

Sluttrapport – FIKS-programmet

Versjon 1.0 – 10.03.17

Steve Lillehaug
Solfrid Kallbekken
Heidi Talsethagen
Bengt F. Nilsfors

Innhold

| | | |
|-----|---|----|
| 1 | Forord..... | 3 |
| 2 | Innledning | 4 |
| 3 | Omfang..... | 5 |
| 3.1 | Mandat..... | 5 |
| 3.2 | Styring | 6 |
| 4 | Program- og prosjektorganisering..... | 6 |
| 4.1 | Prosjekt og prosjektstyring | 6 |
| 4.2 | Programmets prosjektoppfølgning | 7 |
| 5 | Kommunikasjonsarbeid | 7 |
| 6 | Merkantil avtaleforvaltning..... | 8 |
| 6.1 | Overlevering og oppdrag..... | 9 |
| 6.2 | Avtalene..... | 9 |
| 6.3 | Avtalenes egnethet..... | 11 |
| 6.4 | Omfattende avtaleverk, dobbelregulering og avtalenes varighet | 11 |
| 6.5 | Rollefordeling og ansvar | 12 |
| 6.6 | Endringshåndtering | 13 |
| 7 | Økonomioppfølging | 13 |
| 7.1 | Drifts- og investeringsramme..... | 14 |
| 7.2 | Driftskostnader – driftskostnader 2013-2016..... | 14 |
| 7.3 | Investeringer – status forpliktet ramme mot tilgjengelig ramme ved programavslutning .. | 15 |
| 7.4 | Balanseføring og aktivering | 17 |

1 Forord

FIKS-programmet har siden midten av 2016 vært inne i en nedskalerings- og avslutningsfase. Flere av de som har vært medarbeidere i programmet har gått over i ulike roller i forvaltningsenhetene. Noen venter fremdeles på at systemforvaltningen på sitt område skal etableres, og imellomtiden ivaretar de forvaltningsoppgaver fra sin stol i FIKS. Noen av ressursene i FIKS-programmet har sin naturlige plass i de prosjektene og i den overbygningen som skal på plass for å bygge videre på den felles regionale grunnmuren som er lagt i FIKS-programmet.

Samtlige prosjekter har levert sluttrapporter ved avslutning av de ulike fasene, og nå til avrunding av implementeringsløpene. I flere av prosjektene er det mindre restanser som er avtalt slutført gjennom teknisk- eller funksjonell forvaltning. Foretakenes tilpasninger etter implementeringene er heller ikke slutført, og det gjenstår fremdeles arbeid med å få implementert alle regionale standarder i den daglige arbeidsflyten ved sykehusene. Samtidig er man også kommet så langt at den etablerte forvaltningen og beslutningsstrukturen for endringer av regionale standarder allerede behandler saker som er endringer eller videreutvikling av det omfattende harmoniseringsarbeidet som har vært gjort de siste årene.

I de tilfellene der FIKS har planlagt at det tilkommer kostnader etter programslutt så er det tatt høyde for disse i slutføringen av regnskapene, men hvis ikke forvaltningen av samtlige systemområder kommer på plass i løpet av denne våren vil man risikere at det tilkommer nye projektkostnader, som ellers ville vært håndtert i en daglig forvaltning av systemet.

Den følgende rapporten er en kort oppsummering av sluttstatus fra programperspektivet. For dem som er interessert i den mer detaljerte framdriften og utfordringsbildene de siste fem årene vises det til de 27 statusrapportene fra programledelsen til styringsgruppen.

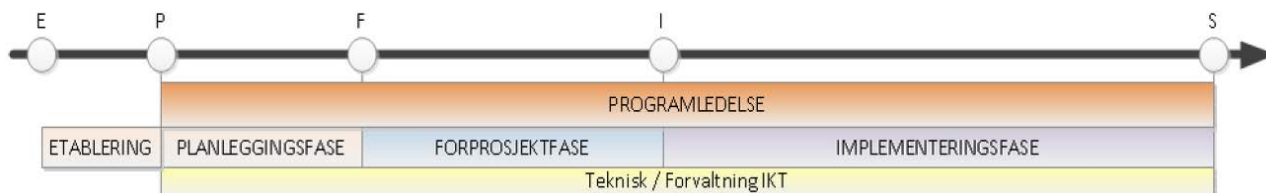
2 Innledning

Etableringen av FIKS-programmet startet sommeren 2011 i Helse Nord IKT, og hadde i første fase fokus på å ivareta forpliktelsene i kjøpsavtalene knyttet til utvikling av enkeltkrav i kontrakten for EPJ og Lab- området. Helse Nord IKT (HN IKT) rekrutterte leder for etableringsarbeidet, som senere gikk inn i rollen som assisterende programleder, samt noen viktige medarbeidere fra anskaffelsesprosjektet.

I løpet av høsten 2011 ble ansvaret for programmet flyttet fra HN IKT til Helse Nord RHF (RHF), og Eierdirektøren i RHF fikk ansvar for rekruttering og etablering. Programleder ble tilsatt fra 14. november 2011. Den 9. desember 2011 ble det gjennomført en heldags workshop med overlevering av kontraktene og med muntlige innspill til veien videre fra Anskaffelsesprosjektet (AKS). Første styringsgruppemøte (SG-møte) avholdt 18.01.2012 med deltakelse fra samtlige HF, Fagdirektør og Eierdirektør fra RHF.

FIKS startet 2012 med en informasjonsrunde på samtlige foretak og HN-IKT. Ved besøkene på foretakene deltok også Adm. Direktør, Eierdirektør og Fagdirektør fra Helse Nord RHF. FIKS og presentasjonene av de anskaffede systemene fikk god mottakelse ved samtlige foretak. I tillegg er FIKS viet hele Helse Nord Nytt Nr.1-2012.

I etableringsfasen av programmet var hovedaktivitetene å utarbeide budsjett for første år, få på plass kontor- og møteromsfasiliteter til aktivitetene i planleggingsfasen, bemanne programmet i henhold til planer, etablere første versjon av Prosjekthåndboka og å utarbeide overordnet mandat for programmet.



Til styringsgruppemøte 12.03.12. var mandatet for programmet klart, og SG behandlet også rapporten om forutsetninger og avhengigheter til FIKS, som blant annet ga FIKS i oppdrag å etablere et Testregimeprosjekt. Rapporten pekte også på andre viktige forutsetninger for å gjennomføre programmet, som for eksempel etablering av datarom og integrasjonsregime. I løpet av første halvår kom samtlige prosjektledere i FIKS på plass, og planleggingen av de ulike prosjektene startet opp.

Med unntak av Patologiprojektet, som ble avsluttet ved utgangen av 2013, var samtlige andre implementeringsprosjekter i forprosjektfasen gjennom året. Med implementeringsplanene ferdigstilt ble investeringsrammen for FIKS justert i første SG-møte i 2014.

Fra 2014 til utgangen av 2016 har FIKS, med noen justeringer i tidsplanene, avsluttet samtlige milepæler innenfor budsjetterte rammer. Helseforetakene i regionen har vært involvert i og berørt av systemomlegginger mer enn 20 helger i denne perioden, og til tross for stort trykk på enkeltmedarbeidere i HN-IKT har alle omlegginger gått uten store tekniske problemer.

3 Omfang

Samtidige implementeringsprosjekter på seks systemområder krever ikke bare detaljert planlegging og styring i hvert enkelt implementeringsprosjekt, men også at planleggingen tar høyde for samtidighetskonflikter mellom prosjektene. Når aktivitetene også berører ansatte i 11 sykehus, fire helseforetak og hos en driftsleverandør med andre primæroppgaver enn prosjektgjennomføring så legges det til nye variable, som må håndteres i gjennomføringen. I gjennomføringen av FIKS har en internt i programmet også hatt avhengigheter til etablering av Testregime og til prosjektene for å bistå leverandørutvikling av ny programvare. At ikke alle forutsetninger for programgjennomføringen var på plass ved oppstarten har gitt både HN IKT og FIKS utfordringer både i drift og prosjektgjennomføring.

Både omfanget og kompleksiteten i oppdraget krever at alle prosjektmedarbeidere er villige til å bidra mot neste felles milepæl selv om man isolert sett må ha fokus på egne leveranser. Denne balansegangen har fungert godt innenfor programorganiseringen, og har bidratt til å holde det samlede ressursforbruket lavere enn tilfellet ville vært om alle prosjektene var etablert for seg.

3.1 Mandat

I mandatet for programmet sies det at: Det overordnede formålet med programmet er en størst mulig grad av regional standardisering i bruken og driften av de kliniske systemene. Dette har også vært den mest sentrale føringen for samtlige prosjektmandater under FIKS-programmet.

Ved innlemmelsen av Elektronisk medikasjon- og kurveløsning i prosjektporteføljen til programmet ble det overordnede mandatet justert i SG-møte 15.10.15. Den vesentligste endringen ble gjort i forhold til organisering av arbeidet:

Opprinnelig:

Arbeidet i programmet organiseres for samtlige systemområder ut fra en overordnet tredeling:

1. Utvikling av kontraktsfestet funksjonalitet med systemleverandørene
2. Harmonisering av de ulike kliniske systemer internt i hvert HF og regionalt med tilhørende faglig standardisering
3. Innføring av mest mulig standardiserte pasientforløp med tilhørende beslutningsstøtte

Til:

Arbeidet i programmet organiseres for samtlige systemområder ut fra en overordnet inndeling:

1. Utvikling av kontraktsfestet funksjonalitet med systemleverandørene
2. Harmonisering av de ulike kliniske systemer internt i hvert HF og regionalt med tilhørende faglig standardisering
3. Pasientforløp: Bistå øvrige prosjekter med avklaringer i forhold til eierskap til dataelementer i helhetlige pasientforløp. Designe samhandlingen mellom systemene som er i bruk eller er planlagt innført
4. Elektronisk medikasjon- og kurveløsning, som skal gjennomføre planlegging og forprosjektering

Endringen i mandatet gjenspeiler også at verktøy for å implementere standardiserte pasientforløp og tilrettelegging av beslutningsstøtte ikke er ferdig utviklet fra leverandør – og derfor ikke kan innføres i programperioden.

3.2 Styring

SG for programmet har avholdt i alt 28 møter i programperioden og behandlet i 195 saker. Eierdirektør i Helse Nord RHF har i hele programperioden fungert som leder av SG. I en såpass lang programperiode har flere av de øvrige posisjonene i SG hatt utskiftninger underveis.

Programledelsen har som sekretariat for SG forsøkt å holde styringsnivået orientert om utviklingen i prosjektene og programmet gjennom rapporteringer til møtene. Rapporteringene har vært fokusert på tre akser: Framdrift i forhold til plan, økonomiske forpliktelser som følge av planen og risikoelementer i videre arbeid.

Samlet har dette hele tiden gitt styringsgruppen og programledelsen mulighet til å iverksette tiltak tidlig nok til at den overordnede tidsplanen og de vedtatte økonomiske rammene har blitt fulgt.

SG-leder har under hele programperioden vært holdt orientert om de enkelte prosjektenes utfordringer og framdrift – og har vært en nyttig ressurs for programledelsen i styringen av programmet.

4 Program- og prosjektorganisering

Organiseringen og bemanningen av programmet og prosjektene har hatt fokus på å skape fleksibilitet og korte beslutningsveier mot ett felles mål.

Programledelsen har gjennom perioden bestått av to personer: Assisterende programleder og Programleder. FIKS har hatt en økonomirådgiver, en juridisk rådgiver og fra 2013 en kommunikasjonsrådgiver i stabsfunksjoner, men disse har også bidratt inn i prosjektarbeid gjennom hele perioden. I tillegg har en halv stilling i kontorfunksjon og en halv stilling til intern-IKT-tilrettelegging gitt service til både program og prosjektene.

Tre senior IKT-rådgivere har gjennom det meste av programperioden også vært organisert som felles ressurser i programmet.

Prosjektene har vært organisert og skalert etter behov. Samtlige prosjekter har hatt egen prosjektleder, men for øvrig vært bemannet ut fra oppgavene i prosjektet. Personalansvar for samtlige i programmet har ligget til programledelsen.

4.1 Prosjekt og prosjektstyring

FIKS har vært organisert med følgende prosjekter i perioden:

- Patologi (planlegging, forprosjekt og implementering)

- Testregimeprosjekt (planlegging, forprosjekt og implementering fase I)
- EPJ-utvikling (planlegging, forprosjekt og gjennomføring)
- LAB-utvikling (planlegging, forprosjekt og gjennomføring)
- ERL – utvikling og implementering (planlegging, forprosjekt og implementering)
- Radiologiprojektet (planlegging, forprosjekt og implementering)
- EPJ – HOS (planlegging, forprosjekt og implementering)
- Pasientforløp (planlegging og utredning)
- Elektronisk kurve og medikasjon (planlegging og forprosjekt)

Den enkelte prosjektleder har hatt selvstendig ansvar for framdrift, ressurs og økonomistyring i prosjektene. Samtlige prosjekter har rapportert til programledelsen i FIKS. I alle implementeringsprosjektene har det også vært egne styringsgrupper for prosjektene både på regionalt og foretaksnivå. I de regionale styringsgruppene har også aktuell leverandør vært representert i styringsgruppen.

4.2 Programmetts prosjektoppfølgning

Prosjektoppfølgningen har fra programledelsens side bestått i faste månedlige statusmøter med prosjektledere. Til møtene har prosjektlederne levert statusrapport med risikomatrixe, økonomistatus og økonomisk prognose. I møtene er dokumentasjonen gjennomgått og eventuelle kursendringer diskutert, og i etterkant av møtene er rapportene blitt låst og arkivert.

I tillegg til den formelle prosjektoppfølgningen har samtlige ansatte møtt til felles ukentlig statusmøte hver mandag. Denne møteplassen har vært viktig for å bevare fellesskapsfølelsen mellom ulike prosjekter og fagområder. For programledelsen har denne møteplassen også gjort det lettere å kanalisere hjelp til de områdene som har hatt et behov.

5 Kommunikasjonsarbeid

Fra oppstarten av programmet gjorde programledelsen regning med å kunne bruke etablerte kommunikasjonskanaler og tilgjengelige kommunikasjonsressurser i regionen i arbeidet med innføringen av felles kliniske systemer. Etter endt planleggings- og forprosjektphase ble det imidlertid tydelig at det ville være krevende å ivareta helheta rundt kommunikasjon uten å ha en egen kommunikasjonsressurs, som kunne følge opp de ulike FIKS-prosjektene på tett hold. I månedsskiftet januar/februar 2013 tilsatte derfor FIKS en egen kommunikasjonsrådgiver.

Kommunikasjonstiltakene har i all hovedsak bestått av oppfølging av følgende kanaler:

- **Formelle kanaler** ved helseforetakene
- **Internett**
- **Intranett** – FIKS og egne sider på helseforetakenes Intranett
- **Sosiale medier:** Facebook, Twitter, LinkedIn og Instagram

- **Fotokonkurranser** for å skape blest om systeminnføringene
- **E-post** til grupper av ansatte og til eksterne målgrupper
- **Nyhetsbrev** fra FIKS
- **Fredagsbrev** – Helse Nord RHF
- **Fastlegenytt** – helseforetakenes egne utsendelser/publiseringer
- **Magasiner** og publikasjoner (interne og eksterne)
- **Trykksaker:** brosjyrer, plakater, rollups, bannere, m.m. – til bruk på sykehusene og ved representasjon på eksterne arrangementer
- **Medieoppslag og fagpresse**
- **Informasjonsmøter** med helsepersonell og andre involverte/berørte
- **Foredrag** – på interne og eksterne arrangementer
- **Informasjonsstand** på sykehusene i forkant og i etterkant av innføringer
- **Profilartikler, boller og drops** til bruk i forbindelse med brukerstøtte

Kommunikasjonsarbeidet har båret preg av at de tradisjonelle kommunikasjonskanalene i Helse Nord ikke er optimale, og det har til tider vært vanskelig å nå frem med budskapet til ønskede målgrupper. Et viktig poeng er at helsepersonell ofte ikke har tid (og i mange tilfeller heller ikke nødvendige verktøy) til å sjekke Intranett og e-post. Informasjon «i linja» stopper erfaringsmessig også opp og er i noen tilfeller til hinder for et tilfredsstillende kommunikasjonsarbeid. Frustrasjon relatert til høyt arbeidspress i sykehusene, samt motstand mot endringer i godt etablerte rutiner er dessuten faktorer som har hatt innvirkning på kommunikasjonsarbeidet og resultatet av de iverksatte tiltakene.

På bakgrunn av dette valgte FIKS-programmet å spre kommunikasjonstiltakene i mange kanaler, og det har vært mye prøving og feiling før man fant frem til hva som fungerer best – og hva som ikke fungerer optimalt.

I store trekk har FIKS' kommunikasjonsstrategi fungert tilfredsstillende i forhold til å nå medarbeiderne foran de største omleggingene, men det vil alltid være forbedringspotensiale – og det blir aldri nok informasjon.

FIKS har brukt mye tid og ressurser på å skape blest om innføringen av felles kliniske systemer, blant annet i form av artikler internt og eksternt. Mediekontakt har derfor vært en viktig del av kommunikasjonsarbeidet. Bruken av visjonen «én journal i nord – uansett kor du bor» har vist seg å være et godt virkemiddel for å etablere en felles forståelse for hva vi jobber med og hvor vi på sikt ønsker å «lande». Bruk av visjonen i enhver sammenheng har blant annet bidratt til at FIKS-programmets arbeid i dag er godt kjent, både i helseregionen og på landsbasis.

6 Merkantil avtaleforvaltning

Et av delmålene for FIKS programmet var å etablere en felles avtaleforvaltning etter Helse Nord's anskaffelse våren 2011 innenfor systemområdene EPJ/PAS, LAB, RIS, PACS, Patologi og ERL.

FIKS fikk i sitt mandat (signert 23.03.12) ansvar for oppfølging av Kjøpsavtalene (herunder utløsning av opsjoner og inngåelse av eventuelle utviklingsavtaler etc) overfor leverandørene. HN IKT fikk tilsvarende ansvar for oppfølging av Vedlikeholdsavtalene.

Oppdraget fra RHF om å ivareta forvaltningsansvaret for Kjøpsavtalene har ledet fram noen erfaringer som blir omtalt i det følgende:

6.1 Overlevering og oppdrag

Formell overlevering av Kjøpsavtalene fra HN RHF til FIKS skjedde først i møte 7. desember 2011 hvor Eierdirektør i RHF og IT-leder i RHF informerte om anskaffelsesprosessen, evaluering og innstilling, samt økonomi og investeringer. I etterkant av møtet i e-post av 9.12.11 fra IT-leder til FIKS er det påpekt «*at det i alle kontrakter vil eksistere uklarheter eller sågar mindre feil. Disse må løses i dialog med styringsgruppen og leverandørene. Men det er en forutsetning at innholdet i kontraktene er særdeles godt forstått for å kunne løse denne type uklarheter til kundens beste.*

I følge FIKS sitt mandat innebar ansvaret å etablere «en felles avtaleforvaltning av høy kvalitet», herunder å se til at leverandørene leverer i henhold til avtalt kvalitet og pris.

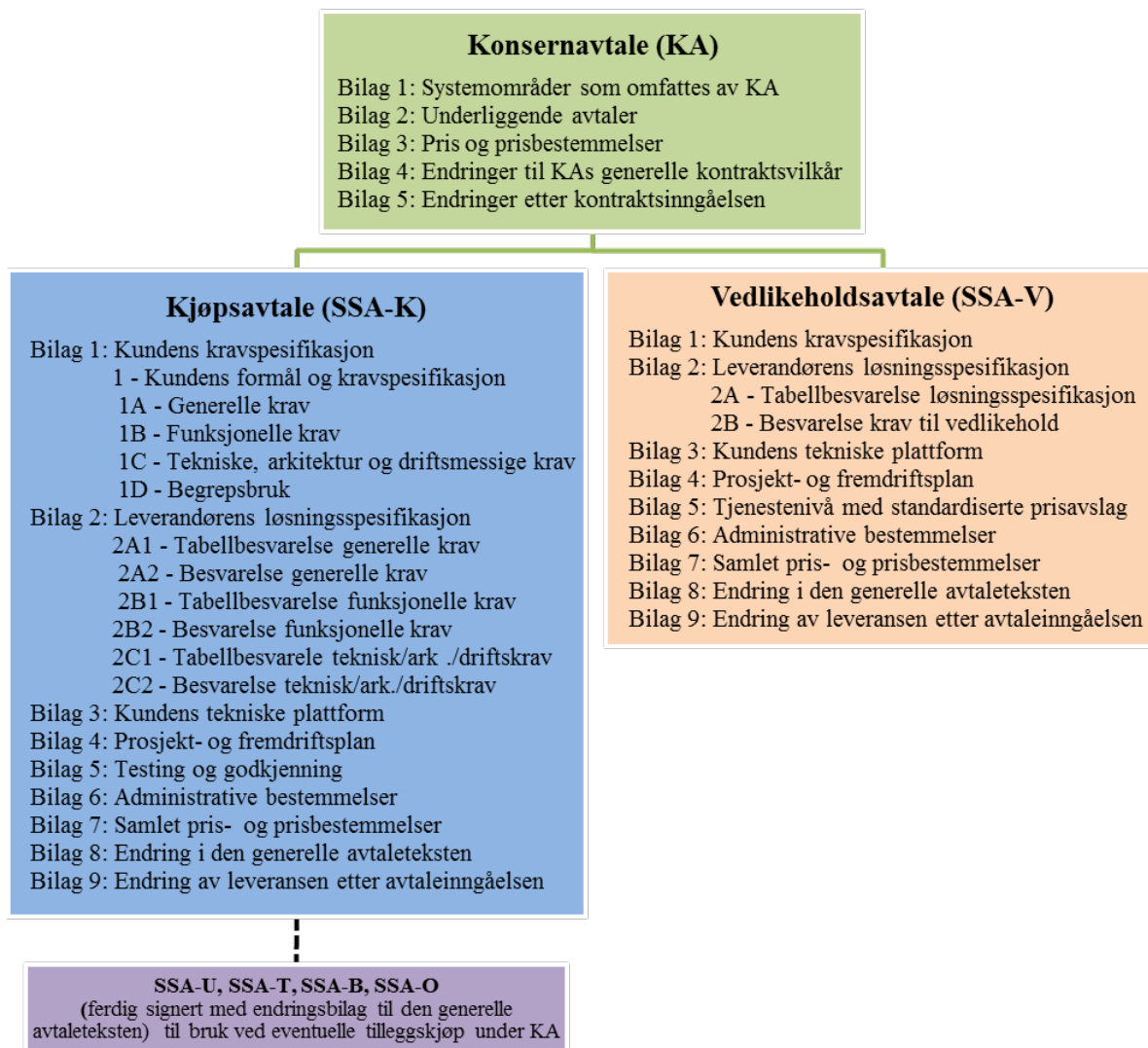
Internrevisjonen i HN RHF gjennomførte i perioden august – desember 2012 med bistand fra Ernst & Young, revisjon med RHFets styring og kontroll med FIKS programmet. Et av fokusområdene for revisjonen var leverandør- og kontraktsstyring. Kriterier for god praksis var der satt til at «*Programmet forvalter og administrerer leverandører av IT tjenester relevant for programmet på en slik måte at virksomhetsbehovene dekkes, herunder samarbeid, kontraktsstyring og oppfølging av leverandørens leveranser.*»¹

6.2 Avtalene

For hvert av de 6 systemområdene fikk FIKS overlevert signert Konsernavtale (KA), Kjøpsavtale (SSA-K) og Vedlikeholdsavtale (SSA-V). I tillegg forelå det fremforhandlet endringsbilag til generell avtaletekst for Utviklingsavtalen (SSA-U), Tilpasningsavtalen (SSA-T), Oppdragsavtalen (SSA-O) og Bistandsavtalen (SSA-B). Se oversikt under:

¹ Helse Nord RHF: Internrevisjonsrapport 11/12 punkt 4.7.1

Avtalestruktur og avtaledokumenter



KA med bilag er overordnet de underliggende avtalene, og inneholder bestemmelser om samhandling mellom Oppdragsgiver (HN RHF) og Leverandøren, samt fellesbestemmelser som skal gjelde for alle underliggende avtaler. Avtalen er inngått mellom Oppdragsgiver og Leverandøren, men omfatter også alle underliggende helseforetak. Oppdragsgiver og de nevnte helseforetak mv er i fellesskap kalt Kunden".²

Helseforetakene kan ifølge KA kapittel 1 inngå underliggende avtaler for egen virksomhet. Helse Nord RHF er ikke part i de enkelte underliggende avtaler som er inngått av helseforetakene med mindre annet er uttrykkelig avtalt i det enkelte tilfellet.

Bruk av konsernavtalemodellen for IKT anskaffelser er vedtatt i styret for Helse Nord RHF³. Formålet er å sikre god styring internt, samtidig som den skal bidra til at foretaksgruppen fremstår som koordinert og enhetlig ovenfor leverandørene. I anskaffelsen (AKS) skulle KA sikre:

² Konsernavtalen kapittel 1

³ I følge IT-leder HN RHF

1) Overordnet regulering av forholdet mellom Oppdragsgiver og leverandør av de systemer som omfattes av avtalen, og 2) oppnåelse av best mulig merkantile betingelser for Helse Nord.

6.3 Avtalenes egnethet

HN RHF hadde vurdert SSA-K som mest egnet for alle systemområdene i anskaffelsen forut for implementeringen.

I følge DIFI er SSA-K egnet til kjøp av IT-utstyr og/eller programvare. Avtalen er også egnet for kjøp av tilpasning av programvare dersom du på forhånd kan spesifisere nøyaktig hvordan IT-utstyret og/eller programvaren skal tilpasses. Leverandøren leverer utstyret og/eller programvaren ferdig tilpasset.

Innenfor noen av systemområdene (Arena leveransen i avtalen for DIPS EPJ og leveranser for systemområdet ERL) har det vist seg at leveransene krevde mer utvikling enn forutsatt. Dette har i oppfølgingen krevd omfattende kontraktsforhandlinger for å få på plass nye leveransefrister, regulering av samhandling mellom kunde og leverandør samt kompensasjon for forsinkelser.

Selv om SSA-K åpner for kjøp av en viss tilpasning, ville en tilpasningsavtale etter FIKS sin vurdering vært mer egnet for anskaffelsen på de nevnte systemområdene. Dette ville gitt en mer egnet regulering av partenes forpliktelser, da kjøp av programvaren skal utvikles eller tilpasses for kunden, og leverandørens spesifiseringsarbeid (utarbeidelse av detaljspesifikasjon) skal gjennomføres i nært samarbeid med kunden.

6.4 Omfattende avtaleverk, dobbelregulering og avtalenes varighet

Det ligger et omfattende avtaleverk til grunn for oppfølgingen. Dette slo også internrevisjonen fast.⁴

KA regulerer flere områder som helt eller delvis også er regulert av SSA-K og SSA-V, samt de andre standardavtalene hvis de tas i bruk. FIKS har gjennom avtaleforvaltningen identifisert følgende områder der det er tilfelle:

| Hva: | KA | SSA-K | SSA-V |
|--|---------|----------|----------|
| Varighet og oppsigelse | Kap. 2 | Kap. 4 | Kap. 4 |
| Bruk av underleverandør | Kap. 4 | Kap. 7.2 | Kap. 7.2 |
| Taushetsplikt | Kap. 9 | Kap. 7.3 | Kap. 7.3 |
| Samarbeid | Kap. 13 | Bilag 6 | Bilag 6 |
| Priser og prisbestemmelser | Kap. 7 | Bilag 7 | Bilag 7 |
| Avslutning eller overføring av avtalen | Kap. 14 | Kap. 4.3 | Kap. 4.3 |
| Tvister | Kap. 17 | Kap. 16 | Kap. 16 |

*Listen er ikke uttømmende, og det kan være flere sammenfallende reguleringer mellom KA og de underliggende avtalene.

Dobbelreguleringen og avtalestrukturen kompliserer avtaleoppfølgingen. Dokumentomfanget er større enn nødvendig, reguleringer kan overses og vi risikerer at konsernavtalemodellen virker mot

⁴ Helse Nord RHF: Internrevisjonsrapport 11/12 punkt 4.7.2

sin hensikt. Prisene i KA utdateres også etterhvert som prisstigningsklausulene i Kjøps- og vedlikeholdsavtalene gjøres gjeldende, og det oppstår uklarheter og motstrid.

Samtidig inneholder KA bestemmelser som ikke er regulert i de underliggende avtalene, og som er sentral for oppfølging av leverandørens forpliktelser. Dette gjelder for eksempel kapittel 5 om leveranseplikt for ny og forbedret funksjonalitet og prisbestemmelsene for overtid, reisetid mv.

Konsernavtalen gjelder i fire år fra dato for siste signatur med opsjon for Kunden for forlengelse to ganger, hver av to års varighet. Konsernavtalen kan dermed ha en maksimal varighet på åtte år, mens bruksrett etter Kjøpsavtalen gjelder uten tidsbegrensning, og plikter og rettigheter etter Vedlikeholdsavtalen gjelder så lenge Kunden velger å anvende de løsninger Konsernavtalen omfatter. Underliggende avtaler kan dermed ha varighet utover konsernavtalens varighet. Det er uheldig for de overordnede føringene som ikke er regulert i de underliggende avtalene.

For senere anskaffelser bør HN RHF vurdere om Konsernavtalens reguleringer kan innarbeides i Kjøpsavtalen og Vedlikeholdsavtalen for å forenkle avtalestruktur, unngå dobbeltreguleringer og sikre at overordnede føringene følger de underliggende avtalenes varighet.

6.5 Rollefordeling og ansvar

HN RHF er ifølge KA kapittel 1 «oppdragsgiver». Helseforetakene og oppdragsgiver er i fellesskap «Kunden»

Kapittel 13 i KA har bestemmelser om partenes kontaktpersoner, samarbeidsforum og møter. Partene er her pålagt å utpeke kontaktpersoner og bidra til å opprettholde slik kontakt som er nødvendig for oppfyllelsen av avtalen. Med unntak av kommunikasjon som finner sted i tilknytning til de enkelte bestillinger og ved eventuelle endringer og tilføyelser til avtalen, skal alle meddelelser mellom partene knyttet til denne avtale være rettet til de kontaktpersoner som er angitt i KA punkt 1. Samarbeidsforumet skal håndtere forventninger, ønsker og krav fra foretaksgruppen relatert til Leverandørens utvikling av funksjonalitet og kan også benyttes som forum for å formidle forslag fra Leverandøren til brukermiljøene.

Det skal holdes regelmessige møter for å gjennomgå hvordan Konsernavtalen fungerer. I møtene skal Oppdragsgiver og Leverandøren gjennomgå inngåtte kontrakter under Konsernavtalen, og legge frem de planer som foreligger hos Kunden og Leverandøren for neste periode. Endringer til konsernavtalen kan også bare avtales mellom Oppdragsgiver og Leverandør.

Kontraktsforvaltning av Kjøpsavtalen innebærer nødvendigvis også oppfølging av partenes forpliktelser der dette også omfatter reguleringen i KA. Samtidig følger det av KA at det er HN RHF som «Oppdragsgiver» som skal holde regelmessige møter og kunne avtale endringer til KA.

Det har ikke vært klart om FIKS med kontraktsforvaltningsansvaret for Kjøpsavtalen også representerer «oppdragsgiver» i oppfølging av KA. Denne uklarheten underbygges også av at HN RHF selv har fulgt opp faste samarbeidsmøter overfor DIPS ASA, men ikke med leverandører for de andre systemområdene. Uklarheter om hvem hos Kunden leverandøren skal forholde seg til gjør at vi risikerer å miste oversikt over kontraktsoppfølgingen.

For senere kontrakter bør deling av ansvar og oppgaver hos Kunden klargjøres bedre.

6.6 Endringshåndtering

På bakgrunn av kontraktens kompleksitet har endringer etter kontraktsinngåelsen vært uunngåelig. Samtidig må vi av hensyn til anskaffelsesregelverket ha kontroll med at vi ikke foretar vesentlige endringer, slik at vi i realiteten står overfor en ny kontrakt.

For å ivareta dette etablerte FIKS i samarbeid med HN IKT rutiner for avtaleforvaltningen slik at vi var gjensidig informert og hadde kontroll over endringene som måtte gjøres, herunder avrop av opsjoner og tilleggskjøp. For eksempel har vi systematisk dokumentert endringene i DIPS avtalene i felles endringsbilag for Kjøps- og Vedlikeholdsavtalene. Alle kontraktsendringer er også dokumentert fortløpende og oppdatert av leverandørene i endringslogg i avtalenes Bilag 9.

En samlet regional kontraktsoppfølging har samtidig vært utfordrende når det i KA i kapittel 1 åpnes for at helseforetakene kan inngå underliggende avtaler for egen virksomhet, hvor HN RHF ikke er part med mindre annet er uttrykkelig avtalt i det enkelte tilfellet. I KA kapittel 3.2 fremgår det også at «Tilhørende tjenester, herunder tjenester som opplæring, dokumentasjon, tilpasninger, systemintegrasjon, datakonvertering, vedlikehold, utvikling mv. kan bestilles i henhold til behov. Det er opp til Kunden å beslutte omfang av- og tidspunkt for uttak av denne type tjenester.»

For senere kontrakter bør adgangen til oppkjøp i avtalene konkretiseres i form av opsjoner slik at det muliggjør kontraktsutvidelser uten å risikere å komme i strid med anskaffelsesregelverket.

7 Økonomioppfølging

Prosjektene har disponert egne investeringsrammer, og alle utgifter er belastet egne koststeder - og i en del tilfeller egne prosjektnummer. Prosjektleder har hatt budsjettansvar innenfor vedtatte rammer og plikt til å melde eventuelle avvik til programledelsen.

Programledelsen og økonomirådgiver har gjennomført månedlige statusmøter med prosjektene, der prosjektleder i forkant av møtet har levert en statusrapport som har hatt fokus på fremdrift, kvalitet, økonomi og eventuelle fremtidige utfordringer.

På økonomiområdet har prosjektene månedlig vært tvungne til å ta stilling til påløpte og forpliktete utgifter ut gjeldende prosjektfase. Det vil si at prosjektleder til de månedlige statusrapporteringene har oppdatert utgiftsbildet i henhold til siste avsluttede regnskapsperiode, samt tatt stilling til hvorvidt det fremtidige utgiftsbildet har endret seg fra forrige statusrapportering eller ikke. På den måten har kjente endringer i de fremtidige forpliktelsene vært tatt inn så tidlig som mulig og blitt vurdert opp mot tilgjengelig investeringsramme.

Det å fremstille grunnlaget for hele prosjektfasen kan oppleves som krevende, mens det månedlige vedlikeholdet er lite arbeidskrevende. Så med relativt liten innsats hver måned, har dette vært en strategi for å sikre prosjektleder en kontinuerlig bevisstgjøring av overordnet status mot den totale investeringsrammen.

Fra programstart ble det gjort et valg om at fastlønn til alle ansatte i programmet/prosjektene samt kostnader tilknyttet fellesområde, programledelse og IKT-teknisk koststed, skulle følges opp av programledelse med støtte fra økonomirådgiver. Disse utgiftene har vært fulgt opp etter samme tankegang som beskrevet ovenfor, men ikke i egne månedlige statusrapporteringer til

programledelse.

Prosjektene statusrapporteringer samt den interne oppfølgingen på lønn og felleskostnader har dannet grunnlaget for drifts- og investeringsrapportene som har vært behandlet i FIKS sine styringsgruppemøter, samt økonomidelen av tertialrapporten som har vært behandlet i RHF-styret.

7.1 Drifts- og investeringsramme

I økonomisk forstand har FIKS-programmet helt siden oppstart i 2011/12 vært håndtert som en investering, der det har vært gjort både løpende og årlige vurderinger av om det finnes utgifter som ikke oppfyller kravene til balanseføring.

Fra og med regnskapsåret 2013 ble det bestemt at alle kostnader som belastes programområdene «Fellesområde» og «Programledelse» skulle kostnadsføres direkte, og ikke finansieres via investeringsrammen. Teknisk sett har dette vært løst ved at disse kostnadene har vært viderefakturert HF-ene, som igjen har fått denne kostnaden finansiert via tilsvarende tilskudd/rammeoverføring fra RHF. Resterende programområder har vært balanseført som investeringer gjennom hele programperioden.

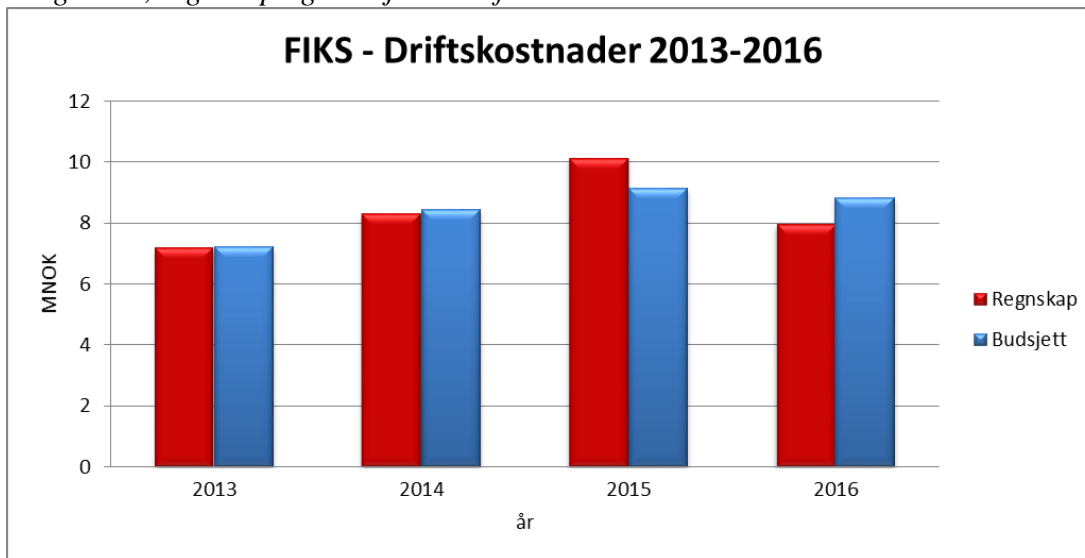
Programmet ble opprinnelig tildelt en investeringsramme på 427 MNOK i 2012, som senere ble revidert i 2014 til 452,5 MNOK. Det har ikke vært gjort noen samlet revidering av investeringsrammen etter 2014, men investeringsrammen har senere vært tilført midler til Testregimeprosjektet hovedfase del I (netto 9,8 MNOK), samt til EK-prosjektets planleggings- og forprosjekt som ble lagt inn under FIKS i 2015 (42,6 MNOK). Samlet gir det FIKS en disponibel investeringsramme ved programavslutning på 504,9 MNOK. I 2014 ble det også satt av en P85 ramme tilknyttet programmet pålydende 20 MNOK. Denne rammen sa programmet ifra seg i januar 2016.

I tillegg til vedtatte investeringsramme, har EK-prosjektet bedt om en forskuttering av totalt 12,1 MNOK. Denne økningen skal tas av de 181 MNOK som er avsatt til EK i den langsiktige overordnede investeringsplanen, men omtalte økning er så langt ikke formelt lagt over til FIKS. Inklusive denne forskutteringen, er FIKS sin investeringsramme i så fall på totalt 517 MNOK. Siden prosjektet forholder seg til den økte rammen, er forskutteringen lagt til grunn som en forutsetning for tabell 2 nedenfor. Det betyr videre at denne økningen også er en forutsetning for at totalsummen i Kolonne 7 (tabell 2) skal være riktig.

7.2 Driftskostnader – driftskostnader 2013-2016

Diagram 1 viser driftskostnadene i perioden 2013-2016. Merforbruket i 2015 skyldes at det var nødvendig å gjøre et nytt oppkjøp av etiketteskrivere til ERL-prosjektet (skrivere til legekantorene), der kostnaden på samme måte som tidligere ble vurdert til å være en driftskostnad, men der det budsjettmessig ikke var dekning for denne kostnaden på fellesområdet i FIKS.

Diagram 1, regnskap og budsjett – driftskostnader 2013-2016



Driftskostnader 2016

Regnskapet for 2016 viser et mindreforbruk i forhold til budsjett på 0,9 MNOK, se tabell 1. Avvik i forhold til lønnskostnader skyldes sykemelding, samt at en stilling har stått vakant mot slutten av året. I forhold til felles programkostnader har det i en avslutningsfase vært noe lavere aktivitet enn det som opprinnelig var tatt høyde for.

Tabell 1, regnskap og budsjett – driftskostnader 2016

| Prosjektområde | Regnskap 2016 | Budsjett 2016 | Avik |
|----------------|------------------|------------------|----------------|
| Lønnskostnader | 5 235 419 | 5 635 707 | 400 288 |
| Fellesområde | 2 509 640 | 2 700 000 | 190 360 |
| Programledelse | 212 430 | 500 000 | 287 570 |
| Totalt | 7 957 489 | 8 835 707 | 878 218 |

7.3 Investeringer – status forpliktet ramme mot tilgjengelig ramme ved programavslutning

Selv om tabell 2 nedenfor viser at FIKS ved årsskifte 2016/17 har en ubenyttet investeringsramme på rundt 134 MNOK, så er det flere FIKS relaterte utgifter som vil påløpe i 2017, og som det må settes av midler for.

FIKS-programmet er forlenget inn i en avslutningsfase de tre første månedene i 2017, men både EK-prosjektet og Pasientforløpsprosjektet fortsetter sitt arbeid videre inn i 2017 og over i nytt program etter at FIKS-programmet formelt er avsluttet. I tillegg må det settes av for leverandørutgifter som vil bli fakturert i 2017, dette følger blant annet av vilkår som er lagt til grunn for faktureringstidspunkt i kjøpskontraktene.

Utover dette anbefaler FIKS at det videreføres investeringsramme til noen konkrete formål som av ulike grunner ikke har latt seg gjennomføre i FIKS-programmet.

Tabell 2, status og anbefalinger i forhold til FIKS sin investeringsramme, per 31.12.16

| Prosjektområde | Regnskap/påløpt akkumulert per des 2016 | Budsjett akkumulert per des 2016 * | Awik | Inv. ramme FIKS, forpliktet jan-jun 2017 | Inv. ramme FIKS, anbefalt videreført juli 2017 -> | Rest inv. ramme FIKS, frigjøres |
|------------------|---|------------------------------------|--------------------|--|---|---------------------------------|
| Lønnsutgifter | 58 463 960 | 67 837 000 | 9 373 040 | 4 260 000 | 0 | 5 110 000 |
| Fellesområde | 5 033 140 | 5 157 000 | 123 860 | 0 | 0 | 120 000 |
| Programledelse | 94 326 | 94 000 | -326 | 0 | 0 | 0 |
| IKT - område | 3 188 449 | 12 500 000 | 9 311 551 | 520 000 | 0 | 8 790 000 |
| Testregime | 7 125 073 | 7 123 000 | -2 073 | 0 | 0 | 0 |
| LAB - område | 3 874 396 | 5 031 000 | 1 156 604 | 40 000 | 0 | 1 120 000 |
| ERL - område | 12 791 833 | 18 180 000 | 5 388 167 | 960 000 | 3 530 000 | 900 000 |
| Patologi -område | 5 569 406 | 9 550 000 | 3 980 594 | 610 000 | 0 | 3 370 000 |
| EPJ/PAS -område | 172 727 255 | 217 236 000 | 44 508 745 | 1 700 000 | 7 530 000 | 35 280 000 |
| RIS/PACS-område | 83 697 699 | 121 692 000 | 37 994 301 | 8 550 000 | 9 440 000 | 20 000 000 |
| EK* | 30 634 982 | 52 594 000 | 21 959 018 | 21 960 000 | 0 | 0 |
| Totalt | 383 200 519 | 516 994 000 | 133 793 481 | 38 600 000 | 20 500 000 | 74 690 000 |

*) Gjeldende investeringsramme for FIKS er på 504,9 MNOK. Kolonnen "Budsjett akkumulert per des 2016" inkluderer en forskuttering på 12,1 MNOK gjort av FIKS sin styringsgruppe. Denne økningen må sees i sammenheng med avsatt investeringramme til EK på totalt 181 MNOK.

Investeringer – investeringsramme som bes videreført

FIKS ber om at det settes av 59 MNOK til forpliktete- og anbefalte videreføringer med behov for investeringsrammer i 2017/18 (se tabell 2, kolonne 5 og 6):

- 7 MNOK tilskrives kostnader i FIKS sin avslutningsfase i januar-mars 2017, samt at det er foreslått satt av for interne-/eksterne forpliktelser i en overgangsfase ut juni – delvis skyldes dette opprydding etter FIKS, og delvis må det sees i sammenheng med etablering av et nytt program der Pasientforløpsprosjektet og EK vil inngå.
- 10 MNOK tilskrives avsluttende aktiviteter mot eksterne og interne leverandører, der største delen av beløpet gjelder siste delbetalinger på site-lisenser.
- EK-prosjektet fortsetter frem til sommeren før inneværende fase avsluttes, dette tilsvarer 22 MNOK (derav må 12,1 MNOK sees i sammenheng med avsatt ramme til EK på totalt 181 MNOK).
- Avsatt 1 MNOK til arbeid med henvisning, ERL.
- Avsatt 2,5 MNOK til ERL-lisenser som foreløpig ikke er løst ut, men som er aktuelle.
- Avsatt 9,5 MNOK til mulig arbeid med multimedialøsning i regionen.
- Avsatt 7,5 MNOK til EPJ-lisenser som foreløpig ikke er løst ut, men fremdeles er aktuelle.

Investeringer – investeringsramme som kan fristilles

Etter en gjennomgang av påløpte, forpliktete og anbefalte videreføringer, vurderer FIKS det til at 74,5 MNOK av tildelte investeringsramme kan fristilles fra FIKS-programmet. Bakgrunn for fristilling begrunnes i følgende hovedpunkter:

- Lønnsutgifter til ansatte i FIKS-programmet har vært noe lavere enn opprinnelig tiltenkt. Dette skyldes i hovedsak to forhold: Pasientforløpsprosjektet startet opp på et senere tidspunkt enn opprinnelig tiltenkt, og for RTG-prosjektet sin del ble tatt høyde for flere ansatte enn det det har vært behov for i prosjektperioden.

- Mindreforbruket for prosjektområde IKT skyldes begrenset bruk av eksterne konsulenter, som en følge av egne tilsatte IKT-rådgivere
- Mindreforbruket til patologiprojektet skyldes at det er gjort et valgt om å ikke gjennomføre delmål 4 (RoS) i prosjektet.
- Mindreforbruket for EPJ-utv prosjektet, skyldes lavere aktivitet en opprinnelig tiltenkt på grunn av forsinkelser i DIPS sitt utviklingsarbeid med DIPS Arena.
- Mindreforbruket for HOS-prosjektet må sees i sammenheng med prosjektets totalramme på 142 MNOK, der 3 MNOK utgjør en liten andel av totalrammen.
- Mindreforbruket for RTG-prosjektet skyldes i hovedsak to forhold, der flere av opsjonene som det opprinnelig ble tatt høyde for ikke er løst ut. I tillegg gjorde valget av to sentraler installasjoner i stedet for fire behovet for IKT-utstyr mindre enn opprinnelig tiltenkt.
- Mindreforbruket for pasientforløpsprosjektet skyldes hovedsakelig prosjektstart mye senere enn opprinnelig tatt høyde for – igejen som en følge av leverandørens forsinkelse.
- Mindreforbruket i forhold til EPJ-, LAB- og ERL-lisenser på til sammen 24,7 MNOK skyldes i all hovedsak at det for EPJ-området (23,2 MNOK) er utløst færre lisenser enn det det var tatt høyde for i kjøpskontrakten og i det reviderte budsjettet.

7.4 Balanseføring og aktivering

Etter hvert som FIKS-investeringer har vært ferdigstilt og kan gjøres om til anlegg, overføres den balanseførte verdien fra Helse Nord RHF til Helse Nord IKT. Helse Nord IKT har videre aktivert disse anleggene i sitt anleggsregister, og står ansvarlig for å kommunisere og viderefakturere avskrivningskostnaden til HF-ene. Selve overføringen av anleggsverdiene har vært gjort en gang i året, og da i forbindelse med årsavslutningen.

Helseforetakene har blitt fakturert a-konto for FIKS-relaterte avskrivningskostnader gjennom hele året, som så Helse Nord IKT har avregnet i forbindelse med faktisk aktivering av anlegg ved årsslutt. A-kontofaktureringen har vært foretatt med bakgrunn i estimater som er levert fra FIKS til Helse Nord IKT på høsten, der FIKS har gjort en reestimering av disse estimatene på vårparten.