

2.3 Rapport fra utvidet kontroll om helseforetakenes beredskap innen ikt, vann og strøm

Vedlegg 2.1:



Vår sakshandling: 22241255
Beate Selmi Mødtli
Vår dato: 23.09.2014
Deres dato: 2014/01430-2
Vår referanse: 2014/01430-2
Deres referanse:

Utsatt offentliggjort j. nr. av § 18(2)

Statsråd Bent Høie
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2013

Vedlagt oversendes resultatet av *Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2013*, som legges fram for Stortinget i *Dokument 3:2 (2014-2015)*.

Saksframstillingene er basert på rapporter som ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet i mai og juni 2014, og på departementets svar mottatt i august 2014.

Statsråden bes redegjøre for hvordan departementet vil følge opp Riksrevisjonens merknader og anbefalinger, og eventuelt om departementet er uenig med Riksrevisjonen i følgende vedlagte saker:

1. Helseforetakenes beredskap innen IKT, vann og strøm
2. Styring og kontroll av tilgang til helseopplysninger i elektroniske pasientjournaler i fire helseforetak
3. Helseforetakenes bruk av leieavtaler
4. Styringen av ikt- forvaltningen i spesialisthelsetjenesten
5. Helse- og omsorgsdepartementets resultatrapportering i Prop. 1 S
6. Oppfølging av forskningsmidler - Helse Bergen HF

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

Brev med vedlegg er også sendt per e-post. Vi ber vennligst om svar både per brev og e-post til postmottak@riksrevisjonen.no. Videre ber vi om at det elektroniske svaret sendes i word-format.

Svarfrist: 8. oktober 2014.

For riksrevisorkollegiet

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Per-Kristian Foss'.

Per-Kristian Foss
riksrevisor

Vedlegg



Riksrevisjonen
Postboks 8130 Dep
0032 OSLO

Uttalelse offentliggjort jf. Oml. § 5
andre ledd

Brev nr.
2014/01430-2

Vår ref.
11-1257-

Dato
08.10.2014

Vedrørende Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2013

Det vises til Riksrevisjonens brev av 23. september hvor Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2013 legges fram for statsrådens uttalelse. Nedenfor følger mine uttalelser til de enkelte saker.

Helseforetakenes beredskap innen IKT, vann og strøm

Riksrevisjonens merknader og anbefalinger knyttet til helseforetakenes beredskap innen IKT, vann og strøm oppfattes som relevante og vil bli fulgt opp på egnet måte. Jeg viser for øvrig til departementets brev av 20. august i år.

Alle helseforetakene skal etterleve gjeldende regelverk for helseberedskap. Grunnleggende i dette arbeidet er helseforetakenes plikt til å ha utarbeidet beredskapsplaner for å forebygge og håndtere kriser som er eller kan bli til hinder for at helseforetakene kan yte nødvendig helsehjelp (jf. helseberedskapsloven § 1-1). Ansvarsforholdet skal ikke fremstå som uklart selv om det både regionalt og nasjonalt foregår en ønsket samordning og læring på tvers.

Det skal foreligge konkrete beredskapsplaner i alle helseforetakene innen IKT, vann og strøm. Jeg vil imidlertid understreke at sentrale innsatsområder som IKT, vann og strøm inngår som en del av helseforetakenes løpende virksomhet og testes ved reelle hendelser samt inngår i regionale og nasjonale fellesøvelser.

I foretaksmøtet med de regionale helseforetakene i januar 2014 ble det stilt krav om at helseforetakene skal ha oppdaterte beredskapsplaner som omfatter systemer for å forebygge, oppdage og varsle hendelser, og systemer for effektiv, koordinert ressursdisponering ved kriser. Planene og systemene skal være koordinert mellom berørte parter og skal øves regelmessig. I foretaksmøtet ble det forutsatt at de regionale helseforetakene har etablert beredskap for kritisk infrastruktur, bl.a. vann, strøm, IKT. Helseforetakene arbeider

systematisk med dette og Riksrevisjonens anbefalinger vil bli lagt til grunn i forbedringsarbeidet. Dette omfatter arbeid med:

- forankring av ROS-analyser og beredskapsplaner i helseforetakenes ledelse og styre
- vurdere muligheten for å utvikle felles maler for ROS-analyser og beredskapsplaner i og mellom de regionale helseforetakene og helseforetakene
- planlegging og gjennomføring av nødvendige øvelser knyttet til innsatsfaktorene IKT, vann og strøm eller som en integrert del av regionale eller nasjonale øvelser
- en bevisstgjøring av helseforetakenes rolle som databehandlingsansvarlig

De regionale helseforetakene er bedt om å rapportere fra dette arbeidet i de felles titteloppfølgingsmøtene med de regionale helseforetakene. Videre skal de regionale helseforetakene rapportere fra dette arbeidet i årlig melding.

Med bakgrunn i gjeldende lovkrav og tydeliggjøring av kravet i foretaksmøtet i januar i år, foregår det et utstrakt forbedringsarbeid i alle helseforetakene på flere innsatsområder:

- revisjon av beredskapsplanverk
- ledelsesforankring og styrebehandling av beredskapsplaner og opplegg for risikostyring
- presiseringer i regional beredskapsplan mht øving av kritisk infrastruktur, blant annet IKT, vann og strøm
- vurdere å etablere standard verktøy med felles maler
- øke bevisstheten om rollene som databehandler og databehandlingsansvarlig

Når spørsmål om sikker og rolig drift vurderes, er det særlig i forhold til lover og forskrifter om intern styring og kontroll (jf. bl.a. internkontrollforskriften og rammeverk for god virksomhetsstyring). Disse legger til grunn at helseforetakene har systemer for risikoerkjennelse og for å håndtere risikoen i ordinær drift. Erfaringene viser at det er sikker drift som er grunnlaget for at kriser ikke oppstår, og at de kriser som oppstår håndteres iht. gjeldende planverk. I denne sammenheng er det viktig at man på alle nivåer har systemer for risikoerkjennelse og for å håndtere risikoen i ordinær drift. Videre, i beredskapssammenheng, må helseforetakene ha planer og reserveløsninger for sentrale innsatsfaktorer for sin virksomhet slik som IKT, vann og strøm. Beredskapsplanene må ta høyde for ekstreme hendelser eller hendelser som oppstår svært sjelden.

Arbeidet med konkrete hendelser viser at det er behov for standardisering i forhold til utarbeidelse av ROS-analyser (metodikk og omfang), graden av ledelses- og styreforankring, hvordan det arbeides med opplæring, øvelser og samarbeid med lokale myndigheter.

Styring og kontroll av tilgang til helseopplysninger i elektroniske pasientjournaler i fire helseforetak

Riksrevisjonens merknader og anbefalinger knyttet til de fire helseforetakenes styring og kontroll av helseopplysninger i elektroniske pasientjournaler fremstår som relevante og viktige for det videre arbeidet på området.

Jeg viser til brev av 20. august i år. Av brevet fremgår at selv om flere av helseforetakene har bedre styring og kontroll av tilgangen til helseopplysninger enn tidligere, så er dette et område som krever oppmerksomhet og prioritering. Jeg vil følge opp Riksrevisjonens seks anbefalinger og vil stille krav om oppfølging i foretaksmøtet i januar 2015. De regionale helseforetakene må i så fall rapportere i årlig melding.

Riksrevisjonen anbefaler at departementet pålegger de regionale helseforetakene å forsikre seg om at alle helseforetakene etterlever regelverket for informasjonssikkerhet og behandling av helseopplysninger. Helseforetakene er selv ansvarlig for å etterleve gjeldende regelverk. De regionale helseforetakene arbeider kontinuerlig for å legge til rette for og sikre at alle helseforetakene tolker og praktiserer lovverket så likt som mulig, blant annet gjennom regional standardisering.

De regionale helseforetakene har informert departementet om at det allerede pågår et systematisk arbeid for å rette opp forhold som ble påpekt fra Riksrevisjonen. Dette arbeidet vil bli fulgt opp fra departementet, blant annet i de felles tertialoppfølgingsmøtene med de regionale helseforetakene.

Jeg stilte i foretaksmøtet i januar 2014 krav om nasjonal samordning blant annet på IKT-området. De regionale helseforetakene har etablert Nasjonal IKT HF med ansvar for koordinering av spesialisthelsetjenesten på IKT-området. Helsedirektoratet har ansvar for nasjonale prosjekter innen IKT og informasjonssikkerhet. Norsk Helsenett SF har ansvar for å drive HelseCSIRT og flere tjenester og registre som er relevant for arbeidet med informasjonssikkerhet. Det er naturlig at alle disse partene bidrar inn i samarbeid med regionale helseforetak på dette området for å sikre at dette praktiseres så likt som mulig gjennom standardisering og veiledning, gjennomføring av risikovurderinger og utvikling av enhetlig malverk.

Departementet vil videre vurdere om det er behov for rundskriv eller annen informasjon om forståelsen av regelverket om informasjonssikkerhet og behandling av helseopplysninger. Dette kan være aktuelt i forbindelse med implementering av den nye pasientjournalloven og helseregisterloven. Forslag til forskrift om tilgang til helseopplysninger mellom virksomheter ble sendt på høring i midten av september. Formålet med forskriften er at informasjonssikkerhet og personvern blir ivaretatt når det gis tilgang til helseopplysninger mellom virksomheter for å yte, administrere eller kvalitets sikre helsehjelp til den enkelte. For å gi tilgang foreslås at definerte vilkår legges til grunn, slik som avtale mellom partene, rutiner for tekniske og organisatoriske løsninger som avgrensar tilgangen, for krav til helsepersonells autorisasjon for tilgang til helseopplysninger i annen virksomhet, sikring av pasientenes reservasjonsmulighet, og oppfølging og kontroll av tilgang.

Riksrevisjonen anbefaler at departementet sørger for at pålegg i regelverket om førtng in journalansvarlig person og gjennomføring av sikkerhetsrevisjoner blir tolket og praktisert ensartet. De regionale helseforetakene har informert departementet om at det pågår et systematisk arbeid for å rette opp i de forhold som ble påpekt fra Riksrevisjonen om journalansvarlig person og gjennomføring av sikkerhetsrevisjon. Videre vises det til brev av

20. august i år hvor det fremgår at medarbeiderne blant annet ved Universitetssykehuset i Nord-Norge HF (UNN) opplevde at det foreligger en misforståelse på hvilken praksis de har ved føring av journalansvarlig person.

Etterlevelse av regelverket for informasjonssikkerhet og behandling av helseopplysninger vil kunne være et aktuelt tema for konsernrevisjonen i de regionale helseforetakene.

Riksrevisjonen anbefaler at departementet og de regionale helseforetakene følger opp at helseforetakene har en hensiktsmessig tildelingspraksis som balanserer EPJ-systemenes standardisering etter rolle og regelverkets pålegg om at tilgang skal være basert på individuelt tjenstlig behov. Departementet viser til brev av 20. august i år. Det er en utfordring at behandling av pasienter med sammensatte lidelser krever at mange avdelinger, divisjoner og ulike sykehus er involvert i behandlingen. Tidligere ble en større del av helseshjelpen ytt innen en og samme virksomhet. Det har skjedd store endringer i pasientforløpene. Økt spesialisering og samarbeid forutsetter at flere virksomheter er løpende involvert i behandlingen av en og samme pasient. Det forutsetter at mange ansatte i sykehusene må kunne ha tilgang til pasientinformasjon, også på tvers av grensen mellom psykiatri og somatikk. De regionale helseforetakene vil følge opp at man i EPJ-systemenes tildelingspraksis balanserer standardisering opp mot vurdering av det enkelte helsepersonellets behov.

Riksrevisjonen anbefaler at departementet og de regionale helseforetakene sørger for at det blir utviklet verktøy og iverksatt tiltak som er egnet for å oppdage urettmessig tilgang av helseopplysninger. Departementet vil påpeke at det allerede er etablert et omfattende arbeid på dette området. Som nevnt ovenfor vil departementet stille krav om dette i foretaksrådet i januar 2015. De regionale helseforetakene vil da rapportere fra dette forbedringsarbeidet i de felles tertialoppfølgingsmøtene og i årlig melding.

Riksrevisjonen anbefaler at de regionale helseforetakene følger opp at helseforetakene etablerer systematisk kontroll og oppfølging av ansattes tilganger, og at det etableres en tilstrekkelig internkontroll av tilgangsstyringen. Erfaring og kunnskap tilsier at tilgangsstyringen må standardiseres og settes opp overordnet, slik at avdelingene kun skal tildele ansatte konkrete roller og oppgaver, og bestille standardtilgang som er tilpasset avdelingens roller og oppgaver. De regionale helseforetakene må arbeide videre med forbedring av systematisk kontroll og oppfølging av ansattes tilganger, og at det etableres en tilstrekkelig internkontroll av tilgangsstyringen. Nasjonal IKT HF vil kunne ha en sentral rolle i dette arbeidet. Som nevnt ovenfor vil jeg stille krav om dette i foretaksrådet i januar 2015. De regionale helseforetakene vil da måtte rapportere fra dette forbedringsarbeidet.

Riksrevisjonen anbefaler at helseforetakene iverksetter tiltak som sikrer økt kunnskap om gjeldende regelverk og interne rutiner om behandling av helseopplysninger. Helsedirektoratet har en myndighetsrolle knyttet til fortolkning av det aktuelle regelverket og kan bidra i opplæringsarbeid. Jeg vil stille krav om dette i foretaksrådet i januar 2015. De regionale helseforetakene vil da måtte rapportere fra dette forbedringsarbeidet.

Helseforetakenes bruk av leieavtaler

Finansielle leieavtaler likestilles regnskapsmessig med lån, og helseforetakenes vedtekter § 12 fastslår at helseforetakene ikke har anledning til å oppta lån hos andre enn staten. Inngåelse av finansielle leieavtaler vil dermed være en omgåelse av denne bestemmelsen. Da departementet i sin tid presiserte at finansiell leasing ikke var tillatt, jf. helseforetakslovens §33, var dette i en periode der helseforetakene hadde store økonomiske utfordringer og det var bekymring for at helseforetakene skulle benytte leieavtaler som finansieringskilde for investeringsønsker, og på den måten å øke kostnadsnivået utover gitte rammer. De regionale helseforetakene har siden 2009 saralet sett hatt positive resultater og har nå gjennomgående god økonomisk kontroll.

Gjennom vedtektsendringene på foretaksmotene i mai 2013 ble det åpnet for at avtaler som regnskapsmessig klassifiseres som finansiell leieavtaler skulle tillates der dette har tilknytning til samhandlingstilbud med andre offentlige virksomheter. Det er blitt foretatt en gjennomgang for å vurdere om det finnes andre områder der vedtektsbestemmelsen er til hinder for gode og hensiktsmessige løsninger, samtidig som det har blitt vurdert mulige løsninger for å ramme inn helseforetakenes leiemuligheter. Med bakgrunn i dette har jeg i statshudsjettet for 2015 foreslått å gi de regionale helseforetakene åpning for å inngå leieavtaler for inntil 100 mill. kroner per avtale. Vedtektsendringer vil foretas i foretaksmøter i januar 2015

Styringen av IKT-forvaltningen i spesialisthelsetjenesten

I min sykehustale i januar i år uttrykte jeg at bedre IKT-løsninger er en forutsetning for å lykkes med å skape pasientenes helsevesen. Derfor har jeg i foretaksmotene med de regionale helseforetakene i januar understreket at det er viktig at spesialisthelsetjenesten søker å samordne sin innsats for bedre IKT-løsninger i fremtiden, både innad i spesialisthelsetjenesten, i samhandlingen med øvrig helsetjeneste og for digital dialog med innbyggerne.

Helse- og omsorgsdepartementet følger opp de regionale helseforetakene på IKT-området ved å stille styringskrav om dette i foretaksmotene. De regionale helseforetakene rapporterer fra dette arbeidet i oppfølgingsmøter og i årlig melding. I tillegg har de regionale helseforetakene etablert et felles helseforetak i januar 2014, Nasjonal IKT HF, for strategisk samarbeid på IKT-området.

Det pågår regionale prosesser på IKT-samordning som vil være viktige skritt på veien mot nasjonal samordning. Målbildet er En innbygger – én journal. Jeg ser at de regionale helseforetakene har gode argumenter for å gjennomføre harmonisering av helt sentrale kliniske løsninger for helseforetakene, som et ledd i arbeidet med felles nasjonal løsning for hele helse- og omsorgssektoren. Argumentene knytter seg blant annet til at IKT-utviklingen må henge sammen med den helsetaglige utviklingen av arbeidsprosesser og tjenester innen virksomhetene regionalt. Dette understøttes av at langt de fleste pasientforløp fortsatt skjer innenfor hver region. Videre vil den regionale konsolidering på IKT-området sikre at det er færre systemer som må tilpasses når de nasjonale kravene til samordning blir flere. De regionale helseforetakene har videre lagt til grunn bruk av Helsenorge-portalen for å skape

felles inngangspørt for pasientene til spesialisthelsetjenesten, og de tar nå i bruk nasjonale løsninger som e-resept og kjernejournal.

Helse- og omsorgsdepartementets resultatrapportering i Prop. 1 S

Riksrevisjonen har påpekt manglende rapportering for året 2012 i Prop. 1 S (2013-2014), og viser til at det ikke har vært mulig å rapportere på flere av styringsparametrene som benyttes i Prop. 1 S (2013-2014) fordi data ikke var tilgjengelig. Jeg vil understreke at arbeidet med publisering av hyppigere og relevante styringsparametre er høyt prioritert, og at Helsedirektoratet og Nasjonalt kunnskapssenter jobber systematisk for å realisere hyppigere publisering av kvalitetsindikatorer.

Når det gjelder styringsparametre for 30-dagers overlevelse er dette kompliserte indikatorer. Her kobles data sammen fra Norsk pasientregister, Folkeregisteret og SSB, og det utføres avanserte beregninger. Av hensyn til analyse av dataene og kvalitetssikring, publiseres resultatene på disse indikatorene først i november året etter. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, som publiserer dataene, arbeider med å fremskynde publiseringen slik at dataene kan rapporteres inn noe tidligere og ønskelig i forbindelse med fremleggelse av statsbudsjettet.

Kvalitetsindikatoren for bruk av tyng er under revisjon og tallene for 2013 vil først bli publisert i november i år. Dette skyldes en forsinkelse i Helsedirektoratet. Utgangspunktet for publiseringen for denne indikatoren er mai året etter rapporteringsåret.

Når det gjelder statistikk over andel pasienter som fullfører tverrfaglig spesialisert behandling for rusavhengige og/eller annen avhengighetsbehandling, er det ikke entydig hva som menes med "fullfører behandling". Departementet har derfor valgt å legge til grunn aktivitetsdataene fra Norsk pasientregister ved rapportering til Prop. 1 S.

Helse Midt-Norge har rapportert inn tall for andel epikriser sendt innen syv dager for 2013, og dette tallet er tilgjengelig i Prop. 1 S (2014-2015).

Oppfølging av forskningsmidler - Helse Bergen HF

Saken i Helse Bergen HF er alvorlig, og departementet ga med bakgrunn i dette tydelige styringssignaler til de regionale helseforetakene i 2012 om å sikre transparens og god dokumentasjon i håndteringen av det øremerkede tilskuddet til forskning i helseforetakene. Helse- og omsorgsdepartementet har med grunnlag i en redegjørelse fra de regionale helseforetakene konstatert at forskningsmidlene i dag er tildelt og håndtert av helseforetak og ikke forskningsselskap i alle fire helseregioner, samt at håndteringen av forskningsmidler i samtlige helseregioner skjer i henhold til føringer gitt av departementet. Det er sikret transparens og god dokumentasjon i håndteringen av det øremerkede tilskuddet til forskning i helseforetakene.

Linkeltsaken i Helse Bergen HF følges opp i foretaket gjennom ulike forbedringstiltak, der blant annet et prosjekt som skal kvalitetssikre og oppdatere helseforetakets retningslinjer for forvaltning av forskningsaktivitet er planlagt sluttført i tredje kvartal 2014. Helse- og

omsorgsdepartementet registrerer at overføringen av forskningsmidlene til userinstitusjonene er under gjennomføring.

Departementets er kjent med at de enkeltsakene der det har vært avdekket mislighold er fulgt opp og håndtert som personalsak i Helse Bergen HF eller Universitetet i Bergen.

Med vennlig hilsen


Bent Høie

Vedlegg 2.3: Rapport fra utvidet kontroll om helseforetakenes beredskap innen ikt, vann og strømforsyning

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

De regionale helseforetakene og helseforetakene har etter lov om helsemessig og sosial beredskap (helseberedskapsloven) plikt til å utarbeide beredskapsplaner for de tjenestene de har ansvar for. Ikt, vann og strøm er sentrale og avgjørende innsatsfaktorer for sykehusdriften. Stabil og sikker leveranse av disse innsatsfaktorene er derfor viktige for å sikre god pasientbehandling. Dette betinger at helseforetakene har beredskapsplaner og reserveløsninger for sentrale innsatsfaktorer for sin virksomhet som ikt, vann og strøm. Ifølge oppdragsdokumentene for 2008 og 2009 skulle de regionale helseforetakene, med basis i risiko- og sårbarhetsanalyser for det enkelte helseforetaket, ferdigstille tiltak som sikrer at helseforetakene har sikre systemer for kritiske innsatsfaktorer som ikt, vann- og strømforsyning. Etter at revisjonen startet, har Helse- og omsorgsdepartementet stilt krav i foretaksmøte 7. januar 2014 om at helseforetakene skal ha oppdaterte beredskapsplaner og ha etablert beredskap for kritisk infrastruktur som vann, strøm og ikt.

1.2 Formål og problemstillinger

Formålet med undersøkelsen er å vurdere om helseforetakene har tilstrekkelig beredskap innen ikt, vann- og strømforsyning.

Undersøkelsens formål belyses gjennom to hovedproblemstillinger:

- 1 Har helseforetakene tilstrekkelig gode rutiner og planer for beredskap innen ikt, vann- og strømforsyning?
- 2 Er planene og rutinene implementert ved opplæringstiltak, øvelser og rutinemessige oppdateringer?

1.3 Revisjonskriterier

De regionale helseforetakene plikter å utarbeide en beredskapsplan for de helse- og omsorgstjenestene eller sosialtjenestene de skal sørge for et tilbud av eller er ansvarlige for.⁹⁰ Det skal også i nødvendig utstrekning utarbeides delplaner for aktuelle institusjoner og tjenesteområder.

Helseforetakene plikter å utarbeide beredskapsplan for virksomheten.⁹¹ Virksomheten skal gjennom risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS-analyser) skaffe oversikt over hendelser som kan føre til ekstraordinære belastninger for virksomheten. Risiko- og sårbarhetsanalysen skal ta utgangspunkt i og tilpasses virksomhetens art og omfang.⁹²

Helse- og omsorgsdepartementet styrer de regionale helseforetakene gjennom lov, vedtekter, foretaksmøte og oppdragsdokument. De regionale helseforetakene skal samordne virksomheten i de helseforetakene de eier, med sikte på en samlet sett hensiktsmessig og rasjonell ressursutnyttelse.⁹³

90) Lov om helsemessig og sosial beredskap § 2-2. Planlegging og krav til beredskapsforberedelser og beredskapsarbeid.

91) Lov om helsemessig og sosial beredskap § 1-3 første ledd bokstavene a og b.

92) Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid etter lov om helsemessig og sosial beredskap § 3.

93) Vedtekter for de regionale helseforetakene § 6 Hovedoppgaver.

I forskrift om krav til beredkapsplanlegging og beredkapsarbeid fastslås det at virksomheten skal sørge for at personell som er tiltenkt oppgaver i beredkapsplanen, er øvet og har nødvendig beskyttelsesutstyr og kompetanse.⁹⁴

*Instruks for departementenes arbeid med samfunnssikkerhet og beredskap*⁹⁵ stiller krav om at departementene ivaretar samfunnssikkerhet og beredskap i egen sektor, og sørger for at sektoren som helhet ivaretar et målrettet og effektivt beredkapsarbeid. Videre gir instruksene føringer for departementenes beredkapsarbeid, inkludert risiko-vurderinger og beredkapsplanlegging samt krav til øvelser. Risiko- og sårbarhets-analyser skal gi grunnlag for å identifisere scenarier eller tenkte hendelsesforløp og kriser som virksomheten må være forberedt på å håndtere. I instruksene framkommer det at med bakgrunn i de kartlagte risikoene og sårbarhetene skal virksomheten vurdere og iverksette forebyggende og beredkapsmessige tiltak for å styrke robustheten i kritisk infrastruktur. Instruksene stiller også krav til dokumentasjonen og planverkets utforming.

Statlige virksomheter er pålagt å ha internkontroll/styringssystem på informasjonssikkerhetsområdet som baserer seg på anerkjente standarder. ISO 27001 er anbefalt forvaltningsstandard for styringssystem for informasjonssikkerhet.⁹⁶ Standarden inneholder blant annet krav til kontinuitetsplanlegging for å motvirke avbrudd i forretningsaktiviteter og beskytte kritiske driftsprosesser fra konsekvenser av større feil eller katastrofer. Den inneholder krav til tilgjengelighet og kontinuitetsplanlegging, og krav til oppdatert dokumentasjon som ROS-analyser og beredkapsplaner.

I Stortingets behandling av Meld. St. 29 (2011–2012) *Samfunnssikkerhet*, jf. Innstilling 426 S (2012–2013) framkommer det at økt bruk av ikt-systemer gjør at samfunnet blir mer sårbart, og at truslene mot ikt-systemene øker, samt at angrepene blir stadig mer avanserte. Justiskomiteen er enig i at god forebyggende ikt-sikkerhet derfor blir stadig viktigere for samfunnssikkerheten. I den samme meldingen blir samvirkeprinsippet introdusert som et nytt prinsipp for arbeid med samfunnssikkerhet og beredskap.⁹⁷ Dette innebærer blant annet samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene og andre aktuelle aktører. Dette kan for eksempel være innen brannområdet, akutt forurensing og helsemessig og sosial beredskap. I henhold til forskrift om krav til beredkapsplanlegging og beredkapsarbeid § 6 skal virksomhetene samordne sine beredkapsplaner og samarbeide med lokale myndigheter i beredkapsituasjoner.

Forskrift om krav til beredkapsplanlegging og beredkapsarbeid etter lov om helsemessig og sosial beredskap stiller krav om forsyningsikkerhet, blant annet sikker strømforsyning.⁹⁸ Samfunnskritiske virksomheter, som helseforetakene, har selv ansvar for å redusere egen sårbarhet og avhengighet og planlegge, for eksempel ved å ha reserveløsninger ved utfall av strømtilførsel. Det stilles også krav i internkontrollforskriften om at plikten til å innføre og utøve internkontroll ligger hos «den som er ansvarlig» for virksomheten.⁹⁹ Det er videre et krav om at beredkapsplanene skal omfatte prosedyrer for ressursdisponering og omlegging av drift som sikrer nødvendig tjenesteytelse.¹⁰⁰

94) Forskrift om krav til beredkapsplanlegging og beredkapsarbeid § 7 Krav om kompetanse, opplæring og øvelser.

95) Instruks for departementenes arbeid med samfunnssikkerhet og beredskap, Kongelig resolusjon 15.06.2012. Stortinget har gitt sin tilslutning, jf. Innst. 426 S (2012–2013) side 6.

96) Punkt 1.7 i Digitaliseringsrundskrivet, siste avsnitt kapittel 4.1 i Nasjonal strategi for informasjonssikkerhet og punkt 2.16 i Difis referanse katalog for it-standarder i offentlig sektor.

97) De tre opprinnelige prinsippene er ansvars-, nærhets-, og likhetsprinsippet som ble introdusert i St.meld. nr. 17 (2001–2002) *Samfunnssikkerhet – veien til et mindre sårbart samfunn*.

98) Jf. § 8 om forsyningsikkerhet.

99) Forskrift om det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet i virksomheter (internkontrollforskriften 1996-12-06) § 4.

100) Forskrift om krav til beredkapsplanlegging og beredkapsarbeid § 4.

Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid etter lov om helsemessig og sosial beredskap er også førende for kontrollarbeidet knyttet til vannforsyning og vannkvalitet. Det er krav om sikker og ren vannforsyning.¹⁰¹ Helseforetakene har som ledd i sin internkontroll ansvar for å forsikre seg om at kommunene har sikret reservevann/suppleringskilde og nødvann.

1.4 Metode og gjennomføring

Undersøkelsen belyser helseforetakenes arbeid med beredskap for innsatsfaktorene ikt, vann og strøm i 19 helseforetak.¹⁰²

Metodene som benyttes i undersøkelsen er i hovedsak dokumentanalyse av helseforetakenes styringsdokumenter, styreprotokoller, ROS-analyser og beredskapsplaner. ROS-analyser og beredskapsplaner fra alle helseforetakene og deres tilhørende lokasjoner er analysert, med utgangspunkt i analysekriteriene fra lover, regler og anbefalinger. Det er også foretatt sammenligninger mellom de ulike ROS-analysene og beredskapsplanene.

Det ble sendt spørrebrev til helseforetakene og til de fire regionale ikt-enhetene. Svarene er sammenstilt og analysert.

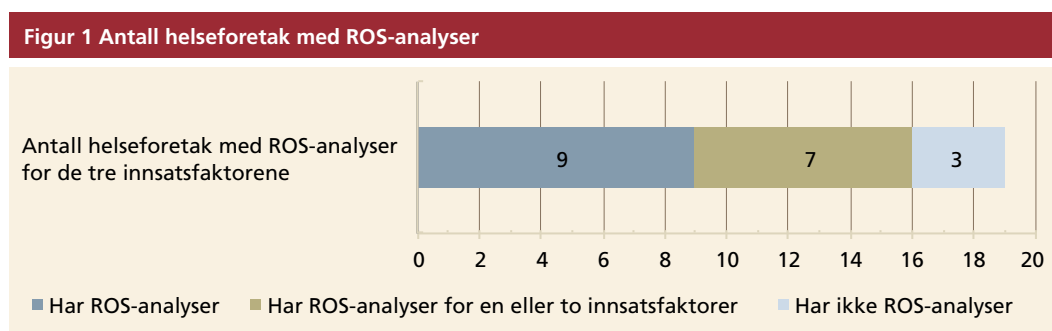
Det er gjennomført intervjuer med de fire regionale helseforetakene i etterkant av informasjonsinnsamlingen fra helseforetakene. Svarene fra de regionale helseforetakene er sammenlignet med revisjonens egne analyser.

2 Resultat av undersøkelsen

2.1 I hvilken grad har helseforetakene god beredskap innenfor ikt, vann- og strømforsyning?

2.1.1 Omfanget av og innholdet i ROS-analyser

Figur 1 viser hvor mange helseforetak som har utarbeidet ROS-analyser totalt for de tre innsatsfaktorene ikt, strøm og vann.



Kilde: Riksrevisjonens dokumentanalyse og helseforetakenes svar

Figur 1 viser at ni helseforetak har ROS-analyser for alle tre innsatsfaktorene, mens tre¹⁰³ helseforetak ikke har utarbeidet ROS-analyser for noen av de aktuelle innsatsfaktorene. Sju helseforetak har ROS-analyser for en eller to innsatsfaktorer. Blant helseforetakene med flere sykehus/geografiske lokasjoner som har utarbeidet ROS-analyser der vann, strøm og ikt er omtalt, er det fire helseforetak som har ROS-ana-

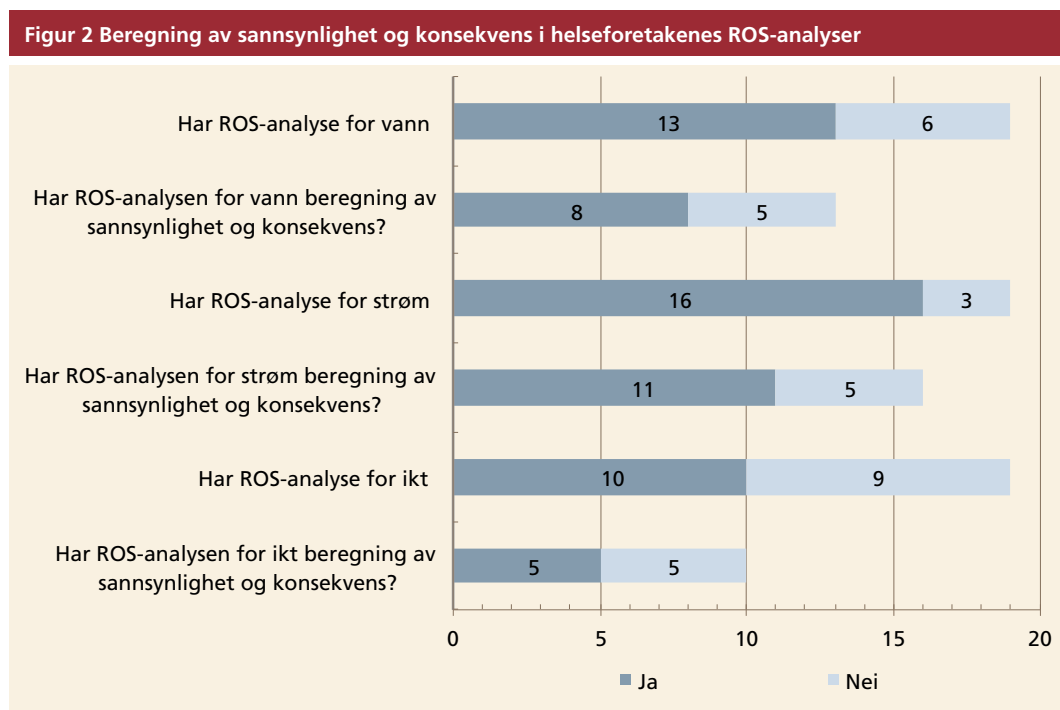
101) Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid § 8.

102) I planleggingen av undersøkelsen ble ett helseforetak benyttet som pilot. Piloten inngår ikke som en del av undersøkelsen.

103) På kontrolltidspunktet var det Sunnaas sykehus, Helgelandssykehuset HF, og Helse Finnmark HF.

lyser som dekker hele foretaket, mens det er fem helseforetak som har utarbeidet ROS-analyser for bare deler av helseforetaket. De fire helseforetakene som har ROS-analyser for alle innsatsfaktorene ved alle sykehus/geografiske lokasjoner, har en mer fullstendig oversikt over hendelser som kan føre til ekstraordinære belastninger for virksomheten. De tre helseforetakene som ikke har utført noen ROS-analyser for ikt, strøm eller vann, mangler en oversikt over hendelser som kan føre til ekstraordinære belastninger for virksomheten.

Figur 2 viser hvor mange helseforetak som har ROS-analyser for hver enkelt innsatsfaktor, og hvorvidt det er gjort en vurdering av sannsynlighet og konsekvens i disse ROS-analysene.

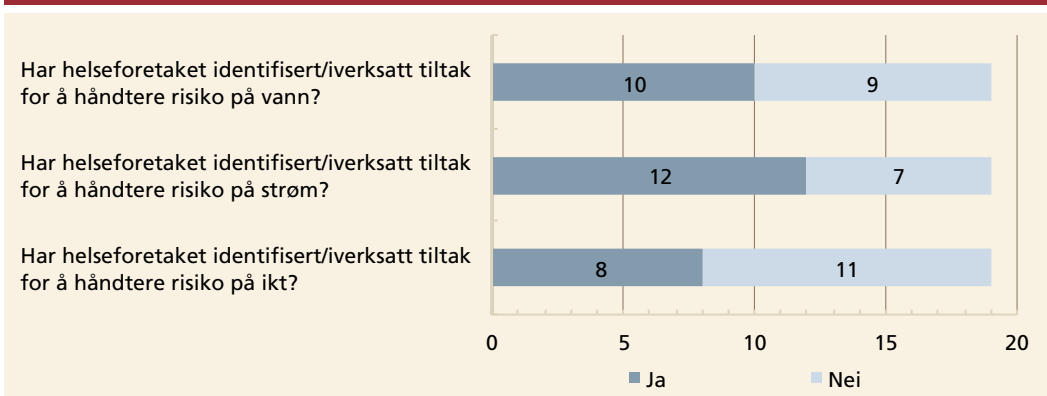


Kilde: Riksrevisjonens dokumentanalyse og helseforetakenes svar

Figuren viser at 13 av 19 helseforetak har ROS-analyser for vann. Av disse 13 er det åtte ROS-analyser som inneholder en vurdering av sannsynlighet og konsekvens for hendelsene. 16 helseforetak har utarbeidet ROS-analyser for strøm, og 11 av disse inneholder beregning av sannsynlighet og konsekvens. Ti helseforetak har ROS-analyser for ikt, og halvparten av disse inneholder beregning av sannsynlighet og konsekvens. Generelt er det store variasjoner i omfang av og detaljeringsgrad i risikobeskrivelsene i ROS-analysene. Analysen viser at langt flere av ROS-analysene for strøm inneholder vurderinger av sannsynlighet og konsekvens.

Figur 3 gir en oversikt over antall helseforetak som på bakgrunn av risikoanalysene har identifisert og iverksatt tiltak for å redusere risiko for de enkelte innsatsfaktorene.

Figur 3 Har helseforetakene identifisert og iverksatt tiltak for å håndtere risiko?



Kilde: Riksrevisjonens dokumentanalyse og helseforetakenes svar

Figur 3 viser at 10 helseforetak har iverksatt tiltak for å håndtere risiko for vann. Tilsvarende har henholdsvis 12 og åtte helseforetak iverksatt tiltak for strøm og ikt. Dokumentanalysen viser at det er flere helseforetak som har utført ROS-analyser for innsatsfaktorene strøm og vann, men som ikke har iverksatt tiltak for å håndtere den identifiserte risikoen. Undersøkelsen viser videre at flere helseforetak har iverksatt tiltak for ikt uten at det foreligger noen ROS-analyser for ikt. Imidlertid har ikt-enhetene i de regionale helseforetakene utført ROS-analyser og iverksatt tiltak for å unngå eller begrense driftsavbrudd og beredskapshendelser.

I hovedsak er det lite detaljerte risikovurderinger av ikt, vann og strøm i helseforetakene. Undersøkelsen viser at det i svært få tilfeller foreligger ROS-analyser som beskriver mulige årsaker til bortfall av strøm eller bortfall av vann, og konsekvenser av dette. Svært få risikovurderinger tar høyde for ekstreme hendelser, som forgiftning av vannkilder, sabotasje av renseanlegg eller terroranslag mot datasentre. For flere helseforetak er risikoene ikke definert på en slik måte at helseforetakene kan iverksette korrigerende og forebyggende tiltak. Dette gjør det vanskelig å se sammenhengen mellom ROS-analysene og beredskapsplanene, spesielt for vann og strøm.

Samtidig viser undersøkelsen at enkelte helseforetak har risikobeskrivelser av konkrete hendelser som kan føre til bortfall av vann og/eller strøm, og detaljerte beredskapsplaner for disse innsatsfaktorene. For eksempel har Sykehuset Vestfold HF beskrevet ni mulige risikoforhold og årsaker til disse som kan gi bortfall av strøm.

Det er ikke utarbeidet felles maler for ROS-analysene i regionene, og i liten grad også innad i det enkelte helseforetaket. Helse Nord RHF og Helse Vest RHF erkjenner et behov for å utarbeide felles maler. Helse Vest RHF har for flere år siden utarbeidet en regional metodikk for risikovurdering som brukes i alle virksomheter i Helse Vest, lokalt og regionalt. Helse Sør-Øst RHF har vurdert å innføre felles maler i regionen, men har så langt ikke vurdert dette som hensiktsmessig. Dette begrunnes med at helseforetakene til dels er ulike, at det må tas hensyn til lokale forskjeller, og at det må sikres god lokal forankring i planarbeidet. Helse Midt-Norge opplyser blant annet at de ønsker å få en mer enhetlig bruk av elektroniske systemer der ROS-analyser og beredskapsplaner skal ligge.

Både Helse Midt-Norge RHF og Helse Vest RHF uttaler i intervju at de også savner en omtale av ekstreme hendelser i ROS-analysene.

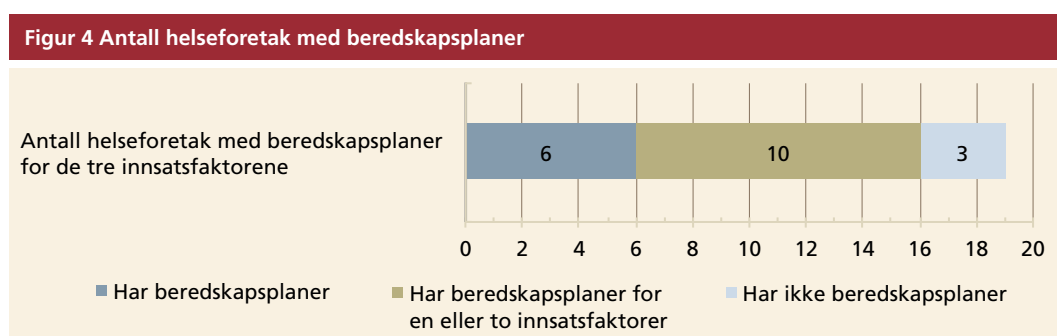
ROS-analysene skal oppdateres jevnlig og ved endringer.¹⁰⁴ Undersøkelsen viser at helseforetakene har manglende rutiner for oppdatering/revisjon av risikoanalysene. Om lag 50 prosent av ROS-analysene er enten ikke daterte eller fra 2009 eller tidligere. Ved to¹⁰⁵ helseforetak er ROS-analysene mer enn ti år gamle. 65 prosent av ROS-analysene er utarbeidet før 2012.

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) uttaler i brev til Riksrevisjonen at helseforetakene er lite proaktive i arbeidet med strømberedskap. Undersøkelsen viser tilsvarende eksempler på at ROS-analyser er utarbeidet i etterkant av konkrete hendelser. For eksempel ved Volda sykehus i Helse Møre og Romsdal HF, ble det utført risikoanalyse av nødstrømsforsyningen i etterkant av flere hendelser i 2013. Oslo universitetssykehus opplyser at de etter funn av legionellasmitte ved Radiumhospitalet utarbeidet en overordnet vannsikkerhetsplan. Telemark sykehus HF uttaler at de utarbeidet en egen beredskapsplan for vann og avløp etter en hendelse der vannet til Notodden sykehus ikke kunne drikkes.

De regionale ikt-enhetene inngår tjenesteleveranseavtaler (SLA-avtaler) med det enkelte helseforetaket. Ikt-enhetene er driftsleverandører/databehandlere, og de sentrale og kritiske it-systemene i helseforetakene driftes av ikt-enhetene i de respektive regionene. De regionale helseforetakene har i intervju understreket at det er helseforetakenes ansvar, som databehandleransvarlige, å utarbeide ROS-analyser og beredskapsplaner for bortfall av ikt. Denne ansvarsfordelingen kommer ikke klart fram i svarene fra helseforetakene. En stor del av beredskapen i helseforetakene baseres på ROS-analysene og beredskapsplanene som er utarbeidet av ikt-enhetene, samt SLA-avtalene. Helseforetakene har i liten grad utarbeidet ROS-analyser og beredskapsplaner knyttet til sin rolle som databehandleransvarlig. Helseforetakene har ikke dokumenterte ROS-analyser og beredskapsplaner som beskriver hva som skal gjøres ved bortfall av ikt i helseforetakene og sykehusene. Det er imidlertid i noen tilfeller utarbeidet tiltakskort som beskriver rutiner ved bortfall av systemene.

2.1.2 Omfanget av beredskapsplaner

Figur 4 viser antall helseforetak som har beredskapsplaner for de tre innsatsfaktorene.



Kilde: Riksrevisjonens dokumentanalyse og helseforetakenes svar

Undersøkelsen viser at seks av helseforetakene har egne beredskapsplaner for alle tre innsatsfaktorene, mens tre¹⁰⁶ helseforetak ikke har beredskapsplaner for noen av innsatsfaktorene. De øvrige ti helseforetakene har beredskapsplaner for enkelte av innsatsfaktorene, for enkelte sykehus eller kun en overordnet beredskapsplan der ikt, vann og strøm er omtalt. Også for beredskapsplaner er det store forskjeller mellom

104) Internkontrollforskriften § 5 og ISO 27001 punkt 7.5.2.

105) St. Olavs Hospital (innsendte ROS-analyser fra 2001), UNN (innsendte ROS-analyser fra 2004).

106) På kontrolltidspunktet kunne ikke Finnmarksykehuset HF, Helse Førde HF og Sørlandet sykehus HF legge fram beredskapsplaner for noen av innsatsfaktorene.

helseforetakene og mellom sykehusene innen samme helseforetak. Det er imidlertid utarbeidet regionale beredskapsplaner der ikt, vann og strøm er omtalt på overordnet nivå.

Ifølge DSBs instruks¹⁰⁷ skal ROS-analyser ligge til grunn for vurderinger og iverksettelse av forebyggende og beredskapsmessige tiltak for å styrke robustheten i kritisk infrastruktur. I de tilfellene der det både foreligger ROS-analyser og beredskapsplaner for ikt, vann og strøm, er det imidlertid vanskelig å identifisere hvilke risikoer det enkelte tiltaket i beredskapsplanen skal ivareta (jf. kapittel 2.1.1). Nærmere undersøkelser viser at det er to¹⁰⁸ helseforetak der det er en viss sammenheng mellom ROS-analysene og beredskapsplanene for innsatsfaktorene.

Undersøkelsen viser at enkelte foretak har utarbeidet detaljerte beredskapsplaner for enkelte innsatsfaktorer. Som eksempel har Helse Stavanger HF en beredskapsplan for bortfall av vann som gir informasjon om status for dokumentet, beskrivelse av ansvar, iverksettelse av tiltak, varsling og oppmøte, kommunikasjon og samhandling samt beskrivelse av konsekvenser ved bortfall av vann.

Flertallet av beredskapsplanene er fra 2012 eller 2013. Ett helseforetak¹⁰⁹ har imidlertid beredskapsplaner som ble utarbeidet i perioden fra 2005 til 2007, og det er uklart om de er revidert/oppdatert i ettertid. Ved tre helseforetak¹¹⁰ er deler av planverket fra 2008 og 2009. I tillegg er det ved tre helseforetak¹¹¹ beredskapsplaner som ikke er datert, noe som gjør det vanskelig å vurdere statusen og gyldigheten av planene. Noen helseforetak har stilt krav om årlige gjennomganger, men flertallet har ikke rutiner for dette.

Nesten halvparten (46 prosent) av de mottatte beredskapsplanene inneholder opplysninger om hvem som har utarbeidet dokumentet, hvem som har godkjent, dato for godkjenning, versjon og frist for når dokumentet må revideres/oppdateres. Tilsvarende tall for ROS-analysene er 15 prosent. De resterende dokumentene mangler opplysninger som gir tilstrekkelig informasjon om status for dokumentet. Flere av beredskapsplanene som inneholdt opplysninger om tidspunkt for revisjon, var ikke revidert innen den angitte fristen.

Departementet uttaler at de regionale helseforetakene er inneforstått med at alle helseforetakene skal ha beredskapsplaner innen de tre områdene ikt, vann og strømfor- syning. Arbeid for å implementere kravet på en tilfredsstillende måte pågår i alle helseforetakene.

2.2 I hvilken grad har helseforetakene innarbeidet beskrivelse av rutiner for samarbeid med lokale myndigheter i beredskapsplanene?

Beredskapsplanene inneholder i varierende grad beskrivelse av samarbeid med lokale myndigheter i en beredskapssituasjon. Eksempelvis har kommunene ansvar for vannforsyningen til helseforetakene, noe som forutsetter samarbeid både i forebygging og i en konkret beredskapssituasjon. Undersøkelsen viser at det er ulike reserveløsninger for vann. De fleste helseforetak har to inntak, men fra samme vannkilde. Departementet uttaler at når det gjelder vannforsyning så er helseforetakene avhengig av aktører i kommunal sektor. Ifølge departementet er dette et arbeid som helseforetakene vil arbeide med framover for å ha gode helhetlige beredskapsplaner i samarbeid med andre relevante aktører.

107) Instruks for departementenes arbeid med samfunnssikkerhet og beredskap, side 6–7.

108) Østfoldsykehuset HF og Nordlandssykehuset HF.

109) Helgelandssykehusene HF.

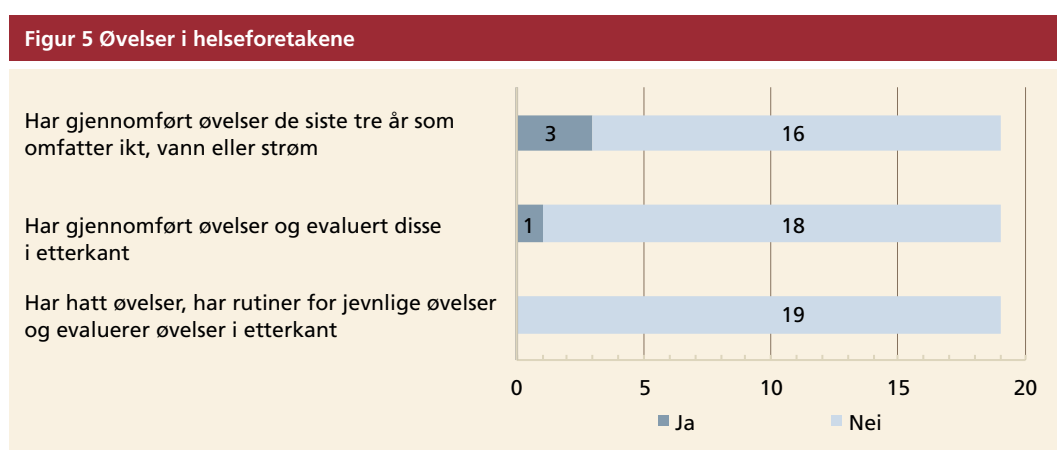
110) Helse Nord-Trøndelag, Helse Bergen HF og UNN.

111) Ahus, Helse Fonna HF og Sunnaas sykehus.

De helseforetakene som har oppdatert beredskapsplanene i 2013, nevner ikke samvirkeprinsippet, men bare de tre opprinnelige prinsippene for arbeidet med samfunnssikkerhet og beredskap (dvs. ansvars-, likhets-, og nærhetsprinsippet). To helseforetak¹¹² opplyser at de ikke har etablert noe konkret samarbeid med lokale myndigheter. Fire helseforetak¹¹³ opplyser at de har etablert et delvis eller uformelt samarbeid med enkelte lokale myndigheter, men samarbeidet er ikke knyttet konkret til innsatsfaktorene. De øvrige helseforetakene har lagt til rette for et tettere samarbeid med lokale myndigheter.

2.3 I hvilken grad gjennomføres opplæring og øvelser for og kontroller av beredskap innen ikt, vann og strøm?

Figur 5 viser om helseforetakene har rutiner for jevnlige øvelser, har gjennomført øvelser og evaluert disse i ettertid.



Kilde: Riksrevisjonens dokumentanalyse og helseforetakenes svar

Kun tre¹¹⁴ av 19 helseforetak har gjennomført øvelser i egen regi de siste tre årene som omfattet innsatsfaktorene ikt, vann og strøm. To¹¹⁵ av disse helseforetakene har også dokumenterte rutiner for øvelser på ikt, vann og strøm. Disse to helseforetakene kan imidlertid ikke dokumentere evalueringer som er gjort i etterkant av øvelsene. Ett enkelt foretak har fulgt opp øvelser med evalueringer i etterkant. Ingen helseforetak kan vise til at det har rutiner for jevnlige øvelser, at det har vært øvelser i løpet av de siste tre årene, og at disse øvelsene har blitt evaluert i etterkant.

Det gjennomføres likevel nasjonale beredskapsøvelser i regi av Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene der også helseforetakene deltar. Helsedirektoratet beskriver tre nasjonale eller regionale øvelser hvor ikt, strøm eller vann har vært en del av øvelsen.¹¹⁶ Videre gjennomfører de regionale ikt-enhetene øvelser for ikt i samarbeid med helseforetakene. Det er også gjennomført større regionale og nasjonale øvelser der innsatsfaktorene har vært et element i øvelsene.

Enkelte helseforetak svarer at reelle hendelser på ikt-området gjør at behovet for øvelser på dette området dekkes ved det arbeidet helseforetakene gjør i samarbeid med de regionale ikt-enhetene når slike hendelser inntreffer. I intervju sier Helse Sør-Øst seg enige i at omfanget av hendelser minker behovet for store øvelser, fordi det gir løpende øvelser, trening og evaluering. 13 av 19 helseforetak presiserer at det

112) Ahus og Helgelandssykehuset HF.

113) Sykehuset Østfold HF, Sunnaas sykehus, Helse Fonna HF, og Helse Førde HF.

114) Sykehuset Telemark HF, Sykehuset Østfold HF, Helse Møre og Romsdal HF.

115) Sykehuset Telemark HF og Helse Møre og Romsdal HF.

116) Øvelse Østlandet i 2013, Sivil nasjonal øvelse i 2012 og øvelse i Sogn og Fjordane i 2011

gjennomføres periodisk testkjøring av nødstrømsaggregat. Det er imidlertid stor variasjon mellom helseforetakene i hyppighet (årlig, månedlig eller oftere) og belastning i disse testene. Videre svarer 14 helseforetak at de har etablert forebyggende rutiner som sikrer/kontrollerer vannkvaliteten (legionella, giardia etc.). Kontrollrutinene er imidlertid også her ulike i omfang og hyppighet. Blant de helseforetakene som har flest kontroller, kan nevnes Sykehuset Vestfold HF, som har månedlig kontroll av vannkvaliteten, og Helse Stavanger HF, som har etablert rutiner med ukentlig inspeksjon av varmtvannsanlegg for å hindre oppblomstring av legionellabakterier.

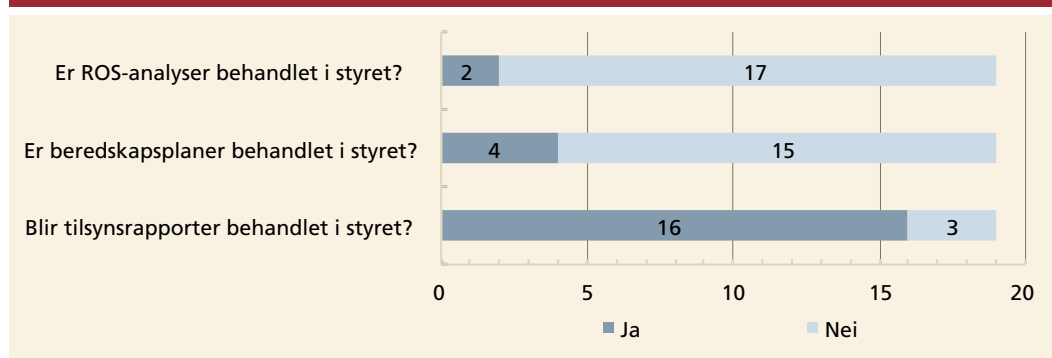
12 av 19 helseforetak svarer at beredskap for ikt, vann og strøm er tema, enten på introkurs, eller i opplæringsplanene for nyansatt driftspersonell. Det vises i flere tilfeller til linjeledernes ansvar for at nytilsatte får nødvendig opplæring. Sju av helseforetakene svarer at de ikke har spesielle opplæringstiltak knyttet til beredskap for de tre innsatsfaktorene.

Kompetansebehovet for beredskapsarbeidet er reelt siden 11 av helseforetakene rapporterer at de har hatt hendelser der ikt, vann eller strøm har falt bort. Seks helseforetak har opplevd hendelser med vann. Dette har enten vært bortfall av vann eller legionellautbrudd. Sju helseforetak rapporterer om tilfeller med strømavbrudd. 10 helseforetak har opplevd alvorlige hendelser knyttet til ikt. Med bakgrunn i hendelsene har alle RHF-ene kommentert at en eldre bygningsmasse skaper utfordringer for beredskapen og beredskapsarbeidet, spesielt innenfor strøm og vann.

2.4 I hvilken grad er styrene involvert i beredskapsarbeidet for ikt, vann og strøm?

Figur 6 viser om ROS-analyser, beredskapsplaner og tilsynsrapporter er behandlet i styrene for helseforetakene.

Figur 6 Er ROS-analyser, beredskapsplaner og tilsynsrapporter behandlet i styrene for helseforetakene?



Kilde: Riksrevisjonens dokumentanalyse og helseforetakenes svar

Det er ikke krav om at ROS-analyser og beredskapsplaner skal behandles i styrene, men beredskapsarbeidet skal være lederforankret. Internkontrollforskriften og ISO 27001 stiller krav om ledelsens oppfølging og ansvar i arbeidet med beredskap og informasjonssikkerhet. Fire helseforetak¹¹⁷ oppgir at beredskapsplanene er behandlet i styret. To¹¹⁸ helseforetak oppgir at også ROS-analysene er behandlet i styret, se figur 6. Tilsvarende viser revisjonens egen gjennomgang av helseforetakenes styreprotokoller de siste to årene at beredskapen innen ikt, vann og strøm i svært liten grad er protokollført som tema i styremøtene. Helse Midt-Norge RHF gir i intervju uttrykk for at det er viktig å få temaet beredskap inn i styret til RHF-et også.

117) OUS, Sunnaas sykehus, Helgelandssykehuset HF og St. Olav hospital HF.

118) OUS og Helgelandssykehuset HF.

DSB gjennomfører tilsyn på strøm/el-området ved norske sykehus. Nesten samtlige helseforetak svarer at de har klare rutiner for hvordan tilsyn fra DSB eller lokalt el-tilsyn følges opp. Det utarbeides i de fleste tilfeller tiltaks-/handlingsplaner for å lukke avvikene, som skal lukkes fortløpende. Styret blir også involvert: 16 helseforetak opplyser at tilsynsrapporter blir styrebehandlet. Gjennomgangen av styredokumentene for 2012 og 2013 viser at de fleste helseforetakene har oppfølging av tilsyn og avvik som del av den administrative ledelsens tertialrapportering til styret.

DSB svarer til Riksrevisjonen at de generelt anser internkontrollarbeidet på sykehusene som godt. Samtidig ser de en stor utfordring i bruken av gamle elektriske anlegg som ikke tilfredsstillende dagens krav til strømforsyning. Videre påpeker DSB at det er en del "gjengangere" blant avvikene, og at sykehusene er lite opptatt av å lære av tidligere avvik. Informasjonen som innhentes i forbindelse med lukking av hvert enkelt avvik, brukes sjelden i et systematisk arbeid for å vurdere om avvikene har noen fellestrekk. Videre poengterer DSB at sykehusene har prosedyrer for vedlikehold av nødstrømsystemet, og at utfordringen snarere ligger i om prosedyrene etterleves.

2.5 I hvilken grad har eier satt overordnede krav til beredskapsarbeidet for ikt, vann og strøm?

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet ansvar for å veilede de regionale helseforetakene og underliggende helseforetak, samt å bistå med øvelser og kompetansetiltak. Direktoratet understreker at tilgang på strøm, vann og ikt er en forutsetning for å kunne yte helsetjenester, og dermed også grunnleggende faktorer for tjenestenes krisehåndteringsevne.¹¹⁹

De regionale helseforetakene har utarbeidet regionale beredskapsplaner som skal være et rammeverk for å utarbeide planverk i helseforetakene. Dette planverket utvikles i en dialog med helseforetakene i regionen. I tillegg er det utarbeidet regionale ikt-beredskapsplaner enten som egen plan eller som en integrert del av den regionale beredskapsplanen. Det er også innført verktøy for enhetlig krisehåndtering,¹²⁰ og de regionale helseforetakene og helseforetakene har implementert kvalitetssystemer¹²¹ som inneholder risikovurderinger, avvikshåndtering/nødprosedyrer og beredskapsplaner. Disse benyttes som hendelsesregister og avvikssystem knyttet til helseberedskap, og for hendelser som gjelder svikt i ikt-systemer, strøm og vannforsyning. Alle de fire RHF-ene har etablert et regionalt beredskapsutvalg for å samarbeide og bidra til erfaringsutveksling mellom helseforetakene i regionen.

Ni av helseforetakene oppgir at de regionale helseforetakene ikke har stilt spesifikke krav til ROS-analyser og beredskapsplaner innen ikt, vann og strømforsyning. Undersøkelsen viser at de regionale helseforetakene har stilt spesifikke krav i oppdragsdokumentene til alle helseforetakene i perioden 2008–2009.

I intervju med de regionale helseforetakene oppgir disse at det er mangler i beredskapsarbeidet innen ikt, vann og strøm i helseforetakene. Alle de fire RHF-ene sier at det er varierende hvor langt det enkelte helseforetaket har kommet i beredskapsarbeidet.

Helse- og omsorgsdepartementet oppgir i kommentarer til rapporten at det er behov for oppfølging av overordnede krav både i eierlinjen og i faglinjen blant annet gjennom Helsedirektoratet. Departementet viser videre til at er det helt nødvendig med regional og nasjonal samordning for å styrke regional og nasjonal beredskap.

119) Helsedirektoratets brev til Riksrevisjonen 04.02. 2014.

120) Beredskaps- og krisestøtteverktøyet HelseCIM.

121) DOCMAP, Extend Quality System (EQS) og Total Quality Management (TQM).

3 Vurderinger

3.1 Helseforetakene mangler eller har mangelfulle risiko- og sårbarhetsanalyser og beredskapsplaner for ikt, vann og strøm

Formålet med ROS-analyser er å gi grunnlag for å identifisere scenarier, ulike hendelsesforløp eller kriser som virksomheten må være forberedt på å håndtere. Med bakgrunn i kartlagte risikoer og sårbarheter skal virksomheten vurdere og iverksette forebyggende og beredskapsmessige tiltak for å styrke robustheten i kritisk infrastruktur.

De regionale helseforetakene har i samarbeid med helseforetakene utarbeidet regionale beredskapsplaner. Undersøkelsen viser imidlertid at det i det enkelte helseforetakene i varierende grad er utarbeidet ROS-analyser og beredskapsplaner knyttet til ikt, vann og strøm. Kun to helseforetak har både ROS-analyser og beredskapsplaner for de samme innsatsfaktorene. Omfanget og kvaliteten på de utarbeidede ROS-analysene og beredskapsplanene varierer mellom helseforetakene, og innad i de enkelte helseforetakene. Mens enkelte helseforetak har detaljerte beskrivelser av mulige risikoforhold knyttet til vann og strøm og sannsynlighet og konsekvens ved hendelser, har andre helseforetak lite konkrete risikobeskrivelser. I enkelte tilfeller inneholder beskrivelsen kun én risiko, for eksempel bortfall av vann, uten å gi noen nærmere beskrivelse av mulige årsaker til og konsekvenser av bortfallet.

For å forebygge og redusere konsekvenser av beredskapshendelser for kritisk infrastruktur er det viktig å få på plass tilstrekkelige reserveløsninger. Undersøkelsen viser at det er variasjoner i omfang av reserveløsninger for vann og strøm. Mange helseforetak har kun ett vanninntak, og som hovedregel fra en og samme vannkilde. I tillegg opplyser helseforetakene og de regionale helseforetakene at mange gamle helsebygg gir utfordringer for beredskapen, noe som ikke kommer tydelig fram i risikovurderingene. Videre viser undersøkelsen at svært få av ROS-analysene inneholder vurderinger av mulige ekstreme hendelser, og helseforetakene synes ikke å planlegge for det uventede. Det kan derfor stilles spørsmål ved om helseforetakenes ROS-analyser dekker hele risikobildet.

I de tilfellene der det er utarbeidet ROS-analyser, er sannsynlighet og konsekvens i liten grad beskrevet. Dette gjør det vanskelig å prioritere/rangere risikoene og håndtere dem videre i beredskapsarbeidet. Det kan også være en medvirkende årsak til at det i liten grad er sammenheng mellom risikoen og tiltak som er beskrevet i beredskapsplanene.

Helseforetakene har overordnede beredskapsplaner, men 13 helseforetak mangler beredskapsplaner som er konkrete for alle innsatsfaktorene. Mange av beredskapsplanene mangler henvisninger til risikoen som planen rettes mot, og vurderingen av sannsynlighet og konsekvens for risikoen. Et stort flertall av helseforetakene med ROS-analyser har ikke utarbeidet beredskapsplaner som dekker risikoen som er beskrevet i ROS-analysen. I slike tilfeller mister ROS-analysene sin funksjon, siden det ikke foreligger planer for å forebygge og redusere konsekvenser av hendelser. Det er likevel positivt at flere helseforetak svarer at de er i gang med å få ROS-analyser og beredskapsplaner på plass. Enkelte av helseforetakene har også gitt tilbakemelding på at de har fått mer av planverket på plass i løpet av undersøkelsesperioden.

3.2 Helseforetakene gjennomfører få øvelser på innsatsfaktorene vann, strøm og ikt

Lov om helsemessig og sosial beredskap stiller blant annet krav til øving og opplæring av personell i beredskapsarbeidet. Undersøkelsen viser at det gjennomføres få øvelser knyttet til innsatsfaktorene. Det er ikke registrert øvelser der svikt i vannforsyningen

inngår, og øvelser om strømforsyning begrenser seg i hovedsak til tester av nødstrømsaggregat. Imidlertid er det gjennomført flere større lokale og nasjonale øvelser der de undersøkte innsatsfaktorene er et element i øvelsene. Undersøkelsen viser også at de regionale ikt-enhetene utfører øvelser innen ikt-området. Revisjonen har merket seg at i tilfeller der det har vært hendelser, har situasjonen blitt taklet tilfredsstillende av helseforetakene. Omfanget av faktiske hendelser for de undersøkte innsatsfaktorene, og de alvorlige konsekvensene disse hendelsene kan få for pasientbehandlingen, understreker likevel viktigheten av å øve personalet i beredskapsarbeidet.

3.3 Ledelsen i helseforetakene følger i liten grad opp beredskapsarbeidet

Undersøkelsen viser at styrene i to helseforetak har behandlet ROS-analyser, og at styrene i fire helseforetak har behandlet beredskapsplaner. Etter revisjonens vurdering vil det kunne bidra til å styrke beredskapsarbeidet i helseforetakene hvis styrene i større grad etterspør ROS-analyser og beredskapsplaner for å sikre seg at planverket er tilfredsstillende. Felles maler og erfaringsutveksling kan bidra til en høyere kvalitet på analysene og planene, både i de regionale helseforetakene og innad i det enkelte helseforetaket.

Det er i forskrift stilt krav om samordning av beredskapsplaner og samvirke mellom virksomhetene i beredskapsarbeidet.¹²² For seks helseforetak er det enten ikke etablert konkret samarbeid med lokale myndigheter, eller samarbeidet er uformelt og ikke knyttet konkret til innsatsfaktorene.

Undersøkelsen viser også at helseforetakene overlater mye av beredskapsarbeidet for ikt til de regionale ikt-enhetene som er deres driftsleverandør/databehandler. Helseforetakene har etter revisjonens vurdering ikke fulgt opp det ansvaret de har som eier av dataene og som databehandleransvarlig. Dette kan etter revisjonens vurdering medføre risiko for uklare ansvarsforhold, mangler i beredskapen og svekket informasjonssikkerhet.

3.4 Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene har lagt til rette for beredskapsarbeidet, men den overordnede oppfølgingen har vært svak

Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene har stilt krav om, og lagt til rette for, at det skal utarbeides ROS-analyser og beredskapsplaner for innsatsfaktorene ikt, vann og strøm. Helsedirektoratet har på oppdrag fra departementet iverksatt flere tiltak for å veilede de regionale helseforetakene i beredskapsarbeidet. Direktoratet har også deltatt i planleggingen og gjennomføringen av øvelser. Helse- og omsorgsdepartementet har i foretaksmøte stilt krav om ROS-analyser og beredskapsplaner for ikt, strøm og vann både i 2008/2009 og i undersøkelsesperioden. De regionale helseforetakene har fulgt opp dette i styringskravene for 2014 til helseforetakene.

Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet har ansvar for å følge opp beredskapsarbeidet innen helsesektoren. De regionale helseforetakene har ansvar for å følge opp beredskapsarbeidet i helseforetakene. Til tross for at eier har lagt til rette for beredskapsarbeid, kan det, med bakgrunn i resultatet av undersøkelsen, stilles spørsmål ved om den overordnede oppfølgingen av helseforetakene har vært god nok.

122) Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid § 6.