

Sentralt styringsdokument

Program digital samhandling – forprosjekt steg 2

Hovedrapport – Versjon 0.9 utvalgte tema



Publikasjonens tittel:

Sentralt styringsdokument
Program digital samhandling – forprosjekt steg 2
Hovedrapport

Rapportnummer

XXXXX

Utgitt:

Desember 2021

Utgitt av:

Direktoratet for e-helse

Kontakt:

postmottak@ehelse.no

Besøksadresse:

Verkstedveien 1, 0277 Oslo
Tlf.: 21 49 50 70

Publikasjonen kan lastes ned på:

www.ehelse.no

Innhold

Innhold	3
Sammendrag	6
1 Overordnede rammer	6
1.1 Hensikt, krav og hovedkonsept	6
1.1.1 Oppdraget	6
1.1.2 Bakgrunn	6
1.1.3 Hensikt	7
1.1.4 Krav	7
1.1.5 Hovedkonsept	8
1.1.6 Sentrale interessenter	11
1.3 Prosjektmål	12
1.3.1 Samfunns mål	12
1.3.2 Effektmål	13
1.3.3 Delmål (gevinster)	14
1.3.4 Resultatmål	14
1.5 Kritiske suksessfaktorer	17
1.6 Rammebetingelser	17
1.6.1 Føringer for forprosjektet for steg 2	17
1.6.2 Rammebetingelser for steg 2	19
1.6.3 Rammebetingelser fra lover og forskrifter	19
1.6.4 Rammebetingelser fra Helse- og omsorgsdepartementet	20
1.6.5 Rammebetingelser fra Direktoratet for e-helse	20
1.6.6 Rammebetingelser fra Norsk helsenett SF	21
1.6.7 Felles føringer og retningslinjer for IKT i offentlig sektor	21
1.7 Grensesnitt og avhengigheter	22
1.7.1 Nullalternativ	22
1.7.2 Avhengigheter for steg 2	23
1.7.3 Grensesnitt for steg 2	24
2 Prosjektstrategi	28
2.1 Usikkerhet som håndteres i prosjektstrategien	28
2.2 Gjennomføringsstrategi	29
2.2.1 Overordnet gjennomføringsplan	29

2.2.2	Prinsipper for gjennomføringsstrategien	31
2.2.3	Gjennomføringsmodell	32
2.2.4	Behovskø	32
2.2.5	Evaluerings- og beslutningspunkter.....	32
2.2.6	Gjennomføring av steg 2	33
2.3	Kontraktstrategi.....	38
2.4	Organisering og ansvarsdeling.....	39
2.4.1	Den overordnede styringsstrukturen for steg 2	39
2.4.2	Overordnet organisering av program digital samhandling.....	39
2.4.3	Overordnet organisering av programmet pasientenes legemiddelliste.....	41
2.4.4	Organiseringen og styringen av steg 2	41
2.4.5	Programmenes bruk av den nasjonale styringsmodellen.....	49
2.4.6	Programmenes bruk av KS sin samstyringsmodell.....	50
2.4.7	Strategi for oppslutning og deltakelse.....	50
2.4.8	Strategi for styring av usikkerhet	52
3	Prosjektstyringsbasis	52
3.1	Arbeidsomfang.....	52
3.1.1	Arbeidsomfang program digital samhandling.....	52
3.1.2	Arbeidsomfang programmet Pasientens legemiddelliste	57
3.2	Risikovurdering	59
3.3	Prosjektnedbrytningsstruktur (PNS)	60
3.3.1	Programmet digital samhandling	60
3.3.2	Pasientens legemiddelliste	62
3.4	Kostnadsoverslag, budsjett og investeringsplan.....	63
3.5	Gevinstrealiseringsplan	63
3.6	Fremdriftsplan	63
3.7	Kvalitetssikring	63
4	Samfunnsøkonomisk lønnsomhet	64
5	Referanser.....	65

Vedlegg

- A: Begrepsliste
- B: Forankring og interessentoversikt
- C: Samfunnsøkonomisk analyse
- D: Gevinstrealiseringsplaner

E: Kostnadsanalyse og finansiering

F: Usikkerhetsanalyse

G Endringslogg

H: Omfang

I: Prinsipper, krav og standarder

J: Strategi for informasjonssikkerhet og personvern

K: Målbilde for helhetlig samhandling

L: Prioriteringsmodell

M: Konstraktstrategi

N: Vurdering av gjenbruk og erfaringsoverføring fra Helseplattformen

Sammendrag

1 Overordnede rammer

1.1 Hensikt, krav og hovedkonsept

1.1.1 Oppdraget

Stortinget bevilget i 2021 189 millioner kroner til steg 1 i utviklingsretningen for samhandling med et styringsmål (P50) som er satt til 754 millioner kroner.¹

I desember 2020 fikk direktoratet i oppdrag å gjennomføre et forprosjekt for det andre steget i utviklingsretningen for samhandling, steg 2, med leveranse av sentralt styringsdokument i desember 2021 og ekstern kvalitetssikring (KS2) våren 2022. Juni 2021 kom det en konkretisering av oppdraget hvor det ble presisert at steg 2 skulle ta utgangspunkt i veikartet for nasjonale e-helseløsninger.²

Målbildet for helhetlig samhandling ut over steg 1 innebærer at nasjonale e-helseløsninger og felleskomponenter skal utvikles stegvis og gi innbyggerne og helsepersonell i sykehus, avtalespesialister, kommuner, fastleger og apotek mv. bedre mulighet til å utveksle informasjon digitalt, og legge til rette for bedre samhandling med andre statlige og kommunale tjenester, som for eksempel NAV og barnevern.

I oppdragsbrevet ble det oppgitt å være en grunnleggende forutsetning at steg 2 skal bidra til å realisere målbildet for helhetlig samhandling slik at målene i én innbygger – én journal kan nås. Forprosjektet ble også bedt om å legge til grunn målene for tjenesteutviklingen.³

Forprosjektet skal derfor ta utgangspunkt i behovskartleggingen og målbildet for helhetlig samhandling fra konseptvalgutredningen, og det valgte konsept 7 nasjonal journalløsning med helhetlig samhandling, og slik dette ble videre bearbeidet i forprosjekt for Akson.

Steg 2 er således en videreføring av arbeidet for å realisere målsetningene i *én innbygger – én journal*.

1.1.2 Bakgrunn

Det er et politisk mål å skape en effektiv og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste som tilbyr helhetlige og koordinerte tjenester. Det overordnede målet for IKT i helse- og omsorgssektoren er beskrevet i Meld. St. 9 (2012-2013) *Én innbygger – én journal* og Meld. St. 7 (2019-2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023: Helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger, innbyggere skal ha tilgang på enkle og*

¹ Prop. 1 S (2020-2021)

² [Veikart for nasjonale e-helseløsninger - ehelse \(november 2020\)](#)

³ *Leve Hele Livet – En kvalitetsreform for eldre (Meld. St. 15 (2017-2018))*, *Nasjonal helse – og sykehusplan 2020 - 2023 (Meld. St. 7 (2019 - 2020))* og *Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020 - 2024; Attraktiv, kvalitetssikker og teambasert.*

sikre digitale tjenester og data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning.

Helse- og omsorgssektoren er omfattende og dekker et bredt spekter av tjenester. Endringer i befolkningens størrelse og sammensetning vil medføre et behov for en betydelig økning i helsepersonell over de neste årene.⁴ Den forventede utviklingen fordrer en mer effektiv helse- og omsorgstjeneste.

En eldre befolkning vil utvikle flere sykdommer, samtidig som nye behandlingsmuligheter gjør at flere lever lengre, ofte med behov for kontroller og oppfølging. En utvikling der en større andel av brukerne har sammensatte lidelser, vil stille høyere krav til samhandling mellom de ulike virksomhetene i helse- og omsorgstjenesten.

Innbyggere vil i løpet av et livsløp være i kontakt med mange ulike aktører i helse- og omsorgssektoren. Felles for aktørene er at de trenger informasjon fra innbygger og fra hverandre for å kunne utføre sine tjenester med høyest mulig kvalitet. Ansvarsdeling med spesialisthelsetjenesten og et bredt spekter av tjenester og oppgaver i kommunal helse- og omsorgstjeneste medfører at mange pasientforløp går på tvers av virksomheter og tjenestenivå. Behovet for å utveksle pasientinformasjon har økt etter at samhandlingsreformen⁵ ble innført. Dette skyldes blant annet at pasienter skrives ut tidligere fra sykehusene og at mer av videre behandling og oppfølging gjøres i kommunene.

1.1.3 Hensikt

Digitalisering gir store muligheter til å utvikle helse- og omsorgstjenesten til det beste for pasienter, helsepersonell og innbyggere. For å kunne gi best mulig helsehjelp er det en forutsetning at relevante og nødvendige opplysninger om sykdomshistorie og legemiddelbruk følger pasienten gjennom hele pasientforløpet og forvaltes og lagres på en trygg måte⁶.

Digitale løsninger skal støtte en helhetlig samhandling mellom helsepersonell og styrke pasienter og innbyggers mulighet til å ta aktivt del i eget behandlingsopplegg.

Det er særlig tre mål regjeringen ønsker å jobbe mot på e-helseområdet: Gode nasjonale løsninger med stegvis utvikling og rask realisering av funksjonalitet, nasjonalt koordinerte tiltak og tett samarbeid mellom aktørene i sektoren og med næringslivet.⁷

Steg 2 skal bidra til mer helhetlige og koordinerte helse- og omsorgstjenester.

1.1.4 Krav

Samfunns- og effektmål for digital samhandling er beskrevet i kapittel 1.3.1 og 1.3.2. Det er utarbeidet syv krav digital samhandling må oppfylle for å bidra til å nå samfunns mål og effektmål. Kravene er videreføring av kravene fra konseptvalgutredningen for nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste fra 2018 og kravene i det sentrale styringsdokumentet for Akson fra 2020, men er tilpasset slik at det gjelder for den delen av konseptet som gjelder samhandling. Kravene er vurdert som like viktige, men anses ikke som absolutte krav.

⁴ Arbeidsmarkedet frem mot 2035, Statistisk sentral byrå (2019)

⁵ St. meld. Nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen

⁶ Hurdalsplattformen

⁷ <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/store-ambisjoner-for-e-helse/id2885941/>

Tabell 1 Overordnede krav avledet av samfunns- og effektmål

Overordnede krav avledet av samfunns- og effektmål	
A	Digital samhandling skal gi personell i helse- og omsorgstjenester brukertilpassede og mer effektive løsninger for ytelse og dokumentasjon av helsehjelp.
B	Digital samhandling skal legge til rette for effektiv samhandling mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Med effektiv samhandling menes at nødvendige helseopplysninger er tilgjengelig ved behov.
C	Digital samhandling skal gi innbyggere mulighet til å være aktiv i prosesser og beslutninger om egen helse.
D	Digital samhandling skal sikre enklere og bedre ivaretagelse av innbyggers personvernrettigheter.
E	Digital samhandling skal sikre tilgjengeliggjøring av data fra helse- og omsorgstjenesten til forskning, styring, beredskap og helseovervåkning.
F	Digital samhandling skal legge til rette for innovasjon og tjenesteutvikling i helse- og omsorgssektoren.
G	Digital samhandling skal kunne tilpasses endringer i rammebetingelser og struktur, for eksempel ansvarsoverføringer eller endret oppgaveløsning i helse- og omsorgstjenesten.

I tillegg til kravene avledet av samfunns- og effektmålene ovenfor stilles det krav som knytter seg til andre viktige behov identifisert i konseptvalgutredningen fra 2018. (1) Krav I og J er satt som absolutte krav som må oppfylles for å sikre at stegene utviklingsretningen for målbildet for digital samhandling ivaretar behov knyttet til informasjonssikkerhet og for at løsningene er robuste mot påførte utfordringer som phishing og hacking. Krav H har samme prioritet som kravene A til G.

Tabell 2 Krav utledet av andre viktige behov

Overordnede krav avledet av andre viktige behov	
H	Digital samhandling skal sikre at informasjonstjenestene som etableres er gjenbrukbare og gjøres tilgjengelig på en nasjonal samhandlingsinfrastruktur
I	Digital samhandling skal ivareta informasjonssikkerhet ved behandling av helse- og personopplysninger.
J	Digital samhandling skal ha styringssystem og løsninger for informasjonssikkerhet og personvern som gjør løsningene robuste og feiltolerante mot påførte utfordringer (phishing, hacking osv.).
K	Digital samhandling skal være tilpasningsdyktig med tanke på nye og endrede behov og nye muligheter.

1.1.5 Hovedkonsept

Direktoratet for e-helse utarbeidet i 2018 en konseptvalgutredning for å løse behov knyttet til klinisk dokumentasjon og pasient- og brukeradministrasjon i kommunal helse- og omsorgstjeneste, og samhandlingen med øvrige aktører i helse- og omsorgssektoren. Kvalitetssikringen av konseptvalgutredningen (KS1) anbefalte, i samsvar med konseptvalgutredningen, konsept 7 nasjonal kommunal løsning for pasientjournal med helhetlig samhandling.

Konseptet omhandlet to områder, henholdsvis felles kommunal journal og helhetlig samhandling. Ambisjoner for samhandlingen i helse- og omsorgstjenesten i konseptet er høye. Målbildet for helhetlig samhandling innebærer at nasjonale e-helseløsninger og felleskomponenter utvikles til å dekke behovet for samhandling for innbyggere og pårørende samt helsepersonell i helse- og omsorgstjenesten, og skal gi en mer sømløs samhandling.

1.1.5.1 Overordnet gjennomføring av konsept 7

Et sentralt styringsdokument (2), med utgangspunkt i konsept 7, ble overlevert Helse- og omsorgsdepartementet i 2020 og ble kvalitetssikret (KS2) samme år. Etter anbefaling gitt i det sentrale styringsdokumentet ble gjennomføringen av konsept 7 delt i to programmer. Det ene er felles kommunal journal som drives videre i et samarbeidsprosjekt mellom kommunene, KS og staten. Det andre er program digital samhandling, som ledes av Direktoratet for e-helse, med mål om å binde de ulike kliniske fagsystemene i kommunene og i spesialisthelsetjenesten sammen og gi helsepersonell tilgang til nødvendig og relevant informasjon.

Direktoratet for e-helse anbefalte i det sentrale styringsdokumentet at målbildet for helhetlig samhandling skulle realiseres gjennom en stegvis tilnærming med flere steg hvor hvert steg skal ha selvstendig verdi. Den stegvise tilnærmingen ble anbefalt for å gi bedre styring og koordinering av avhengigheter og en gradvis utvikling av samhandlingsfunksjonalitet over tid. Målbildet for helhetlig samhandling ble definert etter en omfattende kartlegging av informasjonsbehov og ble oppsummert i 26 informasjonstjenester.

Program digital samhandling, med Direktoratet for e-helse som eier, har ansvaret for å gjennomføre det første steget, steg 1 i tett samarbeid med nasjonal tjenesteleverandør, Norsk helsenett SF. I steg 1 videreutvikles løsninger for trygg og sikker informasjonsdeling og det skal etableres en nasjonal informasjonstjeneste for oppslag av laboratorie- og radiologisvar.

Steg 2 i utviklingsretningen for samhandling

Dette styringsdokumentet beskriver hva det neste steget (steg 2) i utviklingsretningen inneholder og hvordan steget skal gjennomføres og styres.

I 2020 utarbeidet Direktoratet for e-helse i samarbeid med sektor et veikart som gir oversikt over planer for pågående utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger, samt viser status, avhengigheter og risiko for arbeidet fremover. Programstyret til program digital samhandling anbefalte våren 2021 at steg 2 skulle ta utgangspunkt i veikartet med den hensikt å ferdigstille prioriterte tiltak i sektoren som er påbegynt, men ikke ferdigstilt. Helse- og omsorgsdepartementet sendte 16. juni en konkretisering av oppdraget hvor det ble spesifisert at veikartet skulle legges til grunn for steg 2.

Det har blitt utarbeidet en modell for å prioritere hvilke tiltak som bør inngå som en del av steg 2.⁸ Av hensyn til budsjett- og ressursbegrensninger har det vært nødvendig å prioritere mellom de ulike tiltakene i veikartet. I arbeidet med å definere steg 2 er det forsøkt å ivareta behovet for rask realisering av gevinster og nødvendigheten av mer langsiktige tiltak for å lykkes med målbildet for helhetlig samhandling. I tillegg er det vurdert hva aktørene i sektor har kapasitet til å ta imot og innføre. Prioriteringsmodellen og kriteriene som ligger i modellen

⁸ Se vedlegg XX for beskrivelse av prioriteringsmodellen.

har vært diskutert i flere omganger med programstyret. Både programstyret og nasjonalt e-helsestyret har sluttet seg til det anbefalte innholdet i steg 2 som er følgende samhandlingsområder:

- Pasientens legemiddelliste: etablere og tilgjengeliggjøre pasientens legemiddelopplysninger i én felles nasjonal oversikt.
- Dokumentdeling: samhandling gjennom deling av journaldokumenter på tvers av forvaltningsnivåer ved bruk av kjernejournal og den nasjonale dokumentdelingsinfrastrukturen
- Kritisk informasjon: kritisk informasjon kan endres og deles av aktørene i helse- og omsorgstjenesten gjennom et felles grensesnitt i kjernejournal
- Datadeling til digital hjemmeoppfølging: Tiltaket skal utvikle tjenester som kan brukes på tvers av helse- og omsorgssektoren for å gjøre data fra digital hjemmeoppfølging tilgjengelig via grensesnitt, slik at helsepersonell langs hele forløpet kan få tilgang til aktuelle data

Steg 2 handler hovedsakelig om nasjonale tjenester som er etablert eller er under etablering. En stor del av steg 2 er innføringsaktiviteter, samt aktiviteter knyttet til tilpasninger som ulike aktører må gjøre i egne systemer og/eller ta i bruk ny funksjonalitet. Samhandlingsområdene adresserer behovene for informasjonsdeling og samhandling mellom aktørene i helsesektoren og steg 2 vil bidra til å realisere viktige pågående tiltak innenfor samhandlingsområdene.

Gjennom disse samhandlingsområdene vil pasient, innbygger og helsepersonell få tilgang til løsninger som vil legge til rette for informasjonsdeling på tvers av helse- og omsorgssektoren og tiltakene vil realisere sentrale deler av målbildet for helhetlig samhandling.

Figur 1 viser de informasjonstjenestene i målbildet for helhetlig samhandling som steg 2 er med på å realisere.

Figur 1 Oversikt over hvilke informasjonstjenester i målbilde for helhetlig samhandling steg 2 er med på å realisere

Overordnet organisering av steg 2

Etter eventuell vedtatt investeringsbeslutning om gjennomføring av steg 2, vil sektorsammensatte programstyrer være ansvarlig for å realisere omfang for steg 2 innenfor gitt budsjett og bidra til å sikre realisering av nytte i henhold til stortingets investeringsbeslutning.

Videre anbefales det at gjennomføringen av steg 2 organiseres i to programmer:

- Program digital samhandling
- Program pasientens legemiddelliste

Organisering og ansvarsdeling er nærmere beskrevet i kapittel **Feil! Fant ikke referanse-kilden..**

1.1.6 Sentrale interessenter

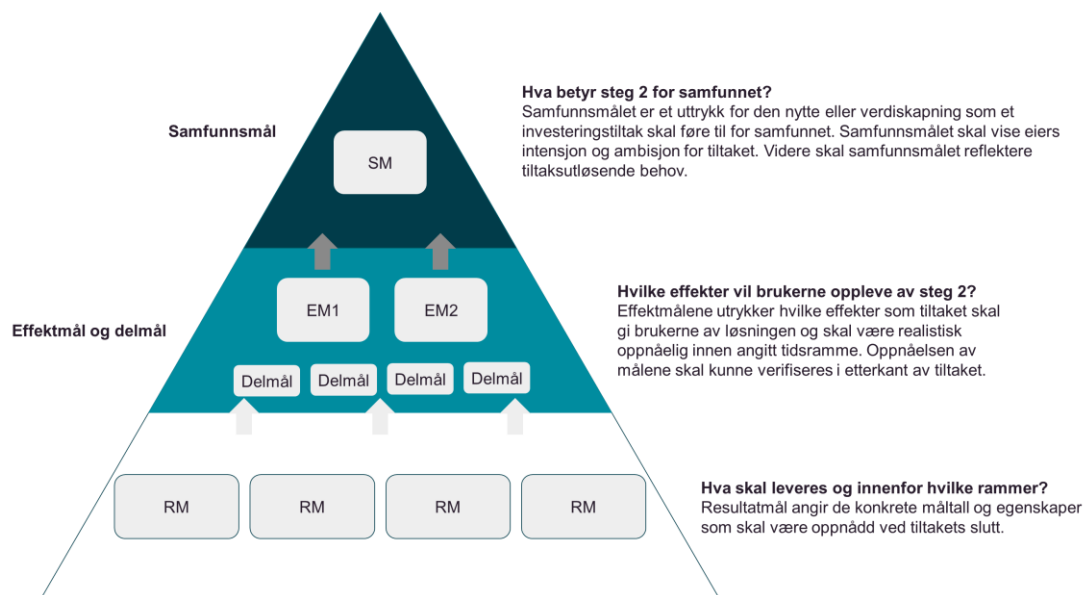
Steg 2 har mange interessenter. Tabell 3 viser en oversikt over de mest sentrale interessentene for steg 2. Vedlegg B Organisering av arbeidet gir en nærmere beskrivelse av prosessen med sentrale interessenter, inkludert oversikt over gjennomførte møter.

Tabell 3 Sentrale Interessenter

Interessenter som er identifisert som mest relevante for steg 2	
Innbygger	<ul style="list-style-type: none"> • Pasienter/brukere/mottakere av helse- og omsorgstjenester • Pårørende til mottakere av helse- og omsorgstjenester
Helsepersonell og virksomheter i kommunal helse- og omsorgstjeneste	<ul style="list-style-type: none"> • De ulike gruppene av helsepersonell i lovpålagte kommunale helse- og omsorgstjenester. Tiltakene i steg 2 er spesielt rettet mot tjenestene fastlege, legevakt, ØHD/KAD, hjemmetjenester og sykehjem. Omfatter både tjenester kommunen leverer selv og tjenester fra private som har avtale med kommunen, eksempelvis selvstendig næringsdrivende fastleger eller private leverandører av sykehjem- eller hjemmetjenester.
Helsepersonell og virksomheter i spesialisthelsetjenesten	<ul style="list-style-type: none"> • De ulike gruppene av helsepersonell som yter helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Omfatter både tjenester de regionale helseforetakene leverer selv og tjenester fra private som har avtale med regionale helseforetak, eksempelvis avtalespesialister eller private/ideelle sykehus.
Kommuner og statlige myndigheter	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunenes administrasjon • Spesialisthelsetjenestenes administrasjon • Statlige myndigheter • Institusjoner innen forskning, innovasjon og utdanning • Fylkeskommuner
Andre aktører	<ul style="list-style-type: none"> • Helsetjenester som verken er en del av kommunale helse- og omsorgstjenester eller spesialisthelsetjenesten, eksempelvis Apotek • Leverandører av e-helseløsninger • Fag- og profesjonsforeninger • Pasient- og brukerforeninger • KS • Helseplattformen i Midt-Norge

1.3 Prosjektmål

Dette kapitlet beskriver målene for steg 2 illustrert generisk i **Feil! Fant ikke referanseilden..** Samfunns mål og effektmål gjelder for konseptet for digital samhandling med utgangspunkt i konsept 7 i konseptvalgutredningen fra 2018. Samfunns- og effektmålene er en videreføring av målene i det sentrale styringsdokumentet for Akson fra 2020. Delmål og resultatmål gjelder for steg 2.



Figur 2 Generisk målhierarki

1.3.1 Samfunns mål

Samfunns målet beskriver hvilken samfunnsutvikling konseptet for digital samhandling skal bygge opp under. Samfunns målet er definert med utgangspunkt i det prosjektutløsende behovet gjengitt i konseptvalgutredningen fra 2018 og i tråd med overordnede strategier og mål for helse- og omsorgssektoren.

Samfunns mål

Bedre helse for innbyggere gjennom en kunnskapsbasert og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste som utnytter teknologiske muligheter for å tilby helhetlige og sikre tjenester av høy kvalitet

De sentrale begrepene i samfunns målet er ment å forstås på følgende måte:

1. **Bedre helse** innebærer at flere holder seg friske lenger, og syke ivaretas med tryggere og mer virkningsfull helsehjelp.
2. Med **innbygger** menes alle roller en innbygger kan ha, eksempelvis enkeltindivid med ansvar for egen helse, pasient, bruker, pårørende, fullmektig eller verge.
3. **Kunnskapsbasert** innebærer at helse- og omsorgstjenesten tar i bruk eksisterende og ny kunnskap, og omsetter forskning til innovasjon og bedre praksis, samt at oppdaterte data og analyser er tilgjengelig for styring. Beslutninger om behandling, forebygging,

pleie, omsorg og sosiale tjenester er basert på pålitelig kunnskap om effekt av tiltak og i tråd med helsefaglige retningslinjer. Dette minsker uønsket klinisk variasjon, og gir tjenester av høy kvalitet.

4. **Bærekraftig** innebærer at kapasitet og ressurser hos alle aktører i verdikjeden, også innbyggeren, benyttes effektivt for å møte fremtidige behov. I tillegg handler det om å støtte opp under FNs bærekraftsmål.
5. **Helhetlige tjenester** innebærer at helse- og omsorgstjenesten fordeler og gjennomfører oppgaver slik at innbyggere opplever en koordinert tjeneste. Dette inkluderer samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og øvrige aktører i helse- og omsorgstjenesten. Det innebærer også at innbyggernes erfaringer og synspunkter er reflektert i tjenestene.
6. **Sikre tjenester av høy kvalitet** innebærer at helse- og omsorgstjenesten utnytter og deler nødvendig informasjon mellom virksomheter og tjenestenivå slik at sannsynlighetene for feil og uheldige hendelser reduseres til et minimum. Sikre tjenester innebærer også at krav til informasjonssikkerhet og personvern ivaretas og at innbyggere enkelt har innsyn i egne helseopplysninger og annen informasjon.

1.3.2 Effektmål

Effektmålene uttrykker den direkte effekten som ønskes oppnådd for brukerne av konseptet for digital samhandling, og er avledet av samfunnsmålet. Basert på prioriteringen av de viktigste behovene fra behovsanalysen i konseptvalgutredningen er det utledet to sidestilte effektmål.

Effektmål 1

Innbyggere får helse- og omsorgstjenester av høyere kvalitet og økt pasientsikkerhet

Effektmål 2

Mer effektiv ressursbruk i helse- og omsorgstjenesten

Effektmål 1 innebærer blant annet at:

- Riktig behandling og helsehjelp gis til rett tid.
- Beslutninger om helsehjelp baseres på evidensbasert kunnskap om effekt av tiltak, og ivaretar pasientrettigheter.
- Sannsynligheten for feil og uheldige hendelser reduseres.
- Innbyggere kan være aktive i prosesser og beslutninger om egen helse.

Effektmål 2 innebærer blant annet en reduksjon av:

- Tidsbruk knyttet til innhenting og deling av pasientopplysninger og annen nødvendig informasjon i helse- og omsorgstjenesten.
- Tidsbruk knyttet til dokumentasjon og administrasjon av helsehjelp i helse- og omsorgstjeneste.

Det er vurdert som uhensiktsmessig å kvantifisere effektmålene i form av absolutte eller prosentvise endringer i ressursbruk eller kvalitet. Dette skyldes at det finnes lite statistikk knyttet til dagens tilstand i helse- og omsorgstjenesten, og at organisering av tjenestetilbudet og ansvarsområder er i stadig utvikling. Det er imidlertid forsøkt å etablere måltall for tiltakets delmål beskrevet under.

1.3.3 Delmål (gevinster)

Delmålene utdyper og kvantifiserer effektmålene innenfor rammene satt i steg 2. Som illustrert i steg 2s målhierarki i figur XX, understøtter delmålene effektmålene, men vil ikke alene realisere effektmålene i sin helhet. Etter hvert som flere tiltak innenfor utviklingsretningen planlegges, kan det være behov for å utarbeide ytterligere delmål.

Det er etablert fem delmål for steg 2, som er videreføring av delmålene fra steg 1. Disse tilsvarer steg 2 sine gevinster og er beskrevet i detalj i kapittel XX og XX. De 5 delmålene er:

- Frigjort tid for personell som jobber i helse- og omsorgstjenesten
- Færre uønskede hendelser i helse- og omsorgstjenesten
- Bedre innbyggeropplevelse og økt tillit til helse- og omsorgstjenesten
- Bedre styringsinformasjon og grunnlag for erfaringsdeling og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjeneste gjennom tilretteleggelse i markedet
- Bedre IKT-sikkerhet og enklere ivaretagelse av personvern

Måltall for tiltakets delmål er angitt i vedlegg XX.

1.3.4 Resultatmål

Resultatmålene beskriver hva som skal være produsert til hvilket tidspunkt og innenfor hvilken kostnadsramme. Resultatmålene skal oppnås i løpet av steg 2 sin levetid. Det er utarbeidet resultatmål for hver av de to programmene.

Resultatmålene er prioritert i henhold til kostnad, omfang og tid for begge programmene. Arbeidsomfanget i de to programmene er estimert med et element av «design to cost», som utgjør en ramme som programmene må styres etter slik at måloppnåelsen blir høyest mulig. Derfor er kostnad høyest prioritert blant resultatmålene.

1.3.4.1 Resultatmål for programmet digital samhandling

Resultatmål for samhandlingsområdene i programmet for digital samhandling som er knyttet til steg 2:

- Kritisk informasjon, dokumentdeling og datadeling for digital hjemmeoppfølging gjennomføres innen en kostnadsramme på (P50) XXX millioner kroner ved utgangen av 2026.

Kritisk informasjon

- Helseforetakene har innført API-et for kritisk informasjon i kjernejournal
- Standarden for kritisk informasjon er normert minst som anbefalt standard
- Kritisk informasjon er tilgjengeliggjort på helsenorge.no
- Fastleger og avtalespesialister har innført API for å dele kritisk informasjon

- Sykehjem og øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD)/kommunal akutt døgnenhet (KAD) har innført API for kritisk informasjon

Dokumentdeling

- Kjernejournal er innført til minst 80 prosent av de kommunale pleie- og omsorgstjenestene, og de har fått tilgang til dokumenter som andre virksomheter deler
- Dokumenter fra dokumentdeling er tilgjengeliggjort på helsenorge.no
- Helseforetakene deler utvalgte dokumenter til helsepersonell og innbygger
- Det er avklart hvordan og hvilke dokumenter skal deles fra nye aktører
- Avtalespesialister, legevakt og øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD)/kommunal akutt døgnenhet (KAD) prøver ut og deler utvalgte dokumenter til helsepersonell og innbygger

Datadeling for digital hjemmeoppfølging

- Det er etablert tjenester som kan brukes på tvers av helse- og omsorgssektoren for å gjøre data fra digital hjemmeoppfølging tilgjengelig via grensesnitt, slik at helsepersonell langs hele forløpet kan få tilgang til aktuelle data, innen 2026

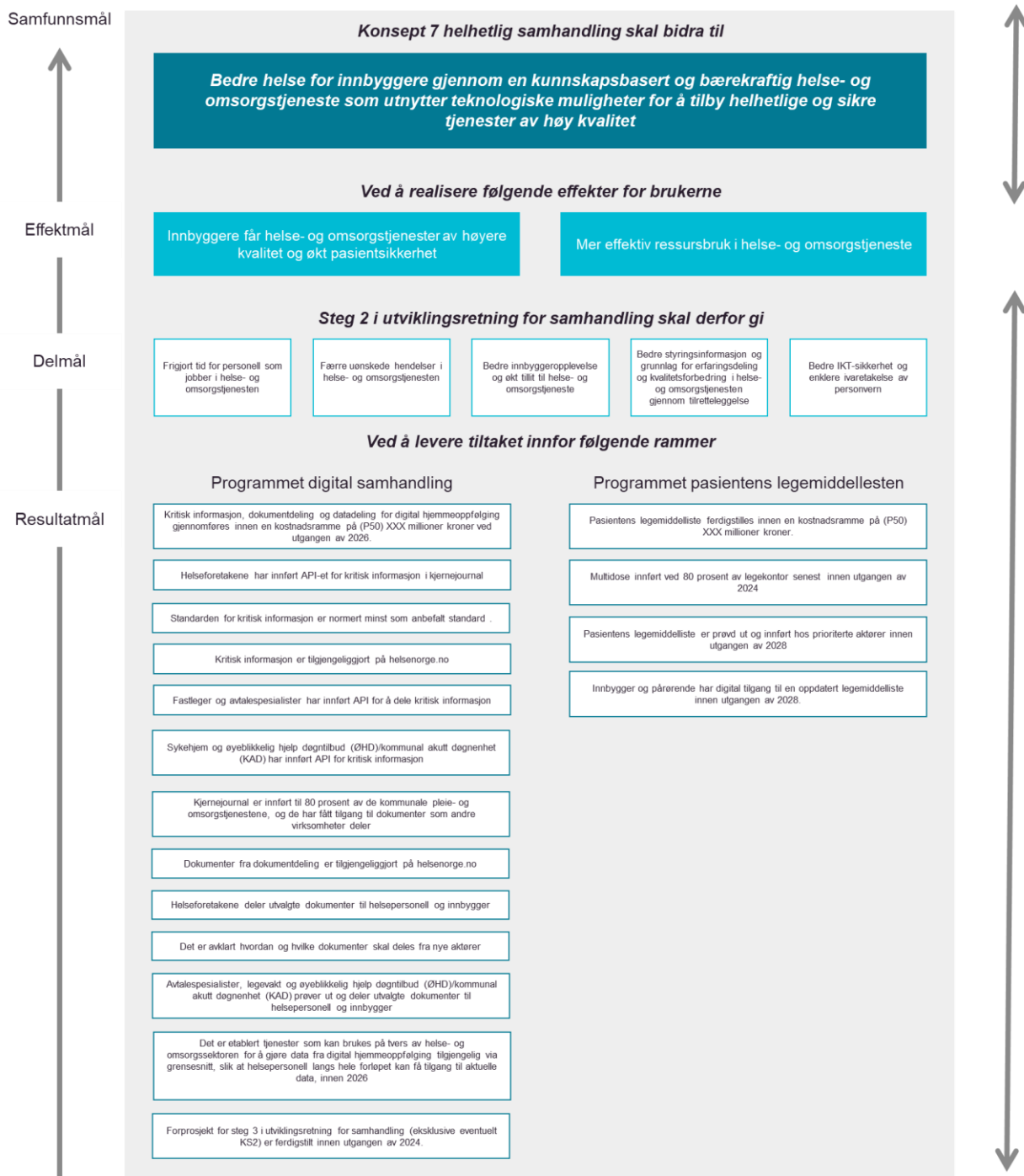
Forprosjekt steg 3

- Forprosjekt for steg 3 i utviklingsretning for samhandling (eksklusive eventuelt KS2) er ferdigstilt innen utgangen av 2024.

1.3.4.2 Resultatmål for programmet for pasientens legemiddelliste

Pasientens legemiddelliste ferdigstilles innen en kostnadsramme på (P50) XXX millioner kroner

- Multidose innført ved minst 80 prosent av legekantor senest i løpet av 2024
- Pasientens legemiddelliste er prøvd ut og innført hos minst 80% av prioriterte aktører senest innen utgangen av 2028
- Innbygger og pårørende har digital tilgang til en oppdatert legemiddelliste innen utgangen av 2028



Figur 3 Målhierarki for steg 2

1.5 Kritiske suksessfaktorer

1.6 Rammebetingelser

Dette kapitlet beskriver de viktigste rammebetingelsene for steg 2. Det er delt mellom føringer for forprosjektfasen og rammebetingelser for selve gjennomføringen av steg 2.

1.6.1 Føringer for forprosjektet for steg 2

Tabell 4 angir sentrale føringer for forprosjektet som ble gitt i oppdragsbrev datert 18. desember 2020 fra Helse- og omsorgsdepartementet. I tillegg kom Helse- og omsorgsdepartementet med en konkretisering av oppdraget datert 16. juni 2021.

Tabell 4 Føringer for forprosjektet fra Helse- og omsorgsdepartementet

Område	Føring
Generelt	De regionale helseforetakene, Norsk helsenett SF, Helsedirektoratet, KS og representanter for kommunesektoren skal ha en aktiv rolle og bidra til nødvendig fremdrift i forprosjektet. Forprosjektet skal sørge for god dialog med interessenter og aktører.
	Forprosjektet skal ta utgangspunkt i behovskartleggingen og målbildet for helhetlig samhandling fra konseptvalgutredningen Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste og det valgte konsept 7, og slik dette er videre bearbeidet i forprosjekt for Akson. Forprosjektet skal hensynta vedtatte strategier for samhandling etter 2018 og evt. endringer i tjenestenes behov.
	Forprosjektet skal utrede om det er rettslig mulig og nødvendig å pålegge plikt til å bruke samhandlingsløsningen, samt hvordan dette eventuelt bør gjøres konkret.
	Det skal i sentralt styringsdokument synliggjøres hvordan steg 1 og steg 2 bidrar til å realisere målbildet for digital samhandling, herunder hvilke deler av målbildet som innfris og hvilke deler som gjenstår.
Regelverksendringer	Forprosjektet skal så langt som mulig identifisere behov for regelverksutvikling og beskrive økonomiske og administrative konsekvenser.
Omfang	Forprosjektet skal avgrense til å utrede steg 2 av digital samhandling.
	Direktoratet skal legge veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger til grunn for prioritering av tiltak i steg 2.
	Forprosjekt for helhetlig samhandling omfatter spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester, herunder fastleger og andre private tjenesteytere.
	Det skal i styringsdokumentet fremkomme hvilke prinsipper som har vært utslagsgivende for tiltakene som inngår i steg 2 og hvilke konsekvenser dette har for pågående aktiviteter i andre programmer og prosjekter.
	Forprosjektet skal koble veikartet for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger til målbildet for helhetlig samhandling.
Gjennomføringsstrategi	Gjennomføringsplanen må også hensynta øvrig tjeneste- og ikt-utvikling i spesialist- og primærhelsetjenesten.

	<p>Det skal legges til grunn en stegvis tilnærming til realisering av målene for samhandling i helse- og omsorgssektoren for å redusere usikkerhet og risiko.</p> <p>Stegvis utvikling kan innebære at hvert steg har separate vurderinger av kostnader og gevinster. Stegene bør innrettes mot å gi løpende gevinster underveis. Det bør være et mål at hvert steg har selvstendig verdi om man ev. skulle velge å stoppe prosjektet etter ett gitt steg.</p> <p>Det må gjøres vurderinger av avveiningen mellom tid, kvalitet og kostnad i gjennomføringsfasen. Dette må også sees opp mot avhengigheter til andre programmer og prosjekter i den nasjonale e-helseporteføljen.</p> <p>Forslag til prioritering må gjenspeiles i valg av gjennomføringsstrategi og det skal vurderes om design-to-cost kan egne seg for gjennomføringsfasen.</p>
Organisering og ansvarsdeling	<p>Det skal beskrives en programstruktur som omfatter gjenstående aktiviteter fra steg 1, forslag til avgrensning og innhold i steg 2, samt hovedinnhold og retning for påfølgende steg. En slik programstruktur må ha sterk forankring i sektoren og være i tråd med forventninger fra den eksterne kvalitetssikringen.</p> <p>Forprosjektet skal legge til rette for en kontinuerlig og særlig tett samhandling med Helseplattformen, felles kommunal journal og arbeidet med samordnet utvikling av de øvrige regionale helseforetakenes journalløsninger.</p> <p>Forprosjektet skal etablere styringsmekanismer som sikrer at avhengigheter håndteres, slik at alle parter har felles oversikt over prioriteringer, konsekvenser og forutsetninger før det fattes beslutninger.</p>
Tekniske krav og standarder	<p>Forprosjektet skal foreslå felles prinsipper, tekniske krav og standarder for samhandling på tvers av forvaltningsnivåene</p> <p>Det skal vurderes hvordan valgte prinsipper, krav, prosessbeskrivelser, standarder og terminologi for samhandling som er benyttet i journalløsningen i Midt-Norge kan gjenbrukes nasjonalt.</p> <p>Det skal i størst mulig grad legges opp til gjenbruk og erfaringsoverføring fra utprøvingen av det nasjonale målbildet for én innbygger – én journal i helseregion Midt-Norge.</p> <p>Internasjonale standarder og åpne grensesnitt skal legges til grunn der dette er hensiktsmessig.</p>
Kostnadsoverslag og kostnadsfordeling	<p>Styringsmålet, P50-kostnad, for målbildet for helhetlig samhandling settes til 2,4 milliarder 2021-kroner. Styringsmålet er utgangspunktet for endringsloggen i forprosjektfasen.</p> <p>Det skal føres endringslogg for hele forprosjektfasen med utgangspunkt i det fastsatte styringsmålet på 2,4 mrd. kroner.</p> <p>Det er i dialog med HOD avklart at utarbeidelse av finansieringsmodeller, herunder kostnadsfordeling mellom aktørene, vil håndteres av departementet selv.</p> <p>Statens utgangspunkt for kostnadsdeling:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Investeringskostnaden for helhetlig samhandling utover steg 1 skal fordeles mellom regionale helseforetak og kommuner. Forprosjektet skal beskrive denne kostnadsfordelingen.

	<ul style="list-style-type: none">• Myndighetsoppgaver og programaktiviteter finansieres av staten. Det skal gjøres en nærmere avgrensning i forprosjektet på hva som skal defineres som myndighetsoppgaver og programaktiviteter.• Kostnader til forvaltning, drift og vedlikehold dekkes av regionale helseforetak og kommuner.
--	--

1.6.2 Rammebetingelser for steg 2

1.6.3 Rammebetingelser fra lover og forskrifter

Listen under gjengir de viktigste lover og forskrifter som kan ha betydning for gjennomføringen av steg 2. Listen er ikke uttømmende.

Helserett (lover med enkelte forskrifter)

- Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (pasientjournalloven) av 20. juni 2014
 - Forskrift om behandling av helseopplysninger i nasjonal database for elektroniske resepter av 21. desember 2007
 - Forskrift om nasjonal kjernejournal av 31. mai 2013
 - Forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger av 1. juli 2015
 - Forskrift om pasientjournal av 1. mars 2019
 - Forskrift om hvilke helseopplysninger som kan behandles i et behandlingsrettet helseregister med tolkede genetiske varianter av 21. september 2021
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) av 2. juli 1999
- Lov om helsepersonell (helsepersonelloven) av 2. juli 1999
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven) av 24 juni 2011
- Lov om spesialisthelsetjenesten (spesialisthelsetjenesteloven) av 2. juli 1999

IKT-sikkerhet og personvern

- Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven) av 6. juni 2018. Den gjennomfører EUs personvernforordning
- Lov om nasjonal sikkerhet (sikkerhetsloven) av 1. juni 2018
- Lov om gjennomføring av EUs forordning om elektronisk identifikasjon og tillitstjenester for elektroniske transaksjoner i det indre marked (lov om elektroniske tillitstjenester) av 15. juni 2018
- Europaparlamentets og Rådets direktiv (EU) 2016/1148 av 6. juli 2016 om tiltak som skal sikre et høyt felles sikkerhetsnivå i nettverks- og informasjonssystemer (NIS-direktivet)
- Norm for informasjonssikkerhet i helse- og omsorgssektoren⁹

Lover og forskrifter om offentlig støtte

⁹ Normen er ikke en egen lov eller forskrift, men en samling krav om personvern og informasjonssikkerhet som helsesektoren har utarbeidet og som er basert på regulering. Normen er soft law, men fordi den gir uttrykk for gjeldende regulering er den omhandlet her.

- Lov om gjennomføring i norsk rett av hoveddelen i avtale om Det europeiske økonomiske samarbeidsområde (EØS) m.v. (EØS-loven) av 27. november 1992
- Lov om offentlig støtte av 27. november 1992, med tilhørende forskrifter

Lover og forskrifter om offentlige anskaffelser

- Lov om offentlige anskaffelser (anskaffelsesloven) av 17. juni 2016, med tilhørende forskrifter, herunder særlig
 - Forskrift om offentlige anskaffelser (anskaffelsesforskriften) av 12. august 2016

Selskapsrett

- Lov om statsforetak av 30. august 1991

Forvaltningsrett mv.

- Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven) av 10. februar 1967
- Lov om rett til innsyn i dokument i offentlig verksemd (offentleglova) av 19. mai 2006
- Lov om arkivlov (arkivloven) av 4. desember 1992
- Lov om folkeregistrering (folkeregisterloven) av 9. desember 2016

I tillegg er det to pågående lovarbeider som vil være av betydning for Program digital samhandling og programmet for pasientenes legemiddelliste. Prop. 3 L (2021–2022) - Endringer i pasientjournalloven (tilgjengeliggjøring av og betaling for nasjonale e-helseløsninger m.m.) ble lagt frem for Stortinget samtidig med statsbudsjettet for 2022. Lovforslaget skal gi hjemmel til å fastsette forskrifter om plikt til å ta i bruk og betale for de nasjonale e-helseløsningene. Videre har Helse- og omsorgsdepartementet hatt forslag til blant annet endring i pasientjournalloven § 10 på høring. Dette lovforslaget er ment å gi det rettslige grunnlaget for en nasjonal digital datainfrastruktur.

Det må imidlertid påregnes at det vil være nødvendig å gjøre ytterligere endringer i regelverket for å kunne realisere hele målbildet for helhetlig samhandling. Eksisterende nasjonale e-helseløsninger, og det rettslige grunnlaget disse bygger på, vil trolig ikke være tilstrekkelig for å oppnå hele dette målbildet.

1.6.4 Rammebetingelser fra Helse- og omsorgsdepartementet

Helse- og omsorgsdepartementet setter rammebetingelsene for hvordan Direktoratet for e-helse skal gjennomføre steg 2.

Rapportering

Direktoratet for e-helse skal rapportere til Helse- og omsorgsdepartementet i form av ordinære statusrapporter. Det vil utarbeides ekstraordinære rapporter når situasjonen tilsier det, eller når departementet ønsker det.

Finansiering

Statens bidrag i finansieringen blir besluttet av Stortinget i etterkant av KS2. Det tas derfor nødvendig forbehold om tildeling av midler og i tidshorisont for steg 2.

1.6.5 Rammebetingelser fra Direktoratet for e-helse

Styring og organisering

Programmene må, som en del av Direktoratet for e-helse, til enhver tid forholde seg til etatens gjeldende organisering, avtaler med tjenesteleverandører, prinsipper og retningslinjer. Videre må signering av avtaler relatert til programgjennomføringen følge Direktoratet for e-helses fullmaktshierarki. I tillegg må programmene forholde seg til forventningene hos en rekke berørte interessenter.

Programmene vil ligge i Direktoratet for e-helses portefølje og må forholde seg til gjeldene innrapporteringsrutine.

Programmene må også forholde seg til den nasjonale styringsmodellen for e-helse. Den nasjonale styringsmodellen for e-helse er nå under videreutvikling. Forslaget til ny styringsmodell skal ut på høring vinteren 2022.

Samarbeidsavtale mellom Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF

Programmene må forholde seg til de gjeldende mekanismer og avtaler mellom Direktoratet for e-helse og Norske helsenett SF og ansvars plassering mellom de to organisasjonene.

Arkitekturprinsipper

Direktoratet for e-helse har publisert en veileder for helse- og omsorgssektoren om bruk av Digitaliseringsdirektoratets "Overordnede arkitekturprinsipper for digitalisering av offentlig sektor". Aktivitetene, som utgjør omfanget under samhandlingsområdene i steg 2, bør løses i henhold til arkitekturprinsippene og ved bruk av veilederen.

Helse, miljø og sikkerhet

Programmene må forholde seg til gjeldende regler for HMS og legge til rette for en fornuftig arbeidsbelastning for de ansatte i programmene.

Avtaler med eksisterende leverandører

Programmene må forholde seg til de gjeldende avtalene inngått med leverandør i gjennomføringen av tiltaket.

1.6.6 Rammebetingelser fra Norsk helsenett SF

Det vil være opp til Norsk helsenett SF å definere hvordan oppgavene skal utføres innenfor de rammene som har er satt. I utarbeidelsen av disse må utførende forholde seg til Norsk helsenett SFs retningslinjer, prinsipper, organisering, regler for HMS og gjeldene avtaler med leverandører.

1.6.7 Felles føringer og retningslinjer for IKT i offentlig sektor

Steg 2 skal bidra til å realisere regjeringens ambisjon for digitalisering av offentlig sektor og økt tverrsektoriell samhandling. Digitaliseringsrundskrivet er en sammenstilling av pålegg og anbefalinger om digitalisering i offentlig sektor.

Digitaliseringsdirektoratet har en operativ rolle i forbindelse med prinsipper for samhandling med IT i offentlig sektor. Det er gitt felles føringer for offentlig sektor når det gjelder IT-utvikling, arkitekturprinsipper og en referanse katalog for anbefalte og obligatoriske standarder. Programmet må utarbeide løsninger som er i tråd med Digitaliseringsdirektoratets føringer.

1.7 Grensesnitt og avhengigheter

1.7.1 Nullalternativ

Nullalternativet beskriver dagens situasjon og forventet utvikling i fravær av nye tiltak.¹⁰ Det er vedtatt politikk (regelverk, lover, bevilgninger med videre) som skal ligge til grunn for utformingen av nullalternativet. Nullalternativet skal dermed hensynte tiltak som er i gang eller har fått bevilgning.¹¹

IKT har den iboende egenskapen at løpende og nødvendig drift og forvaltning i seg selv ofte vil gi en gradvis forbedring i funksjonalitet og brukeropplevelse over tid. Nasjonale e-helseløsninger finansieres ofte gjennom et spleiselag mellom ulike aktører, og prosjekter finansieres og prioriteres på årlig basis. Dette skaper utfordringer med hensyn til å avgrense hvilke andre nasjonale tiltak som bør ligge i et nullalternativ for steg 2, og gjør også at det er relativt stor usikkerhet knyttet til nullalternativet.

Følgende sentrale tiltak er inkludert i nullalternativet med relevans for steg 2:

- **Alle tiltak i steg 1.** Steg 1 har en tidshorisont til og med 2024, mens steg 2 har oppstart i 2023. Det innebærer at det vil foregå steg 1-aktiviteter i nullalternativet som vil gå parallelt med innføringen av steg 2. Flere av tiltakene i steg 2 bygger på og er avhengig av tiltak som er under realisering i steg 1. Prosjekt tillitstjenester, API-håndtering og grunndata (TAG) skal realisere en rekke tjenester som skal gi enkel og sikker tilgang til helseopplysninger på tvers av virksomheter og omsorgsnivå i helsesektoren. Det utvikles felles tjenester for å understøtte samhandling mellom helsepersonell og med innbygger, og det utvikles funksjoner for å innføre dokumentdeling gjennom kjernejournal, modernisering av grunndatatjenester og etablering av en felles katalog over APIer som er tilgjengelig fra nasjonale e-helseløsninger og felleskomponenter. Utprøving av dokumentdeling og kritisk info i kjernejournal er i gang.
- **Sentral forskrivningsmodul (SFM):** Det er i statsbudsjettet for 2022 bevilget 57 millioner kroner til utvikling av e-resept (sentral forskrivningsmodul) til pleie- og omsorgssektoren. Innføring av SFM til pleie- og omsorgssektoren er et sentralt element i pasientens legemiddelliste. I dag får hjemmesykepleien informasjon om pasientens legemiddelbruk ved at fastlegen sender oppdatert legemiddelliste i elektronisk melding i EPJ (PLO-melding), eller hvis det er leger på sykehus eller legevakt eller andre som har endret legemiddelbehandlingen til en pasient, så får hjemmesykepleien en utskrivningsrapport/epikrise med informasjon om legemidler, i noen tilfeller kommer informasjonen muntlig. Informasjonen om pasientens legemiddelbruk må så samstemmes og ett og ett legemiddel må plottes manuelt inn legemiddellisten i EPJ. Utviklingen av SFM tilrettelegger for at sykepleiere i pleie- og omsorgssektoren får informasjon om legemidler pasienten har på e-resept rett inn i journalsystemet. Utviklingen av SFM til PLO forutsettes ferdigstilt i nullalternativet, der

¹⁰ Finansdepartementet/Concept (2010), Nullalternativet – Veileder nr. 8 Kvalitetssikring av konseptvalg, samt styringsunderlag og kostnadsoverslag for valgt prosjekteralternativ.

¹¹ Finansdepartementet (2021), Rundskriv R-109 – Prinsipper og krav ved utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser mv.

det også legges til grunn at EPJ-leverandørene kommunehelsetjenestene bruker, vil tilby løsninger der legemiddellister fra e-resept automatisk kommer inn i EPJ-systemet.

- **Kjernejournal er under innføring:** Kjernejournal er en av de første nasjonale IT-løsningen for å dele pasientinformasjon på tvers av helsesektoren. Utviklingen startet i 2012 og kjernejournal har vært i drift siden 2015. Høsten 2021 var kjernejournal innført i alle sykehus, legevakter og ved 90 prosent av fastlegekontorene. I tillegg har alle innbyggere fått tilgang til sin kjernejournal via helsenor.no. Per november 2021 hadde 77 kommuner startet utprøving/innføring av kjernejournal mens ytterligere 26 kommuner var teknisk tilkoblet. Ved utgangen av 2022 antas det at om lag 140 – 150 kommuner har innført kjernejournal.
- **Aktiviteter under Nasjonalt velferdsteknologiprogram:** Helsedirektoratet, sammen med Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF, har pågående aktiviteter i Nasjonalt velferdsteknologiprogram. Programmet prøver ut digital hjemmeoppfølging for personer med kroniske sykdommer.

Det finnes flere initiativ og løsninger i dag som delvis løser behovet for datadeling innen digital hjemmeoppfølging. Disse løsningene har imidlertid begrenset utbredelse og er ikke tilrettelagt for nasjonal bruk. I nullalternativet er det lagt til grunn at utviklingen vil fortsette uten en regulering av markedet, og uten normerende produkter som tilrettelegger for teknisk og semantisk samhandlingsevne.

- **Helseforetakene har en rekke samhandlingsaktiviteter** som er relevante for steg 2. Blant annet pågår det et arbeid der helseforetakene moderniserer sine journalløsninger som også inkluderer legemiddellister. Helseforetakenes aktiviteter inngår i nullalternativet.

Videre er prioriterte aktiviteter i EPJ-løftet nedfelt i protokoll, og tiltak som er gitt finansiering gjennom samfinansieringsordningen en del av nullalternativet.

1.7.2 Avhengigheter for steg 2

Det er flere sentrale tekniske avhengigheter mellom de fire samhandlingsområdene i steg 2 og til steg 1. Med tekniske avhengigheter menes avhengigheter der utvikling i ett samhandlingsområde eller steg 1 er en forutsetning for å realisere gevinster i et samhandlingsområde i steg 2.

Følgende sentrale avhengigheter mellom samhandlingsområdene er identifisert:

- **Innføring av kjernejournal i kommunene:** Realisering av dokumentdeling og kritisk informasjon forutsetter at kjernejournal er innført i kommunal pleie- og omsorgstjenesten.

Følgende avhengigheter er identifisert mellom steg 1 og steg 2:

- **Tillitsmodell:** Realisering av dokumentdeling forutsetter at tillitsmodell for å understøtte dokumentdeling i kjernejournal er etablert. Tillitsmodell ligger som oppgave i steg 1.
- **Krav til standard for kritisk informasjon:** Realisering av kritisk informasjon forutsetter at det er avklart hvilke standarder som skal benyttes for til kritisk informasjon. Dette ligger inne som en del av steg 1.

1.7.3 Grensesnitt for steg 2

Der to parter er i et gjensidig påvirkningsforhold, må det foreligge en beskrivelse av alle vesentlige grensesnitt. Eksempler på slike grensesnitt kan være:

- Organisatoriske (mellom fagenheter eller prosjekt og drift)
- Kommersielle (mellom kontraktsparter, ulike prosjekter eller etater)
- Tekniske (mellom leverandører eller delprosjekter)

Det er identifisert grensesnitt for både program digital samhandling og program pasientenes legemiddelliste. Disse er nærmere beskrevet i kapitlene under.

1.7.3.1 Organisatoriske grensesnitt

Tabell 5 viser de viktigste organisatoriske grensesnittene for steg 2.

Tabell 5 Organisatoriske grensesnitt for steg 2

Aktør steg 2 har grensesnitt mot	Kort beskrivelse	Oppfølging av grensesnittet
Norsk helsenett SF	Tiltakene i Program digital samhandling og pasientens legemiddelliste skal bygges på de nasjonale e-helseløsningene, som Norsk helsenett SF er ansvarlig for. I tillegg vil Norsk helsenett SF være ansvarlig for å levere og utvikle deler av omfanget i steg 2.	Grensesnittet følges opp gjennom styringsmodellen og avtalestruktur mellom Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF.
Pågående programmer og prosjekter i nasjonal e-helseportefølje	Pågående programmer og prosjekter i nasjonal e-helseportefølje er avhengig av leveranser i steg 2. Dette er blant annet program for kodeverk og terminologi og Nasjonalt velferdsteknologiprogram.	Følges opp gjennom nasjonal porteføljestyring og gjennom avtaler og felles planer på prosjektnivå.
Kommunene	Kommunene er sentrale for å realisere samhandlingsområdene i program digital samhandling og program pasientenes legemiddelliste.	Grensesnittet følges opp gjennom styringsmodellen til programmene og gjennom KS og kommunal samstyringsmodell.
De fire regionale helseforetakene	RHF-ene er sentrale for å realisere samhandlingsområdene i program digital samhandling og program pasientenes legemiddelliste.	Grensesnittet følges opp gjennom styringsmodellen til programmene.
Selvstendig næringsdrivende fastleger og andre avtaleparter til kommuner og spesialisthelsetjenesten	Både fastleger, avtalespesialister og andre avtaleparter til kommunene og spesialisthelsetjenesten er sentrale for å realisere samhandlingsområdene i program digital samhandling og i program pasientens legemiddelliste.	Grensesnittet følges opp gjennom styringsmodellen til programmene.

EPJ-løftet	EPJ-løftet er en sentral aktør i utviklingen av journalløsninger for fastleger og avtalespesialister. Protokollen til EPJ-løftet inneholder flere forslag til løsninger som sammenfaller med samhandlingsområdene dokumentdeling og kritisk informasjon.	Følges opp gjennom nasjonal porteføljestyring i sektor og gjennom avtaler og felles planer på prosjektnivå.
Samarbeidsprosjektet for felles kommunal journal	Pasientens legemiddelliste bygger på et løsningskonsept basert på e-resept og utvikling av moduler og tjenester som kan benyttes av dagens EPJ-leverandører. Pasientens legemiddelliste skal integreres med felles kommunal journal.	Grensesnitt følges opp gjennom styringsmodellen.
Helseplattformen	Selskapet Helseplattformen AS skal sette opp, tilpasse og innføre felles løsning hos helseforetak, kommuner, fastleger og private aktører i Midt Norge.	Grensesnitt følges opp gjennom styringsmodellen og egen styringsgruppe for Helseplattformen med Helse Midt-Norge, Helseplattformen, Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF.
Forskning og erfaringsbasert kunnskapsdeling	Pasientens legemiddelliste er en ny tjeneste og det er viktig å hente erfaring fra lignende initiativ fra Norden og globalt, og det bør også være en aktuell løsning å studere for forskningsmiljøene	Grensesnitt følges opp gjennom aktiv dialog med aktuelle aktører.

1.7.3.2 Tekniske grensesnitt

Tabell 6 viser de viktigste tekniske grensesnittene for steg 2.

Tabell 6 Tekniske grensesnitt for steg 2

Grensesnitt	Kort beskrivelse	Oppfølging av grensesnittet
Helseplattformen	Alle de fire samhandlingsområdene utvikler samhandlingsfunksjonalitet som skal integrere med Helseplattformen.	Grensesnittet følges opp gjennom porteføljestyringen i sektor (Nasjonal e-helseportefølje) og gjennom avtaler og felles planer på prosjektnivå.
Helsenorge	Tiltak i samhandlingsområdene pasientens legemiddelliste, dokumentdeling og kritisk informasjon legger opp til å bruke helsenorge for å vise informasjon for innbygger.	Grensesnittet følges opp gjennom styringsgruppe for Helseplattformen, porteføljestyringen i sektor (Nasjonal e-helseportefølje) og gjennom avtaler og felles planer på prosjektnivå.
Koblingspunkter i Helse Sør-Øst, Helse Nord og Helse Vest	Samhandlingsområdet dokumentdeling legger opp til å bruke koblingspunkter i Helse Sør-Øst, Helse Nord og Helse Vest for å vise	Grensesnittet følges opp gjennom styringsmodellen.

	helsepersonell og innbygger dokumenter	
Nasjonalt koblingspunkt for dokumentdeling	Samhandlingsområdet dokumentdeling legger opp til å bruke det nasjonale koblingspunktet for å samhandle om dokumentdeling. Dette forutsetter at drift og forvaltning er etablert.	Grensesnittet følges opp gjennom styringsmodellen.
Apotek	Apoteksystemene må utvikle funksjonalitet for å kunne lese pasientens legemiddelliste	Grensesnitt følges opp gjennom dialog med Apotekforeningen.
EPJ-leverandører og øvrige leverandører	Journalløsningene til primær- og spesialisthelsetjenesten må utvikles med funksjonalitet for å lese og oppdatere pasientens legemiddelliste. Innføring av dokumentdeling, API for kritisk informasjon og datadeling til digital hjemmeoppfølging vil også kreve at EPJ-leverandører og øvrige leverandører gjør endringer i sine journalløsninger.	Grensesnittet følges opp gjennom dialog mellom leverandørene og leverandørkoordinator hos NHN.
Felles kommunal journal	Alle de fire samhandlingsområdene utvikler samhandlingsfunksjonalitet som skal integreres med felles kommunal journal.	Grensesnittet følges opp gjennom porteføljestyringen i sektor (Nasjonal e-helseportefølje) og gjennom avtaler og felles planer på prosjektnivå.
Felles språk	Samhandlingsområdene pasientens legemiddelliste, kritisk informasjon og datadeling til digital hjemmeoppfølging: vil ha behov for felles kodeverk og terminologi, herunder SNOMED CT/ICNP. Arbeidet knyttet til oversettelse og mapping i det nasjonale prosjektet for Felles språk gjenbrukes.	Følges opp gjennom nasjonal porteføljestyring og gjennom avtaler og felles planer på prosjektnivå.

1.7.3.3 Kommersielle grensesnitt

Tabell 7 viser de viktigste kommersielle grensesnittene for steg 2.

Tabell 7 Kommersielle grensesnitt for steg 2

Grensesnitt	Kort beskrivelse	Oppfølging av grensesnittet
Mellom Norsk helsenett SF og Direktoratet for e-helse	Norsk helsenett SF er produkteier og i noen tilfeller dataansvarlig for de nasjonale e-helseløsningene som flere av tiltakene i steg 2 skal bygges på og vil ha ansvar for produktkøen for disse. Norsk helsenett SF vil være ansvarlig for å etablere og modne behovskøen,	Grensesnittet følges opp gjennom styringsmodellen og avtalestruktur mellom Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF

	gjennomføre nødvendige anskaffelser av utviklingsaktiviteter, samt eventuelle anskaffelser av kapasitet eller tjenester knyttet til samhandlingsområdene i steg 2.	
Mellom Norsk helsenett SF og leverandører av utviklingstjenester inn i prosjektene	Det inngås en kontrakt mellom virksomheten Norsk helsenett SF og underleverandører av tjenester og produkter på de ulike prosjektene.	Grensesnittet reguleres av kontrakten, og følges opp av Norsk helsenett SF gjennom sine prosesser for leverandøroppfølging.
Mellom Direktoratet for e-helse og leverandører av ressurser inn i programgjennomføringen	Det inngås en kontrakt mellom Direktoratet for e-helse og leverandører av ressurser inn i programgjennomføringen.	Grensesnittet reguleres av kontrakten og følges opp av programkontoret i programmet.

2 Prosjektstrategi

Prosjektstrategien viser hvordan steg 2 skal gjennomføres for best å oppnå hensikten og realisere målene for tiltakene som skal realiseres i steg 2.

Gjennomføringen av steg 2 skal følge beste praksis innen både program- og prosjektstyring. Prosjektstrategien legger derfor til grunn MSP-rammeverket (Managing Successful Programmes) for programstyring.

2.1 Usikkerhet som håndteres i prosjektstrategien

Gjennomføring av steg 2 er omfattet av mange forhold som bidrar til usikkerhet. Disse forholdene beskrives nedenfor, og prosjektstrategien beskriver hvordan programmene skal gjennomføres for å håndtere og redusere denne usikkerheten.



Usikkerhet knyttet til realisering av gevinster

Realisering av gevinster i steg 2 er avhengig av at flere aktører i sektoren tar i bruk ny funksjonalitet. Dette er aktører som ikke har én felles styringslinje. En av de viktigste driverne til usikkerhet følger av at nytten ofte oppstår et annet sted enn der investeringene tas.

Kapitel XX sier noe om hvilke virkemidler som kan benyttes for å stimulere til økt oppslutning og deltakelse.

Kapittel xx beskriver sentrale prinsipper for arbeidet med gevinstrealisering i de to programmene. Beskrivelsen av organisering og ansvarsdeling i kapittel xx viser hvilket ansvar programmene har for å understøtte og tilrettelegge for gevinstrealisering, hvilket ansvar virksomhetene selv har, og hvordan virksomhetene skal involveres og gis innflytelse for å sikre at de lykkes med innføring av ny funksjonalitet.



Usikkerhet knyttet til mulige interessekonflikter

Steg 2 har mange interessenter og berørte parter. De ulike interessentene kan ha interessekonflikter i gjennomføringen av tiltaket. Kombinert med at det er frivillig å ta i bruk løsningene og målet om at flest mulig likevel skal velge å ta i bruk nye løsninger, kan interessekonfliktene skape utfordringer i styringen og gjennomføringen av tiltaket.

Kapittel xx beskriver hvordan programmene skal jobbe for å håndtere og minimere usikkerheten rundt mulige interessekonflikter. I tillegg beskriver kapittel xx hvordan programmene skal styres og hvordan ulike interessenter skal involveres og representeres i styringen av de to programmene.



Usikkerhet knyttet til avhengigheter til andre pågående programmer og prosjekter

Programmet pasientens legemiddelliste og programmet digital samhandling har avhengigheter til hverandre og til andre pågående programmer og prosjekter.

Dette gjelder særlig grunndata og tillitstjenester i steg 1. Forsinkelser eller mangelfull koordinering av disse tiltakene vil kunne gi forsinkelser i realiseringen av steg 2.

Direktoratet for e-helse vil gjennom eierskapsrollen sikre at porteføljefunksjonen i direktoratet har fokus på disse avhengighetene, og må løpende vurdere tiltak dersom det er en risiko for at tilstøtende prosjekter og programmer ikke leverer i henhold til sine planer. Programstyrene vil også ta et særlig ansvar for å vurdere muligheter for gevinstrealisering for sektoren som helhet, og vurdere avhengigheter, risiko og konsekvenser for aktørene.

Hvordan man skal styre avhengighetene til andre pågående programmer og prosjektet og mellom de to programmene, er nærmere beskrevet i kapittel XX.



Usikkerhet knyttet til styring av målbildet for helhetlig samhandling

Målbildet for helhetlig samhandling skal realiseres gjennom en stegvis tilnærming, der det fattes investeringsbeslutning for ett og ett steg. Steg 1 er nå under gjennomføring, og som en del av steg 2 skal det gjennomføres et forprosjekt for steg 3, der det skal pekes på innhold i steg 3 og hvordan steget skal styres, gjennomføres og finansieres.

Gjennom oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, vil direktoratet ha et særlig ansvar for å sikre at valg og beslutninger i steg 2 og kommende steg støtter opp om målbildet for samhandling. For å nå målbildet om helhetlig samhandling er det en forutsetning at etablerte løsninger tas i bruk.

Kapittel xx beskriver hvordan direktoratet vil følge opp realiseringen av målbildet for samhandling. Kapittel xx beskriver hvilke virkemidler som kan tas i bruk for å øke bruken av løsningene.

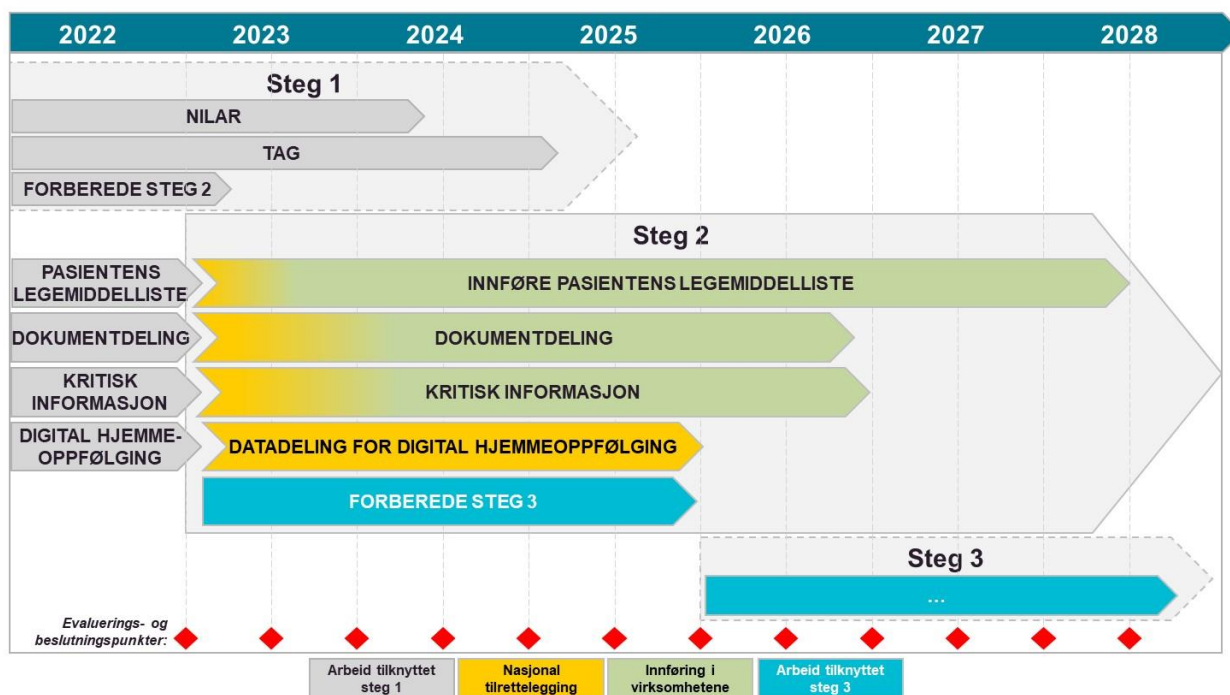
2.2 Gjennomføringsstrategi

Gjennomføringsstrategien beskriver hvordan steg 2 planlegges gjennomført. Strategien adresserer kritikalitet og usikkerhet knyttet til arbeidsomfang, gjennomføringsplan, organisering og styring, og forhold til omgivelsene. Gjennomføringsstrategien er basert på tiltakets hensikt, mål, kritiske suksessfaktorer, rammebetingelser og usikkerhetsbildet.

2.2.1 Overordnet gjennomføringsplan

Overordnet gjennomføringsplan innebærer at steg 2 starter opp før steg 1 har ferdigstilt sine leveranser.

Figur 4 illustrerer overordnet gjennomføringsplan for steg 2 med underliggende samhandlingsområder.



Figur 4 Overordnet gjennomføringsplan for steg 2

Tabell 8 oppsummerer arbeidsomfanget i steg 2 per samhandlingsområde. Dette er nærmere beskrevet i kapittel 3.1 samt vedlegg H Omfang og vedlegg L Prioriteringsmodell.

Tabell 8 Arbeidsomfang i steg 2

Arbeidsomfang i steg 2	
Samhandlingsområdet dokumentdeling	<ul style="list-style-type: none"> • Videre innføring av dokumentdeling fra helseforetakene. • Bidra til at kjernejournal innføres i pleie- og omsorgssektoren • Bidra til at delte journaldokumenter kan leses av alle som har tjenstlig behov, tilgang til kjernejournal og oppfyller tilgangskrav for dokumentdeling. • Gjennomføre utprøving av dokumentdeling fra legevakt, øyeblikkelig akutt døgnetenhet og avtalespesialister • Definere hvilke samarbeidsområder aktørene i helse- og omsorgssektoren skal danne for å kunne dele dokumenter, og avklare hvilke typer dokumenter som skal deles • Gjennomføre utprøving av dokumentdeling fra avtalespesialister, legevakt og ØHD/KAD • Innføre dokumentdeling for alle aktuelle avtalespesialister, legevakter og ØHD/KAD
Samhandlingsområdet kritisk informasjon	<ul style="list-style-type: none"> • Helseforetakene prøver ut og innfører API for å dele kritisk informasjon. • Fastleger og avtalespesialister prøver ut og innfører API for å dele kritisk informasjon • Prøve ut API-et også for sykehjem og ØHD/KAD, samt at disse aktørgruppene tar API for kritisk informasjon i bruk fullt ut
Samhandlingsområdet datadeling for digital hjemmeoppfølging	<ul style="list-style-type: none"> • Utvikling av tjenester for datadeling som også dekker behov knyttet til digital hjemmeoppfølging • Videreutvikle tjenestene for datadeling til å håndtere større grad av strukturert informasjon

Arbeidsomfang i steg 2	
Samhandlingsområdet pasientens legemiddelliste	<ul style="list-style-type: none"> • Videre innføring av e-multidose • Innføring av pasientens legemiddelliste i område for område
Forberede steg 3	<ul style="list-style-type: none"> • Gjennomføre forprosjekt for steg 3 • Ytterligere forberedelser for oppstart av steg 3

2.2.2 Prinsipper for gjennomføringsstrategien

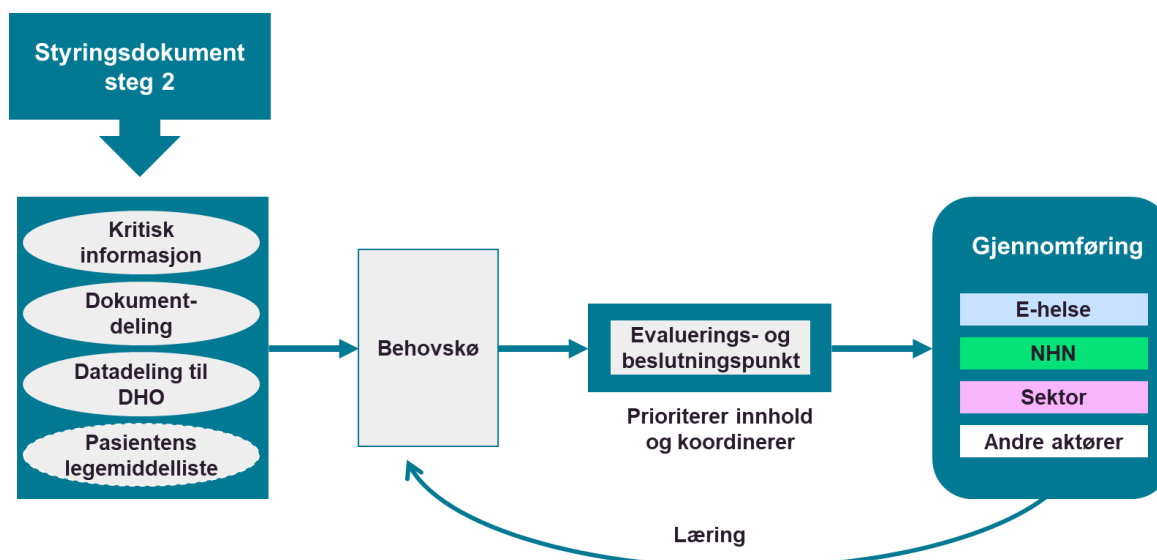
Overordnet gjennomføringsstrategi for steg 2 er basert på nyttestyring, innenfor den tids- og kostnadsrammen som gjelder for steg 2. Forprosjektet har sammen med programstyret for digital samhandling etablert overordnede prinsipper som skal legges til grunn for gjennomføringen innenfor de enkelte samhandlingsområdene, med mål om å sikre en effektiv gjennomføring. Prinsippene skal bidra til at de riktige tiltakene realiseres og forankres, og at det tas hensyn til kapasiteten hos de involverte virksomhetene. Prinsippene vil samlet kunne bidra til lavere risiko og høyere nytterealisering.

Tabell 9 Prinsipper for gjennomføringsstrategi i steg 2

Prinsipp	Beskrivelse
Trinnvis gjennomføring for å redusere risiko og kompleksitet	Hvert samhandlingsområde i steg 2 vil brytes ned i leveranser og aktiviteter, for å redusere risiko og kompleksitet. Nedbrytningen skal også legge til rette for å kunne ta ut nytte så tidlig som mulig.
Tydlig forankring, beslutning og kvalitetssikring	<p>Dette prinsippet skal legge til rette for justeringer underveis basert på læring. Det legges opp til jevnlig evaluering- og beslutningspunkter, hvor man vil evaluere resultat av arbeidet utført siden forrige evaluering, gjøre justeringer basert på erfaringer og læring, og sette ambisjonsnivået for perioden frem til neste evaluering- og beslutningspunkt.</p> <p>Evalueringen må også se på i hvilken grad man har kunnet realisere nytte som forventet, og om programmet har tilstrekkelig fart for å nå omfanget for steg 2 innenfor de tidsrammene som er satt. I tillegg må det vurderes om leveransene realiseres innenfor de fastsatte kost- og kvalitetsrammer.</p> <p>Ambisjonsnivået frem til neste evaluering- og beslutningspunkt må også settes basert på innspill fra de viktigste interessentene, for å bidra til å sikre måloppnåelse for steg 2.</p>
Bygger på tiltak som ligger i veikart for nasjonale e-helseløsninger	Omfanget i samhandlingsområdene i steg 2 bygger på veikartet for nasjonale e-helseløsninger. Veikartet omfatter tiltak som er høyt prioritert av sektoren.
Prioritering av de aktivitetene som gir mest nytte i forhold til ressursbruk	I steg 2 skal det realiseres et prioritert omfang. I tillegg er det definert en kuttliste. Dette utdypes i kapittel 3.1 om arbeidsomfang. Det skal gjøres prioriteringer av de aktivitetene som gir mest nytte for helsepersonell og innbygger med hensyn til ressursbruk. Hensikten er å sikre at det er de aktivitetene som har størst effekt som blir prioritert. Dette krever fleksibilitet og evne til å kunne justere planene underveis, samt god oversikt over avhengigheter.
Virksomhetene må ha organisatorisk og teknisk kapasitet til å ta i bruk løsningene	Organisatorisk og teknisk kapasitet og kompetanse hos Norsk helsenett SF, sektoren og Direktoratet for e-helse vil være viktig for gjennomføringen av steg 2. For å realisere forventet nytte, må steg 2 ta hensyn til denne kapasiteten i gjennomføringen.

2.2.3 Gjennomføringsmodell

Gjennomføringsmodellen for både program digital samhandling og program pasientens legemiddelliste tar utgangspunkt i mål, økonomiske rammer og arbeidsomfanget for steg 2. Gjennomføringsmodellen er illustrert i Figur 5.



Figur 5 Gjennomføringsmodell for steg 2

2.2.4 Behovskø

Norsk helsenett SF vil ha ansvar for å etablere, raffinere og modne ulike arbeidspakker, for å løse konkrete behov i sektoren, som spesifisert i omfanget for steg 2, heretter omtalt som behovskø. Involvering av sektoren vil være en forutsetning for å lykkes, da det er aktørene i sektoren som sitter nærmest behovet.

Behovskøen vil i hovedsak bestå av følgende behov:

- 1) Gjøre tekniske kapabiliteter tilgjengelig
- 2) Sikre at virksomhetene er klare til å ta samhandlingsløsningene i bruk
- 3) Innføre samhandlingsløsninger og følge opp at disse blir tatt i bruk

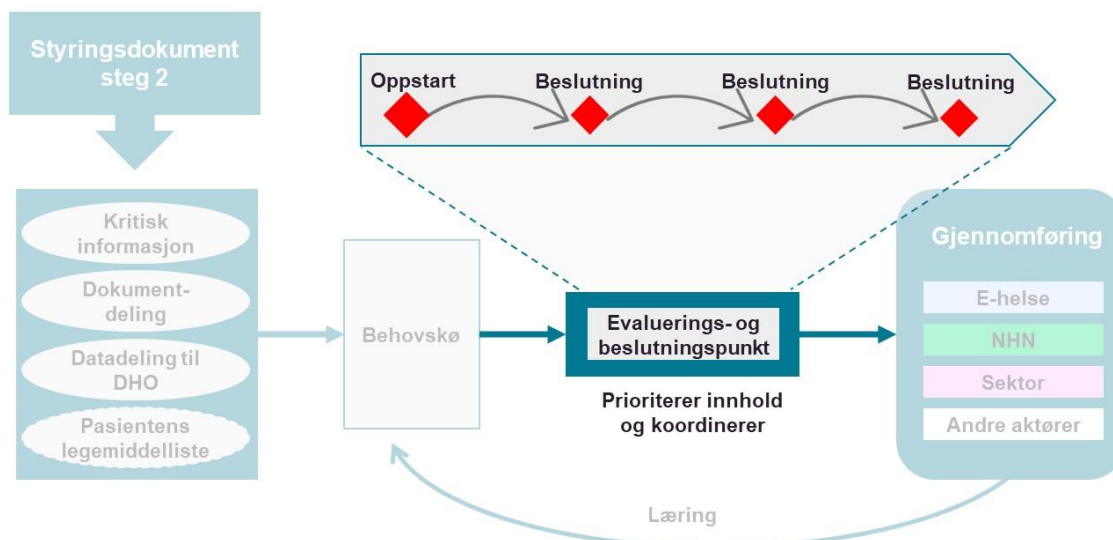
Norsk helsenett SF, Direktoratet for e-helse, sektoren og andre relevante aktører skal bidra til å modne og konkretisere behovskøen. Forslag til hva som inngår i behovskøen vil danne grunnlaget for prioriteringer i evaluerings- og beslutningspunkter. Dette innebærer at behovene må være tydelig definerte (hva må gjøres av hvem) med tilhørende anslag om omfang, nytte og drift/forvaltningskonsekvenser. Norsk helsenett SF vil lede arbeidet med å modne behovskøen og sørge for at den er klar til prioritering. Når prioritert omfang innenfor et samhandlingsområde er realisert, kan man starte realiseringen av det som er på kuttlisten.

2.2.5 Evaluerings- og beslutningspunkter

For å sikre realisering av målene i steg 2 innenfor tid-, kostnads- og kvalitetsrammer, vil programmene etablere jevnlig evaluerings- og beslutningspunkter. Ved evaluerings- og beslutningspunktene vil det vurderes hvorvidt utviklingen understøtter målene, og om forventet nytte forsvare kostnader og risiko. I steg 2 vil det være avgjørende at ha kontroll på

de endringsbehovene som må forventes å komme under gjennomføringen. Dette handler om nyttestyring underveis der det åpnes for justeringer i kommende leveranser som følge av ny innsikt og læring fra erfaringer.

Frekvensen av evaluerings- og beslutningspunkter besluttes av programstyret utfra risiko, nyttestyringen og hva som er hensiktsmessig (f.eks. kvartalsvis, halvårlig eller årlig), illustrert i Figur 6.



Figur 6 Evaluerings- og beslutningspunkter

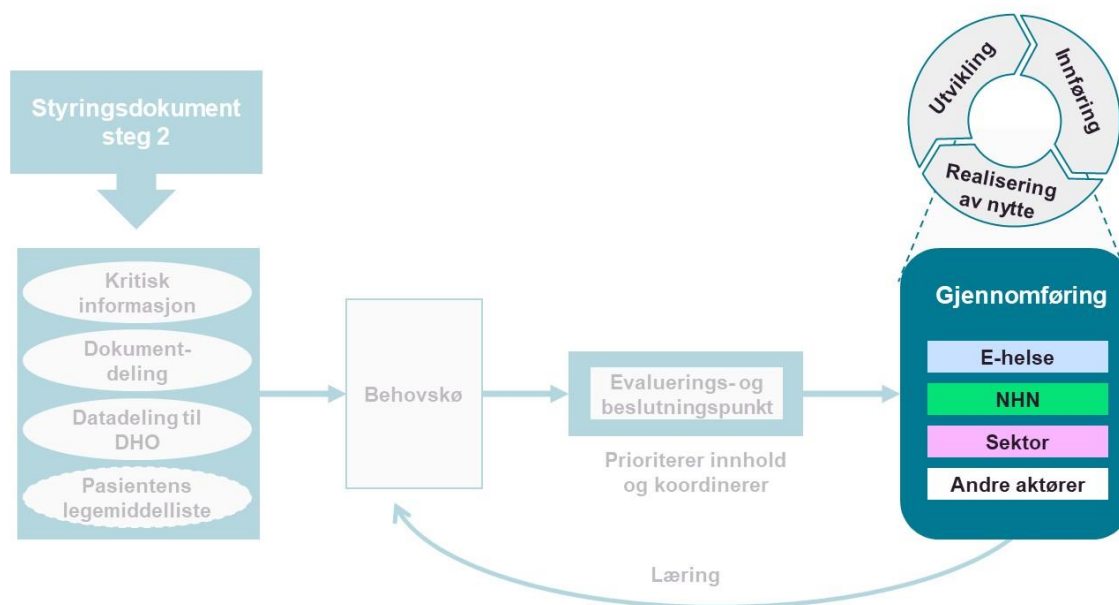
Et evaluerings- og beslutningspunkt kan inneholde følgende aktiviteter:

- Evaluere om nytte realiseres som forventet.
- Evaluere om fremdrift er tilstrekkelig for å nå omfanget for steg 2 innenfor de tidsrammene som er satt.
- Evaluere om forutsetningene som er definert fortsatt gjelder
- Evaluere om leveransene er innenfor de kvalitets- og kostnadsrammene som er satt.
- Analysere risikobildet og vurdere om man har tilstrekkelig styring.
- Beslutte justeringer basert på erfaring, læring og ny innsikt.
- Beslutte omfang frem til neste evaluerings- og beslutningspunkt.

2.2.6 Gjennomføring av steg 2

Når programstyret har vedtatt hva som skal realiseres først i behovskøen, vil realiseringen av de ulike arbeidspakkene starte. Arbeidspakkene vil typisk inneholde oppgaver som utvikling, tilpasning og teknisk tilrettelegging, innføring samt oppfølging av realiseringen av nytte. Her skal avtalte rutiner som f.eks. oppfølging av kostnader, fart, kvalitet og nytte følges slik at programmet har tilstrekkelig innsikt frem til neste evaluerings- og beslutningspunkt. Figur 7

illustrerer gjennomføringen som består av utvikling, innføring og realisering av nytte.



Figur 7 Gjennomføring av steg 2

2.2.6.1 Strategi for utvikling, tilpasning og tekniske forberedelser

Oppgaver knyttet til å realisere løsninger som skal utvikles sentralt vil Norsk helsenett SF ha hovedansvaret for. For utvikling som foregår sentralt vil utviklingsstrategien fra steg 1 i hovedsak videreføres i steg 2.¹² Strategien er basert på en smidig utviklingsmetodikk som understøtter gjennomføringsmodellen med etablert behovskø beskrevet i kapittel 2.2.3. Programmene vil koordinere teknisk tilrettelegging for helse- og omsorgstjenesten.

En del av den tekniske tilretteleggingen og tilpasningen i infrastruktur i sektoren vil foregå lokalt. I tillegg vil det for spesialisthelsetjenesten også inkludere etablering av integrasjoner i journalsystemer. Denne utviklingen vil variere og være tilpasset lokale behov og forhold. Tilpasninger og tekniske forberedelser omfatter blant annet å gjennomføre dialog med leverandører, vurdere eksisterende systemer og løsninger og se på behovet for oppgradering av disse i forkant av at de tar i bruk nye løsninger.

Utvikling, tilpasning og tekniske forberedelser er nødvendig for å komme i gang med innføring. Det vil også være behov for å lære, tilpasse og utvikle underveis for å justere videre innføring.

Dokumentdeling

- **Hva må gjøres av sentral utvikling:**
 - Dokumentdeling har vært under utprøving, og videre innføring vil kunne medføre tilpasninger og videreutvikling.

Kritisk informasjon

¹² Styringsdokument program digital samhandling steg 1 v1.0 (Direktoratet for e-helse, 29.10.2021)

- **Hva må gjøres av sentral utvikling:**
 - Grensesnittet for kritisk informasjon er utviklet og vil bli prøvd ut frem til 2023. Erfaringene fra dette og resultatet av GAP-analysen i steg 1, vil danne grunnlag for eventuelle behov for justeringer og tilpasninger.

Datadeling for digital hjemmeoppfølging

- **Hva må gjøres av sentral utvikling:**
 - Utvikling og testing av tjenester for datadeling.
 - Etablere felles forståelse for overliggende logiske informasjonsmodeller, gjennomføre normeringsaktiviteter og utarbeide normerende produkter som veiledere og anbefalinger for deling av data fra digital hjemmeoppfølging

Pasientens legemiddelliste

- **Hva må gjøres av sentral utvikling:**
 - Utvikling, testing og utprøving av sentral forskrivningsmodul til aktører. For pleie- og omsorgsektoren vil det innføres i 2022.
 - Videreutvikling og testing av e-Multidose.

2.2.6.2 Strategi for innføring og realisering av nytte

Innføring utgjør en stor del av omfanget i gjennomføringen av steg 2 illustrert i **Feil! Fant ikke referanseilden.** i kapittel 2.2.6.1. Innføringsstrategien for steg 2 bygger på erfaringer fra sektoren, og er basert på en modell for innføring av nasjonale e-helseløsninger, samt de tilpasningene Norsk helsenett SF har gjort til denne modellen.¹³ Denne metodikken er fleksibel og gir rom for tilpasninger etter behov. Norsk helsenett SF vil være hovedansvarlig for å utvikle og forvalte de nasjonale e-helseløsningene, mens sektoren har ansvaret for å innføre løsningene og realisere nytten. Målet er å realisere nytte så tidlig som mulig og underveis i steg 2. De fire samhandlingsområdene krever bruk av forskjellige virkemidler og ulikt nivå av koordinering, for at sektoren skal kunne ta i bruk løsningene. Hovedaktiviteter for å legge til rette for en god innføring er *forankring, dialog, involvering* og *erfaringsdeling*.

Innføringsstrategien bygger på erfaringsbasert læring, og følger fire faser, fra oppdrag og planlegging til begrenset bredding og nasjonal bredding. Begrenset bredding er en styrt start på innføringen av løsningen i en kontinuerlig iterativ prosess, hvor løsningen justeres og tilpasses etter tilbakemeldinger. Det er kun en begrenset mengde aktører som er med i denne fasen. I steg 2 vil det være nødvendig å legge inn ekstra innsats for å hente ut gevinster raskt, og på denne måten motivere flere til å delta. Nasjonal bredding vil være ulik for de fire samhandlingsområdene. Ressursinnsats, virkemiddelbruk og i hvilken grad det er behov for en pådriverrolle vil variere, men det vil være viktig med felles tilrettelegging og koordinering i steg 2 for å realisere nytte.

Avsnittene under beskriver hva som er forutsetninger for å sette i gang innføringen for de fire samhandlingsområdene og hva som må tas hensyn til i fasene begrenset bredding og nasjonal bredding per område.

¹³ Metodikk for innføring v0.9 (Norsk helsenett SF, 16.11.2021)

Dokumentdeling

- **Hvilke forutsetninger må være på plass for å sette i gang innføring:**
 - Kjernejournal er innført hos aktører som skal ta i bruk dokumentdeling og de har fått nødvendig opplæring i løsningen.
 - Sikkerhetsmodellen som leveres i steg 1 av TAG-prosjektet er ferdigstilt.
- **Hvilke hensyn må tas i begrenset bredding for de som produserer dokumenter:**
 - Løsningen har allerede vært igjennom begrenset bredding for spesialisthelsetjenesten gjennom utprøvingene i Helse Sør-Øst og Helse Nord, og det vil ikke være behov for ytterligere begrenset bredding.
 - Når andre aktører enn spesialisthelsetjenesten er klare for å dele, vil det være en form for begrenset bredding for hvert nytt samarbeidsområde som etableres.
- **Hvilke hensyn må tas i begrenset bredding for de som får tilgang til dokumenter:**
 - Løsningen har vært igjennom begrenset bredding og per 2022 er det en avgrenset liste med aktører som har tilgang til å slå opp og konsumere dokumenter i kjernejournal.
 - Det er klart for nasjonal bredding.
- **Hvilke hensyn må tas i nasjonal bredding:**
 - Sektor har behov for tilrettelegging og opplæring for bruk av løsning.
 - Det vil kunne kreves noen endringer i arbeidsprosessene for enkelte sluttbrukere.
 - Leverandører vil ha behov for felles koordinering og oppfølging.
 - Løsning gir større nytte jo flere som tar den i bruk.

Kritisk informasjon

- **Hvilke forutsetninger må være på plass for å sette i gang innføring:**
 - Det må være avklart hvilke standarder som skal ligge til grunn for kritisk informasjon.
 - Kjernejournal er innført hos aktører som skal ta i bruk dokumentdeling og de har fått nødvendig opplæring i løsningen.
- **Hvilke hensyn må tas i begrenset bredding:**
 - Løsningen er i begrenset bredding i Helse Vest og når denne er gjennomført, vil det være klart for nasjonal bredding for spesialisthelsetjenesten.
 - Før fastleger og avtalespesialister er klare for å ta i bruk API for kritisk informasjon, er det nødvendig med en begrenset bredding for den aktørgruppen.
- **Hvilke hensyn må tas i nasjonal bredding:**
 - Se punktet for nasjonal bredding for dokumentdeling i kapittel **Feil! Fant ikke referanse-kilden..**

Datadeling for digital hjemmeoppfølging

Det er ikke på dette tidspunktet noen forutsetninger som ligger til grunn for datadeling for hjemmeoppfølging.

- **Hvilke hensyn må tas i begrenset bredding:**

- Nasjonalt velferdsteknologiprogram vil frem til 2025 prøve tjenestene for datadeling som steg 2 utvikler etter bestilling fra programmet. Dette vil være en begrenset bredding før tjenestene vil være tilgjengelige for nasjonal bredding.
- **Hvilke hensyn må tas i nasjonal bredding:**
 - Aktørene er ikke avhengig av hverandre for å få nytte av tjenestene.
 - Aktørene er ikke avhengig av hverandre for å ta i bruk tjenestene.
 - Det er ingen frist for sektor på å ta i bruk tjenestene og tar i bruk tjenestene på eget initiativ.
 - Sektoren må få informasjon om tjenestene.

Pasientens legemiddelliste

Pasientens legemiddelliste anbefales innført samtidig til en rekke aktører.¹⁴ Hvis ikke tilstrekkelig med aktører samhandler om legemiddellisten vil den raskt kunne bli utdatert, kvaliteten blir lav og tilliten til listen vil forvitre. Hele verdien i pasientens legemiddelliste er at helsetjenesten må kunne stole på at dette er den korrekte listen, og da må aktører som forskriver legemidler oppdatere pasientens legemiddelliste. Andre leger, som f.eks. fastleger vil kunne få et merarbeid hvis andre aktører ikke holder listen oppdatert. Manglende samtidighet utgjør derfor en stor risiko for at tiltaket ikke lykkes.

Ibruktage av pasientens legemiddelliste vil medføre grunnleggende endringer i arbeidsprosessen til helsepersonell. For å øke nytten så bør det tilrettelegges for noe grad av samtidighet i innføringsområdene. Det forventes at hoveddelen av nytten med felles legemiddelliste vil realiseres lokalt – siden samhandlingen om pasientene er størst der. Det anbefales derfor å bredde pasientens legemiddelliste rundt nedslagsfeltet til de 19 helseforetakene.

- **Hvilke forutsetninger må være på plass for å sette i gang innføring:**
 - Sentral forskrivningsmodul må være ferdig etablert for aktørene.
 - Aktuelle EPJ/curve-systemer har støtte for pasientens legemiddelliste.
 - Leverandørene kan gi tilstrekkelig kundestøtte på sine løsninger.
 - Et tilstrekkelig antall aktører i innføringsområdet må være teknisk og organisatorisk forberedt for innføring av pasientens legemiddelliste.
 - Aktørene må være klare til å ta bruk pasientens legemiddelliste samtidig.
 - Intensjonsavtale med tilstrekkelig aktører bør være etablert.
- **Hvilke hensyn må tas i begrenset bredding:**
 - Tilpasninger til lokale forhold må forventes. Det er stor variasjon i arbeidsprosesser, organisering og tekniske løsninger. Dette er grunnen til at hvert område vil ha en begrenset innføring før hele området tar i bruk pasientens legemiddelliste.
 - Det kliniske miljøet i området må mobiliseres for endringen.
 - Før full utbredelse gjennomføres i området vil det først gjøres en begrenset bredding for å se om det må gjøres tilpasninger på arbeidsprosesser eller

¹⁴ Fastlegekontor, avtalespesialister, sykehus, legevakt, sykehjem, hjemmetjenesten, ØHD og apotek

løsninger. Forankring og inngåelse av intensjonsavtaler må gjøres i forkant av perioden med begrenset innføring.

- Det er satt i gang en utprøving i Bergens-området som vil være starten av en begrenset bredding av pasientens legemiddelliste. Det er nødvendig å prøve ut pasientens legemiddelliste i flere områder før det kan settes i gang nasjonal innføring av løsningen. Variasjon i særlig arbeidsprosesser, IKT-løsninger og organisering i innføringsområdene tilsier at det bør være gradvis innføring i alle områder for å kunne gjøre nødvendige justeringer. De første områdene vil kreve mer justeringer enn de påfølgende.
- **Hvilke hensyn må tas i nasjonal bredding:**
 - Nasjonal tilrettelegging vil omfatte styringen av det nasjonale innføringsprosjektet og aktiviteter som omhandler støttefunksjoner og utarbeidelse av opplæringsmateriell, kurs og brukerstøtte.
 - Nasjonalt innføringsprosjekt omfatter forberedelse, oppfølging, utprøving og gjennomføring av pasientens legemiddelliste i områdene. Helseforetak og kommuner rigger mottaksprosjekt som kan lede arbeidet med utprøvingen og innføringen for sine virksomheter og brukere.
 - Erfaringer og læring fra et innføringsområde vil bringes videre til nye områder som tar pasientens legemiddelliste i bruk, slik det nå gjøres ved utprøvingen i Bergen kommune.
 - Leverandørene har behov for felles koordinering og aktiviteter for å sikre tilpasninger i EPJ-systemene i henhold til plan.
 - Det vil kreve endringer i arbeidsprosessene til helsepersonell som tar løsningen i bruk.
 - Helsepersonell som skal ta løsningen i bruk må læres opp. Derfor er innføringsaktiviteter, opplæring og god kommunikasjonsflyt, samt bistand til tekniske utfordringer helt essensielt i breddingen.
 - Det er avhengigheter på tvers av virksomheter for å oppnå nytteverdi for den enkelte aktør.
 - Det er behov for koordinering på tvers for samtidig oppstart i valgte strategi.

2.3 Kontraktstrategi

2.4 Organisering og ansvarsdeling

2.4.1 Den overordnede styringsstrukturen for steg 2

Direktoratet for e-helse vil på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet ha det overordnede ansvaret for å realisere steg 2 i samarbeid med Norsk helsenett SF.

Etter en eventuell investeringsbeslutning om gjennomføring av steg 2, vil sektorsammensatte programstyrer være ansvarlige at programmene leverer innenfor avtalte rammer (kostander, nytte og fremdrift m.m.).

Styringsstrukturen for steg 2 skal bidra til å sikre fremdrift, og at avhengigheter og eskalering av uenigheter håndteres, samt at steg 2 bygger oppunder det langsiktige målbildet for helhetlig samhandling. Steg 3 og kommende steg i målbildet for helhetlig samhandling må vurdere behov for endringer i organiseringen basert på læring og erfaring fra steg 2.

Forprosjektet anbefaler at gjennomføringen av steg 2 organiseres i to programmer:

- Program digital samhandling
- Program pasientens legemiddelliste

Program pasientens legemiddelliste er foreslått organisert i et eget program, slik det er i dag. Programstyret for programmet pasientens legemiddelliste har opparbeidet seg god kunnskap om programmet og bidrar til kontinuitet i styringen. Direktoratet for e-helse kan i samsvar med sektoren på et senere tidspunkt vurdere å organisere pasientens legemiddelliste som en del av program digital samhandling, dersom det sees som hensiktsmessig. Organisering i to programmer vil bidra til at gjennomføringsrisikoen i steg 2 reduseres ved at styringen foregår i mindre komplekse og mer håndterbare programmer og prosjekter. Det er viktig å håndtere avhengigheter mellom programmene og tilrettelegge for koordinert innføring mot aktører i sektoren.

Direktoratet for e-helse vil gjennom sin eierrolle i de to programmene bære et særskilt ansvar for å styre av avhengigheter mellom programmene ved sin porteføljefunksjon. Gjennom denne rollen vil direktoratet holde oversikt over avhengigheter og risikoer på tvers av de to programmene, i tillegg til oppfølging av gevinster og ivaretagelsen av målbildet for helhetlig samhandling.

Det operative ansvaret for koordinering av innføringsløpene samles i Norsk helsenett SF og tilføres deres eksisterende innføringsportefølje. Slik kan samhandlingsområdene i steg 2 samkjøres der dette er mulig og fornuftig, og kommunikasjonslinjen ut til sektoren vil forenkles.

Både program pasientens legemiddelliste og program digital samhandling er en del av den nasjonale e-helseporteføljen i dag. Den nasjonale e-helseporteføljen gir nasjonal styringsmodell mulighet til å få en oversikt over hva som foregår på nasjonalt nivå, herunder hva steg 2 må ta hensyn til. Rapporteringen til nasjonal e-helseportefølje kommer i tillegg til programmene eller prosjektenes styringslinje, og skal sikre koordinering og samordning av viktige tiltak i helse- og omsorgssektoren. Program digital samhandling vil også bruke nasjonal styringsmodell i styringen av Forprosjektet for steg 3.

2.4.2 Overordnet organisering av program digital samhandling

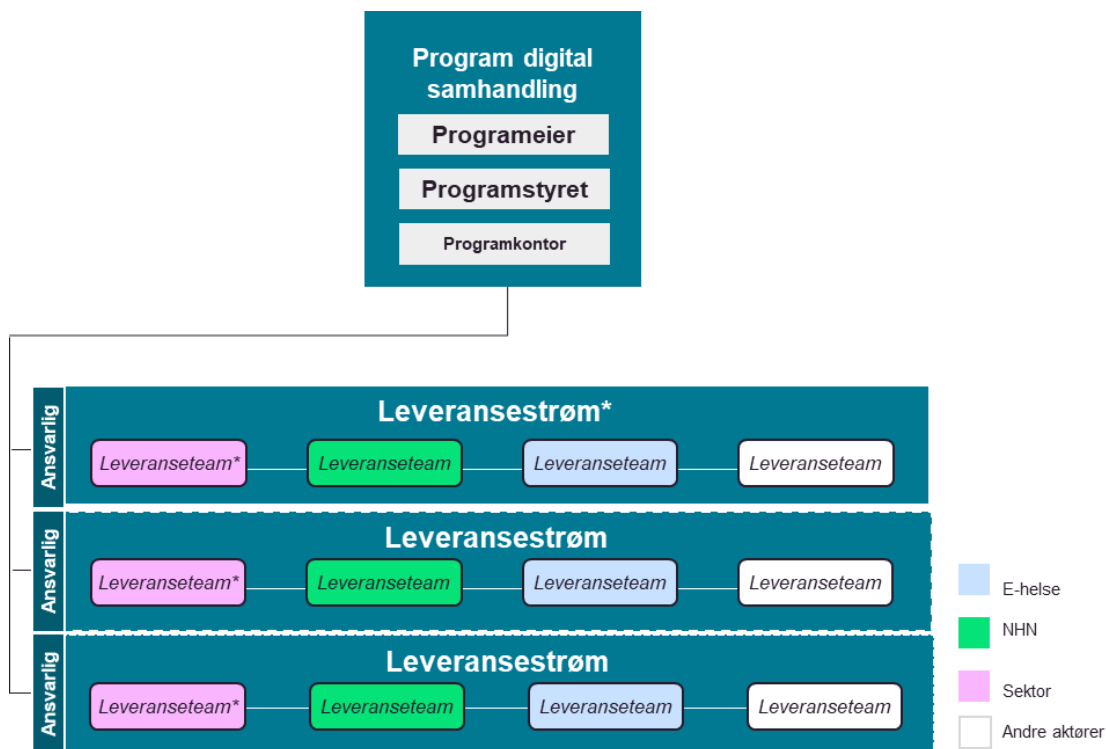
Fra 2023 vil program digital samhandling være ansvarlig for gjennomføringen av samhandlingsområdene kritisk informasjon, dokumentdeling og datadeling i digital

hjemmeoppfølging, i tillegg til resterende programaktiviteter fra steg 1 og forprosjektet for steg 3.

Forprosjektet anbefaler å gjennomføre program digital samhandling ved å organisere arbeidet i leveransestrømmer. Formålet med å etablere leveransestrømmer, er å legge til rette for fleksibilitet og å drive kontinuerlig utvikling av samhandlingsområdene over tid. Gjennomføringen av hver leveransestrøm vil kreve leveranser fra flere aktører, blant annet fra Direktoratet for e-helse, Norsk helsenett SF, helseregionene og helseforetakene, samt KS og kommunene. Enkelte leveransestrømmer vil også kunne være av en slik karakter, at nasjonale myndigheter, som eksempelvis Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet, vil kunne ha en sentral rolle i gjennomføringen.

De underliggende leveransestrømmene kommer til å være ulike, når det gjelder størrelse, sammensetning og hvordan leveransene gjennomføres. Behovskøen (beskrevet i kapittel 2.2) og prioriteringer fra sektoren vil definere innholdet i leveransestrømmene. En leveransestrøm vil kunne realiseres av en aktør, mens andre leveransestrømmer vil realiseres av flere aktører i samarbeid. Detaljert beskrivelse av ansvar, roller og styring av leveransestrømmene fremgår av kapittel 2.4.4.1, 2.4.4.4 og 2.4.4.5.

Detaljert organisering ved oppstart av programmet, herunder innholdet i og antallet leveransestrømmer, vil ikke besluttes før programmet vet mer om innholdet i og i hvilken rekkefølge tiltakene skal gjennomføres. Programstyret vil beslutte detaljert organisering for program digital samhandling i 2022 og organiseringen vil antageligvis også endres over tid. Se operasjonell organisering for program digital samhandling i Figur 8.

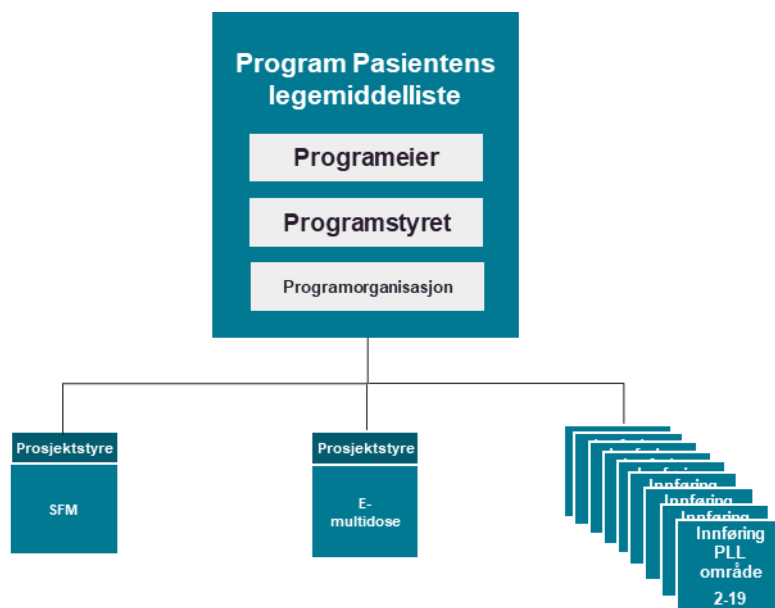


*Illustrasjon, antall leveransestrømmer og leveranseteam vil variere og avklares på et senere tidspunkt

Figur 8 Operasjonell styringsmodell for program digital samhandling

2.4.3 Overordnet organisering av programmet pasientenes legemiddelliste

Program pasientens legemiddelliste vil fra 2023 være ansvarlig for gjennomføringen av pasientens legemiddelliste. Programmet vil innledningsvis bestå av tre prosjekter for deretter å vokse med utrullingstakten for pasientens legemiddelliste. Oppgavene i programmet og behovet for ressurser og kompetanse vil endre seg over tid, og i tråd med innføringstakten. Det vurderes imidlertid at hovedprosjektinndelingen, med programstyret, program og områdeprosjekter, vil bestå gjennom hele programperioden. Se skisse til overordnet organisering av gjennomføringen av program pasientens legemiddelliste i Figur 9.



Figur 9 Overordnet organisering av Pasientens legemiddelliste

2.4.4 Organiseringen og styringen av steg 2

2.4.4.1 Overordnet ansvar og styring

Helse- og omsorgsdepartementet

Helse- og omsorgsdepartementet er overordnet ansvarlig for at steg 2 blir iverksatt og gjennomført i henhold til Stortingets vedtak og forutsetninger. Dette innebærer at Helse- og omsorgsdepartementet følger opp direktoratets gjennomføring av programmene i tråd med styrende dokumenter, som tildelingsbrev og styringssignalene som formidles i etatsstyringen. Direktoratet for e-helse skal involvere Helse- og omsorgsdepartementet på en hensiktsmessig måte som sikrer at forhold av strategisk betydning for mål- og resultatoppnåelsen og prioriteringen av innholdet blir forankret i departementet.

Direktoratet for e-helse

Direktoratet for e-helse vil utøve det overordnede ansvaret for steg 2, og være programeier for både program digital samhandling og program pasientens legemiddelliste. Direktoratet for

e-helse vil dermed være ansvarlig for programmene og prosjektene i sin helhet. Dette innebærer at direktoratet, gjennom sin myndighetsrolle, legger til rette for realisering av nytte og ivaretagelse av målbildet for helhetlig samhandling. Det er direktoratet som beslutter programmenes mandat, i tråd med føringene fra departementet.

Norsk helsenett SF

Norsk helsenett SF er produkteier og, i flere tilfeller, dataansvarlig for de nasjonale e-helseløsningene som flere av tiltakene i steg 2 skal bygges på, og vil ha ansvar for produktkøen for disse. Norsk helsenett SF vil være ansvarlig for å etablere og modne behovskøen, gjennomføre nødvendige anskaffelser til utviklingsaktiviteter, samt eventuelle anskaffelser av annen kapasitet eller tjenester knyttet til samhandlingsområdene i steg 2. Norsk helsenett er også ansvarlig for den løpende operative innføringsaktiviteten sentralt, samt.

Programeier

Som programeier for begge programmene, vil Direktoratet for e-helse fastsette rammene for programmet gjennom et mandat for programeier. Programeieren fastsetter mandatene for programlederen, ansvarlig for leveransestrømmer og eierne av de enkelte prosjektene. Programmet skal legge til rette for at programmets leveranser realiserer målene som er satt for programmet. De mest sentrale oppgavene knytter seg til å:

- Styre gjennomføringen av programmet
- Håndtere grensesnittet mot nøkkelinteressenter, samt informere og involvere sentrale interessenter om spørsmål om programmets fremdrift og løsningsvalg
- Overvåke og håndtere programmets strategiske risikoer og muligheter
- Utnevne programledere og fastlegge prioriteringene for programstyrene

Programstyrene

Programstyrene er sentrale i realiseringen av steg 2, og skal bidra til å skape felles forståelse og lojalitet mot målbildet for steg 2. Medlemmene i programstyrene skal i størst mulig grad tilstrebe å forankre og være lojale mot vedtak som fattes i programstyrene.

Programstyrene er allerede etablert, pekt ut av programeier. Programstyrets rolle i styringen av steg 2, er en videreføring fra steg 1 og de prinsippene som ligger til grunn i styringsdokumentet for steg 1. Endringer i gjennomføringsmodellen kan kreve revidering av enkelte oppgaver og ansvar. De mest sentrale oppgavene til programstyret knytter seg til å:

- Balansere ulike interessenters behov
- Sikre nytte av investeringen, som samsvarer med Stortingets vedtak for gjennomføring av steg 2
- Gjøre strategiske veivalg og gi retning for realisering av tiltak i steg 2
- Vurdere mulighet for gevinstrealisering for sektoren som helhet, og vurdere avhengigheter, risiko og konsekvenser for aktørene
- Prioritere overordnet behovskø og leveranseplaner som legges frem for programstyret for tilslutning
- Sørge for aktiv forankring og nødvendig informasjonsflyt om programmets mål, planer og leveranser i egne linjer og til omgivelsene, i samarbeid med programmet for øvrig
- Bidra til effektiv fremdrift og gjennomføring av tiltak i steg 2

- Identifisere og fremskaffe nødvendige ressurser fra egen linje til representasjon og deltagelse i programmet og prosjekter

Programstyret for program digital samhandling består i dag av representanter fra Direktoratet for e-helse, Norsk helsenett SF og de regionale helseforetakene, representanter fra KS/kommuner, representanter fra fag- og profesjonsforeninger og fra fagmyndigheter. For steg 2 vil programmet vurdere også å inkludere representanter fra pasient- og brukerorganisasjoner. Programstyret vil være ansvarlig for både steg 1 og steg 2.

Programstyret for program pasientenes legemiddelliste består i dag av representanter fra Direktoratet for e-helse, Norsk helsenett SF og de regionale helseforetakene, representanter for endringseierne i KS/kommuner, representanter fra fag- og profesjonsforeninger, fra fagmyndigheter, samt en representant fra pasient- og brukerorganisasjoner. I tillegg har programmet vurdert det hensiktsmessig at andre aktører også kan gis representasjon, enten permanent eller i ulike faser. Dette gjelder særlig fag- og profesjonsforeninger, fagmyndigheter og/eller pasient- og brukerorganisasjoner.

Videre vil programmene styres av roller som er utstyrt med de nødvendige mandatene for å kunne ta effektive beslutninger. Det henvises til MSP- og Prince2-rammeverket for detaljerte beskrivelser av roller og ansvar i gjennomføringen av et program.

2.4.4.2 Ansvarsdeling mellom aktørene i program digital samhandling

Både de regionale helseforetakene, kommunene, fastlegene og andre avtalespesialister har en sentral rolle i realiseringen av steg 2 og i gjennomføringen av leveransestrømmene. Aktørenes mest sentrale ansvar og oppgaver er listet i Tabell 10.

Tabell 10 Overordnet ansvarsdeling mellom aktører i program digital samhandling

Aktør	Ansvar
<p>Direktoratet for e-helse</p>	<p>Ansvarlig for gjennomføring av programmet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ansvarlig for at satsingens mål og gevinster blir tilrettelagt for realisering i sektor og følger dette løpende gjennom satsingens levetid • Oppfølging av gevinstrealisering og rapportering • Tilrettelegge for kontinuerlig informasjon og kommunikasjon til sektor • Ansvarlig for å lede og gjennomføre forprosjekt steg 3, i tett samarbeid med sektor og Norsk helsenett SF • Rapporterte til Helse- og omsorgsdepartementet gjennom etatsstyringen på status, fremdrift og risiko. Dette skal gjøres i samarbeid med Norsk helsenett SF <p>Ansvarlig for avhengigheter og koordinering:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Koordinere avhengigheter i steg 2, avhengigheter utenfor steg 2 mot øvrige nasjonale initiativer og andre programmer som direktoratet eier (Eksempelvis felles språk og steg 1) • Koordinering mot sektor og avstemme mot nasjonal e-helseportefølje, nasjonal styringsmodell, veikart for nasjonale e-helseløsninger, nasjonal arkitekturstyring og standarder <p>Utøve myndighetsrolle gjennom å:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avklare og vurdere behov for og endringer av rettsgrunnlag og lovpålegg • Utføre aktiviteter for å normere nødvendige standarder

	<ul style="list-style-type: none"> • Ta ansvar for nasjonal arkitekturstyring, i samarbeid med Norsk helsenett SF og sektor
Norsk helsenett SF	<p>Etablering og modning av behovskø:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Løpende raffinere og modne behovskøen i tett dialog med relevante aktører • Etablere behovskø og legge frem behov for prioritering i programstyret <p>Utvikling, tilpasning og integrasjoner:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utvikling og testing i samarbeid med relevante aktører • Etablere nødvendige integrasjoner • Oppgradere eksisterende nasjonal infrastruktur • Koordinere teknisk tilrettelegging • Teknisk drift og forvaltning • Dokumentasjon og brukergodkjenning <p>Innføring:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Løpende tilrettelegging for utprøving av ny funksjonalitet • Løpende tilrettelegging for at aktører tar i bruk ny funksjonalitet • Forvalte og tilpasse kommunikasjonsmateriell og evt. kursmateriell fra utprøvingene, som er nødvendig for å sikre at brukerne kan ta løsningene i bruk • Sikre brukerstøtte/kontaktsenter i forkant av innføring. Driften av brukerstøtten/kontaktsenteret er ansett som en del av drift- og forvaltningsaktiviteter
Nasjonale myndigheter	<ul style="list-style-type: none"> • Setter krav og rammebetingelser knyttet til faglige retningslinjer • Avklare og vurdere behov for eller endringer av standarder, eksempelvis helsefaglig standard
Sektor (Kommunal helse- og omsorgssektor, De regionale helseforetakene, fastleger og andre avtalespesialister)	<p>Opplæring, utprøving og innføring</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sørge for kontinuerlig utprøving og innføring av løsninger • Det skal gjennomføres opplæring av helsepersonell som skal bruke løsningene. Opplæring og tilrettelegging tilpasses tjenesteområde og profesjon <p>Utvikling, tilpasning og tekniske forberedelser</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vurdere eksisterende systemer og løsninger og se på behovet for oppgradering av denne i forkant av at de tar i bruk nye løsninger • Etablere nødvendige integrasjoner • Oppgradere eksisterende systemer og løsninger • Dialog med leverandører <p>Realisere nytte av løsningene</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etablere og følge opp realisering av nytte • Rapportere på oppnådde gevinster • Ta i bruk løsningene på en hensiktsmessig måte • Ved behov gjennomføre endringer i arbeidsprosesser for å maksimere nytte

2.4.4.3 Ansvarsdeling mellom aktørene i program pasientens legemiddelliste

De regionale helseforetakene, kommunene, fastlegene og avtalespesialister har en sentral rolle i realiseringen av pasientens legemiddelliste. Kommuner og helseforetak må utnevne ansvarlige for innføringen lokalt i sine virksomheter. Koordinering på tvers av virksomheter i innføringsområdet bør gjøres i allerede etablerte fora. Det eksisterer mange gode samhandlingsstrukturer som er egnet for å ivareta og sikre god koordinering og informasjon

til aktørene i helseforetaksområdene. Det vil være naturlig å benytte eksisterende strukturer, som for eksempel helsefelleskap, diginettverk, eller andre regionale samarbeidsfora mellom helseforetakene og kommunene, der disse fungerer godt.

Aktør	Ansvar
<p>Direktoratet for e-helse</p>	<p>Ansvarlig for gjennomføring av programmet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ansvarlig for at satsingens mål og gevinster blir tilrettelagt for realisering i sektoren, og følger opp dette løpende gjennom satsingens levetid • Oppfølging av gevinstrealisering og rapportering • Koordinere og bestille endringer i sentral forskrivningsmodul • Tilrettelegge for kontinuerlig informasjon og kommunikasjon til sektoren • Ta overordnede beslutninger om gjennomføring i samråd med programstyret • Rapporterte til Helse- og omsorgsdepartementet gjennom etatsstyringen på status, fremdrift og risiko. Dette skal gjøres i samarbeid med Norsk helsenett SF <p>Ansvarlig for avhengigheter og koordinering:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Koordinere avhengigheter på tvers av innføringsområder • Koordinere avhengigheter utenfor mellom innføringsområdene og mot øvrige nasjonale initiativer og andre programmer som direktoratet eier (Eksempelvis felles språk og steg 1) • Koordinering mot sektoren og avstemming mot nasjonal e-helseportefølje, nasjonal styringsmodell, veikart for nasjonale e-hesløløsninger, nasjonal arkitekturstyring og standarder ‘ <p>Utøve myndighetsrolle gjennom å:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avklare og vurdere behov for og endringer av rettsgrunnlag og lovpålegg • Utføre aktiviteter for å normere nødvendige standarder <p>Innføring</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avklare hvem som bør være pådriver for det kliniske endringsløpet på tvers av virksomhetene i innføringsområdet
<p>Norsk helsenett SF</p>	<p>Dataansvarlig for e-resept og kjernejournal</p> <p>Systemeier for Reseptformidler, Kjernejournal og SFM</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utvikling og testing i samarbeid med relevante aktører • Etablere nødvendige integrasjoner • Oppgradere eksisterende nasjonal infrastruktur • Dokumentasjon og brukergodkjenning <p>Driftsleverandør for Reseptformidleren, Kjernejournal og SFM</p> <ul style="list-style-type: none"> • Teknisk drift og forvaltning <p>Innføring:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pådriver for teknisk tilrettelegging med SFM • Koordinere teknisk tilrettelegging • Løpende tilrettelegging for utprøving av ny funksjonalitet • Løpende tilrettelegging for at aktører tar i bruk ny funksjonalitet • Forvalte og tilpasse kommunikasjonsmateriell og evt. kursmateriell fra utprøvingene, som er nødvendig for å sikre at brukerne kan ta løsningene i bruk • Etablere brukerstøtte/kontaktsenter i forkant av innføring. Driften av brukerstøtten/kontaktsenteret er ansett som en del av drift- og forvaltningsaktiviteter

<p>Sektor (Kommunal helse- og omsorgssektor, De regionale helseforetakene, fastleger og andre avtalespesialister)</p>	<p>Dataansvarlig for egne løsninger</p> <p>Opplæring, utprøving og innføring</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sørge for utprøving og innføring av løsninger • Gjennomføre opplæring av helsepersonell som skal bruke løsningene. Opplæring og tilrettelegging tilpasses tjenesteområdene og profesjonene <p>Utvikling, tilpasning og tekniske forberedelser</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etablere nødvendige integrasjoner • Oppgradere eksisterende systemer og løsninger • Dialog med egne leverandører <p>Realisere nytte av løsningene</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etablere og følge opp realisering av nytte • Rapportere på oppnådde gevinster • Ta i bruk løsningene på en hensiktsmessig måte • Ved behov, gjennomføre endringer i arbeidsprosesser for å maksimere nytten
<p>Apotek</p>	<p>Dataansvarlig for egne løsninger</p> <p>Opplæring, utprøving og innføring</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sørge for utprøving og innføring av løsninger • Gjennomføre opplæring av helsepersonell som skal bruke løsningene. Opplæring og tilrettelegging tilpasses tjenesteområdene og profesjonene <p>Utvikling, tilpasning og tekniske forberedelser</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etablere nødvendige integrasjoner • Oppgradere eksisterende systemer og løsninger • Dialog med egne leverandører <p>Realisere nytte av løsningene</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etablere og følge opp realisering av nytte • Rapportere på oppnådde gevinster • Ta i bruk løsningene på en hensiktsmessig måte • Ved behov, gjennomføre endringer i arbeidsprosesser for å maksimere nytte

2.4.4.4 Styring av leveransestrømmene i program digital samhandling

Programstyret vedtar mandatet for gjennomføringen av og innholdet i en leveransestrøm. Det bør utpekes en ansvarlig for hver leveransestrøm. Denne personen vil da være ansvarlig for å levere i henhold til krav og mål satt i styringsdokumentet for programmet. Eieren av en leveransestrøm vil være ansvarlig for å delegerer og følge opp fremdrift i henhold til behovskøen som er vedtatt av programstyret. En leveransestrøm kan organiseres ut ifra et samhandlingsområdene med tilhørende tiltak.

Programstyret har ansvaret for å beslutte prioriteringer og innholdet i leveransestrømmene. Det skal, så langt det er mulig, søkes konsensus rundt dette, basert på nyttestyring. I tilfeller der det ikke kan oppnås enighet, har programeier myndighet til å treffe endelig vedtak. Et slikt vedtak skal imidlertid fattes i et møte med programstyret, og vedtaket skal være kjent før det fattes.

2.4.4.5 Prosess og roller for endringshåndtering i leveransestrømmene

Programleder, med støtte fra programkontoret, er ansvarlig for å etablere og følge opp en prosess for endringsstyring i programmet og i leveransestrømmene. Dette er en løpende og operativ prosess i programmet, som leder til beslutninger om hvilke endringer i leveransestrømmene som godkjennes og ikke. Prosessen må ivareta behovet for å følge opp endringer som kan oppstå mange ulike steder og sikre at konsekvensen av en endring blir vurdert helhetlig.

Tabell 11 Prosess og roller for endringshåndtering i leveransestrømmene

Rolle	Ansvar
Programleder	<p>Ansvarlig for å etablere prosess for endringsstyring i programmet.</p> <p>Beslutter endringer innenfor sitt mandat.</p> <p>Løfter beslutninger om endring til programstyret.</p>
Programkontoret	<p>Følger opp prosessen for endringsstyring i programmet. Samler inn endringsanmodninger, og sikrer at alle prosjektledere og endringsansvarlig i programmet vurderer konsekvensen av endringen for sine områder.</p> <p>Vurderer kostnadskonsekvenser for programmet basert på egne analyser og innspill fra resten av aktørene i prosessen.</p> <p>Oppdaterer styringsdokumentasjon med godkjente endringer, og vedlikeholder programmets endringslogg.</p> <p>Sikrer at godkjente endringer kommuniseres til programstyret, eiere av leveransestrømmer, kommuner, KS, de regionale helseforetakene og Norsk helsenett SF.</p>
Programstyret	<p>Drøfter og beslutter endringer som løftes til programstyret. Programleder eller eier(e) av en leveransestrøm kan løfte saker og/eller behov for endringer. Dersom det er uenighet om endringen bør godkjennes, skal den løftes til programeier.</p> <p>Orienteres om relevante endringer som er godkjent av programleder.</p>
Programeier	<p>Konsulterer programstyret vedrørende vesentlige endringer der det er stor uenighet, og beslutter vesentlige endringer der det er stor uenighet om endringen bør godkjennes.</p>
Ansvarlig for leveransestrøm	<p>Hver leveransestrøm vil ha en ansvarlig. Ansvarlig for en leveransestrøm eskalere behov for endringer til programstyret.</p>
Nasjonal e-helseportefølje	<p>Orienteres om endringer som får konsekvenser for andre pågående programmer og prosjekter.</p>

2.4.4.6 Styring av prosjektene i program pasientenes legemiddelliste

Programstyret for pasientens legemiddelliste vedtar mandat og rammer for gjennomføring av de underliggende prosjektene, i henhold til vedtatte føringer fra departementet.

Programstyret beslutter hovedleveranser for Sentral Forskrivningsmodul, der prosjektstyret til Sentral Forskrivningsmodul følger opp den enkelte leveransen. Det er eksempelvis tatt en beslutning om først å tilby et grensesnitt til de regionale helseforetakene, deretter brukergrensesnitt for fastlegene og deretter brukergrensesnitt for pleie- og omsorgstjenesten.

Programstyret beslutter også oppstart av nye innføringsområder. Det forutsetter at leverandørene i området og aktørene i området er klare for innføring, i tillegg til at

programmet forplikter seg til å følge opp området, med de økonomiske forpliktelsene det medfører.

2.4.4.7 Prosess og roller for endringshåndtering i program pasientens legemiddelliste

Programleder, med støtte fra programkontoret, er ansvarlig for å etablere og følge opp en prosess for endringsstyring i programmet og prosjektene. Dette er en løpende og operativ prosess i programmet, som leder til beslutninger om hvilke endringer i leveransene i prosjektene som godkjennes og ikke. Prosessen må ivareta behovet for å følge opp endringer som kan oppstå mange ulike steder, og sikre at konsekvensen av en endring blir vurdert helhetlig.

Tabell 12 Prosess og roller for endringshåndtering i program pasientens legemiddelliste

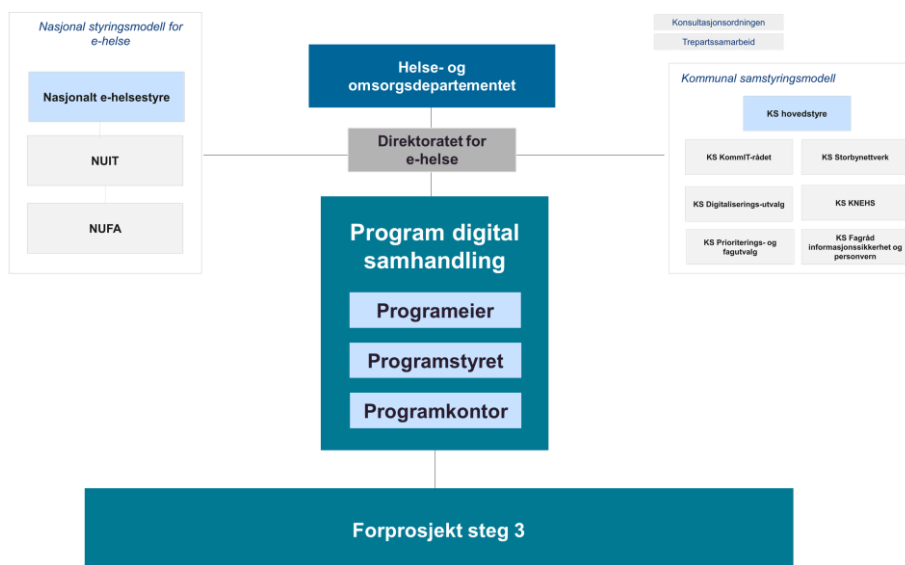
Rolle	Ansvar
Programleder	Ansvarlig for å etablere prosess for endringsstyring i programmet. Beslutter endringer innenfor sitt mandat. Løfter beslutninger om endring til programstyret.
Programkontoret	Følger opp prosessen for endringsstyring i programmet. Samler inn endringsanmodninger som oppstår, og sikrer at alle prosjektledere og endringsansvarlig i programmet vurderer konsekvensen av endringen for sine områder. Vurderer kostnadskonsekvenser for programmet basert på egne analyser og innspill fra resten av aktørene i prosessen. Oppdaterer styringsdokumentasjon med godkjente endringer, og vedlikeholder programmets endringslogg. Sikrer at godkjente endringer kommuniseres til programstyret, eiere av leveransestrømmer, kommuner, KS, de regionale helseforetakene og Norsk helsenett.
Programstyret	Drøfter og beslutter endringer som løftes til programstyret. Programleder eller prosjektstyrene kan løfte saker og/eller behov for endringer. Dersom det er uenighet om endringen bør godkjennes, skal den løftes til programeier. Orienteres om relevante endringer som er godkjent av programleder.
Programeier	Konsulterer programstyret vedrørende vesentlige endringer der det er stor uenighet, og beslutter vesentlige endringer der det er stor uenighet om endringen bør godkjennes.
Prosjektstyret	Drøfter og beslutter endringer som er innenfor prosjektets mandat for gjennomføring av leveranser. Dersom endringene går utover prosjektstyrenes mandater, eskaleres dette til programstyret.
Prosjektleder	Melder inn endringsanmodninger fra sitt prosjekt og begrunnelsen for disse til prosjektstyret. Vurderer konsekvensen for sitt prosjekt av endringsanmodninger som kommer inn fra andre. Der prosjektet har etablert avtaler og samarbeid med prosjekter og/eller forvaltningsmiljøer utenfor programmet, er prosjektleder ansvarlig for å vurdere konsekvenser for disse aktørene og kommunisere godkjente endringer til disse aktørene der det er relevant.
Nasjonal e-helseportefølje	Orienteres om endringer som får konsekvenser for andre pågående programmer og prosjekter.

2.4.5 Programmenes bruk av den nasjonale styringsmodellen

Programmer og prosjekter av nasjonal betydning rapporteres inn i den nasjonale e-helseporteføljen. Både program pasientens legemiddelliste og program digital samhandling er en del av den nasjonale e-helseporteføljen i dag.

Den nasjonal e-helseportefølje gir deltakerne i den nasjonale styringsmodellen en mulighet til å få en oversikt over hva som pågår på nasjonalt nivå, herunder hva steg 2 må ta hensyn til. Rapporteringen til nasjonal e-helseportefølje kommer i tillegg til programmene eller prosjektenes styringslinje, og skal sikre koordinering og samordning av viktige tiltak i helse- og omsorgssektoren.

Programmene vil kunne ha flere leveranser som er av en slik karakter at disse skal behandles i nasjonale råd og utvalg i tillegg til i programstyrene. Det vil eksempelvis være problemstillinger av strategisk eller prinsipiell karakter som vil ha påvirkning utover det ene programmet eller prosjektet, som da bør behandles i styringsmodellen. Et eksempel på en slik problemstilling, er spørsmålet om arkitekturprinsippet «sentral lagring» som er aktualisert gjennom program digital samhandling. En anbefaling om et slikt prinsipp vil være førende også for andre tiltak på e-helseområdet og går derfor utover programstyrets mandat. Det må derfor drøftes i nasjonal styringsmodell, og ikke bare i programstyret. Et annet eksempel vil være løsningsomfang for steg 3, som vil være en problemstilling av strategisk karakter og vil ha påvirkning utover program digital samhandling. Program digital samhandling vil derfor bruke den nasjonale styringsmodellen i styringen av Forprosjektet for steg 3, som skissert i Figur 10.



Figur 10 Overordnet styring av forprosjekt steg 3 og bruk av nasjonal styringsmodell

Det er etablert en rekke nasjonale styrer og utvalg¹⁵ som skal bidra til sterkere styring av IKT-utviklingen og som skal gi råd og anbefalinger til helse- og omsorgssektoren. Den nasjonale

¹⁵ [Styrer og utvalg - ehelse](#)

styringsmodellen består av Nasjonalt e-helseråd (E-helserådet), NUIT (Prioriteringsutvalget) og NUFA (Fagutvalget).

Programmene skal benytte seg av rådene og utvalgene systematisk og i henhold til formål i programperioden. Behandling av saker i nasjonale styrever og utvalg versus programstyret vil ha *ulik vinkling og innretning*, avhengig av mandatene som ligger til grunn.

Programmene skal legge opp til en forutsigbar og transparent prosess for hvilke styrever og utvalg som behandler hvilke saker. Programmet skal utarbeide en årlig plan for programmets bruk av nasjonale fora og utvalg, som legges frem for programstyret til orientering.

Direktoratet for e-helse vil være ansvarlig for at programmene benytter seg av den nasjonale styringsmodellen.

2.4.6 Programmene bruk av KS sin samstyringsmodell

KS fremmer kommunesektorens interesser på digitaliseringsområdet og følger opp at nasjonale strategier og løsninger, lover og regler tilpasses kommunesektorens behov. Behovene defineres av kommuner og fylkeskommuner gjennom samstyringsorganer. Det er etablert følgende samstyringsorganer: KommIT-rådet, Digitaliseringsutvalget, KS Fag- og prioriteringsutvalg, Fagrådet for arkitektur og Fagrådet for Personvern og informasjonssikkerhet, der KommIT-rådet er øverste organ. Disse gir sine innspill til KS' strategi- og interessepolitikk. Fagrådene og digitaliseringsutvalget gir innspill på prosjekt- og programnivå.

Programmene skal involvere KS og benytte seg av rådene og utvalgene ved behov for forankring med kommunesektoren. Programmene skal legge opp til en forutsigbar og transparent prosess for involvering av KS og kommunesektoren. For å realisere steg 2 og legge til rette for ibruktakelse av funksjonalitet, er programmene avhengige av et godt samarbeid med KS og kommunene. Direktoratet for e-helse er ansvarlig for at programmene legger til rette for et samarbeid med KS og bruk av denne samstyringsmodellen.

2.4.7 Strategi for oppslutning og deltakelse

Kapitel 2.1 peker på flere områder som medfører en risiko for at gevinster ikke blir realisert og at målene ikke nås. Blant annet at det er det frivillig å ta i bruk løsningene, og investeringene tas ofte andre steder enn der nytten faller. Forprosjektet har derfor lagt vekt på å vurdere virkemidler for å sikre ibruktakelse av løsningene i steg 2.

Det vil være behov for å bruke ulike virkemidler for tiltakene i samhandlingsområdene i steg 2, og for de ulike aktørene som er involvert. Aktører som får stor nytte og bærer små eller ingen kostnader ved ibruktakelsen av en løsning, vil ha naturlige insentiver til å ta løsningen i bruk. Overfor disse vil det ikke være behov for like sterke insentiver, utover at løsningene gjøres tilgjengelig og at det gis støtte og veiledning ved innføringen av løsningene. Noen av virkemidlene vil kunne initieres av programmene, mens andre virkemidler vil ligge utenfor programmene handlingsrom.

Eksempler på virkemidler for å øke oppslutningen som programmene rår over:

- Aktivt bruk av utprøving som etablerer ambassadører for å lykkes med innføring
- Forankring og involvering, for å sikre at løsningene ivaretar helsepersonell sine behov
- Etablere intensjonsavtaler med brukere av pasientens legemiddelliste
- Dra nytte av eksisterende nettverk og fora for samarbeid

- Formell deltakelse og medbestemmelse fra brukerne av steg 2 i gjennomføringen av programmet.
- Bruk av nasjonale innføringsprosjekter for å støtte og veilede regionale/lokale innføringsprosjekter.
- Forankring og sektorinvolvering gjennom den nasjonale styringsmodellen for e-helse
- Forankring og sektorinvolvering gjennom kommunal styringsmodell
- Kommunikasjonsarbeid med fokus på å engasjere og dele gode erfaringer og viktigheten av tiltakene for å bedre pasientsikkerheten.

Økonomiske virkemidler

Økonomiske virkemidler for å sikre økt oppslutning ligger utenfor programmenes handlingsrom. Noen av de økonomiske virkemidlene, som finansieringsmodellen for steg 2, vil være avklart før oppstart av gjennomføringen, og vil ligge som en rammebetingelse. Andre økonomiske virkemidler er det opp til kommunene eller staten ved Helse- og omsorgsdepartementet å beslutte. Mulige økonomiske virkemidler:

- Staten bidrar med finansiering av steg 2, som vil gi en lavere kostnad for sektoren
- Etablere insentivordninger der kommunene eller staten belastes kostnadene. Eksempelvis kan det være aktuelt å vurdere en kompensasjonsordning til fastlegene for opprettelsen av pasientens legemiddelliste.

Juridiske virkemidler

Juridiske virkemidler for å sikre økt oppslutning ligger utenfor programmenes handlingsrom. For å få økt oppslutning rundt tiltakene i steg 2 kan et av virkemidlene være å pålegge tilgjengeliggjøring av løsninger og funksjonalitet i de enkelte helsevirksomhetene. Eksempelvis kan det å pålegge plikt til å oppdatere den sentrale legemiddellisten, ved å iverksette forskriften om meldeplikt, føre til en raskere utbredelse av pasientens legemiddelliste.

Pågående lovarbeid om endringer i pasientjournalloven som skal gi hjemmel for å fastsette forskrifter om plikt til å ta i bruk og betale for de nasjonale e-helseløsningene, vil sannsynligvis ha betydning for oppslutningen om steg 2. Det vil eksempelvis kunne føre til en raskere ibruktakelse av kjernejournal, som er en forutsetning for kritisk informasjon og dokumentdeling.

Et eksempel på hvordan nytten og kostandene tilfaller ulike aktører, er utprøving av dokumentdeling, hvor man har sett at kommunene har hatt høy nytte av løsningene, mens det er helseforetakene som i stor grad bærer kostnadene. Her kan det være behov for sterkere styringsvirkemidler, for å sikre at helseforetakene prioriterer dokumentdeling slik at gevinster realiseres. Helse- og omsorgsdepartementet kan gjennom eierstyringen gi instruks til helseforetakene om å dele dokumenter og kritisk informasjon. Overfor kommunene vil det antagelig ikke være nødvendig å iverksette virkemidler, utover det nasjonale innføringsprosjektet for å støtte innføringen av kjernejournal, da kostnadene for kommunene vil være lave sammenlignet med nytten de får av disse tiltakene.

Det sentrale styringsdokumentet for Akson (vedlegg O) pekte på virkemidler som knyttet seg til samordning, arkitektur og standardisering. Det ble anbefalt en rekke funksjonelle og semantiske krav, samt tekniske krav til journalløsningene, for aktører i helse- og omsorgstjenesten. Flere av disse kravene er aktuelle for steg 2, og en innføring av kravene

vil kunne føre til økt oppslutning om steg 2, i tillegg til at det vil sikre at aktørene vil samhandle på tvers på en effektiv måte.

Det kan være aktuelt å stille normerende krav, f.eks til bruk av standarder. Direktoratet for e-helse kan utarbeide veiledere, retningslinjer og anbefalinger, mens obligatoriske krav knyttet til forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger og kjernejournalforskriften må utarbeides av helse- og omsorgsdepartementet, se også vedlegg I.

2.4.8 Strategi for styring av usikkerhet

3 Prosjektstyringsbasis

3.1 Arbeidsomfang

Dette kapittelet gir en beskrivelse av samhandlingsområdene og de aktivitetene som er nødvendig for å gjennomføre steg 2 innenfor følgende områder:

- Dokumentdeling
- Kritisk informasjon
- Datadeling for digital hjemmeoppfølging
- Pasientens legemiddelliste

I tillegg skal det som en del av programmet for digital samhandling gjennomføres et forprosjekt for steg 3.

For mer detaljert beskrivelse av omfanget henvises det til vedlegg H Omfang.

3.1.1 Arbeidsomfang program digital samhandling

3.1.1.1 Dokumentdeling

Innbyggere vil, som en del av den offentlige helse- og omsorgstjenesten, ha registrert helseinformasjon om seg hos mange aktører både i primær- og spesialisthelsetjenesten. I dag er det en utfordring at helseinformasjon som er registrert hos andre virksomheter, ofte ikke er tilgjengelig for helsepersonell som behandler pasienten.

Informasjonstjenesten journaldokumenter i målbildet for helhetlig samhandling gjøres tilgjengelig via grensesnitt i kjernejournal, slik at helsepersonell, gjennom egen journalløsning kan slå opp i dokumenter som er lagret hos andre aktører.

Dette er en realisering av målarkitektur for nasjonal dokumentdeling og en videreføring av tidligere utprøving av løsningen i Helse Sør-Øst og Helse Nord.

Kostnadsområder for sentrale utvikling- og innføringsaktiviteter

Prosjektledelse

Aktivitetene omfatter ledelse og administrasjon.

Opgaver vil blant annet være:

- Drive arbeidet med å avklare hvilke(t) samarbeidsområde(r) aktørene i helse- og omsorgssektoren skal være en del av, samt hvilke dokumenter disse skal dele

<p>Utviklingsaktiviteter, tilpasninger og integrasjoner</p>	<p>Dokumentdeling har vært under utprøving, og videre innføring vil kunne medføre tilpasninger og videreutvikling.</p> <p>Oppgaver vil blant annet være:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etablere integrasjoner mellom nye koblingspunkter og det nasjonale koblingspunktet, deriblant konfigurering av det nasjonale koblingspunktet • Oppgradere løsning mot Helsenorge som sikrer at innbyggere også får tilgang til dokumenter fra nye aktører • Oppgradere eksisterende nasjonal infrastruktur for å kunne håndtere økt antall konsumenter og produsenter • Sikre at integrasjonene mellom aktørenes journalløsninger og kjernejournal tilfredsstiller krav i sikkerhetsmodellen • Sikre at aktørene kan samhandle semantisk ved å mappe dokumenttyper og dokumentkategorier • Innføre kjernejournal for resterende aktører i kommunal helse- og omsorgstjeneste (PLO) som ikke har tilgang på dette per 2022 • Sikre teknisk drift og forvaltning hos NHN når nye aktører deler dokumenter • Teste, dokumentere og godkjenne nye aktører i den nasjonale løsningen
<p>Innføringsaktiviteter</p>	<p>Her inngår arbeid med innføringsaktiviteter, kommunikasjonsaktiviteter, koordinering, opplæring, og tekniske forberedelser. Oppgaver vil blant annet være:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Drive arbeidet med å innføre nye aktører, både de som skal dele og de som skal få tilgang. Dette innebærer blant annet avtaler om bruksvilkår, rutiner for drift og forvaltning, mv. • Tilrettelegge for at resterende aktører i kommunal helse- og omsorgstjeneste som får tilgang til kjernejournal, får opplæring i bruk og tilrettelagt sine arbeidsprosesser til dette. • Forvalte og tilpasse kommunikasjonsmateriell og evt. kursmateriell fra utprøvingene, som er nødvendig for å sikre at brukerne kan ta løsningene i bruk • Etablere brukerstøtte/kontaktsenter i forkant av innføring. Driften av brukerstøtten/kontaktsenteret er ansett som en del av drift- og forvaltningsaktivitetene til NHN.
<p>Kostnadsområder for lokale utviklings- og innføringsaktiviteter</p>	
<p>Prosjektledelse</p>	<p>Omfatter lokal og regional prosjektledelse. Vurderingene som her presenteres er generiske for å gi et samlet anslag på hva som kreves av virksomhetene for å ta i bruk og realisere gevinster av løsningene.</p>
<p>Opplæring og tilrettelegging</p>	<p>Det skal gjennomføres opplæring av helsepersonell som skal bruke løsningene. Opplæring og tilrettelegging tilpasses tjenesteområde og profesjon.</p> <p>Oppgavene innebærer blant annet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sikre at aktører som får mulighet til å konsumere dokumenter, får tilrettelagt arbeidsprosessene sine for dette • Sikre at helsepersonell hos aktører som skal dele dokumenter, har forstått hvilke dokumenter som vil bli tilgjengelig for deling og hvilke som ikke vil bli det, både for innbygger og annet helsepersonell • Sikre at rutiner og prosesser for drift og forvaltning, inkl. ansvarsfordeling etableres (for at de ulike aktørene skal kunne dele)
<p>Lokal infrastruktur og tekniske forberedelser</p>	<p>Hver virksomhet må vurdere sin eksisterende infrastruktur og se på behovet for oppgradering av denne i forkant av at de tar i bruk nye løsninger. Oppgaver vil blant annet være:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Sikre at integrasjonene mellom aktørenes journalløsninger og kjernejournal tilfredsstillende krav i sikkerhetsmodellen • Etablere infrastruktur for samarbeidsområdene. Det kan være dokumentlager, dokumentregister og samhandlingskomponent (koblingspunkt/XCA) • Gjennomføre nødvendige tilpasninger i lokale journalløsninger • Etablere standardiserte grensesnitt for dokumentdeling mellom lokal journalløsning og infrastruktur i samarbeidsområdet • Etablere kjernejournal for resterende aktører i kommunal helse- og omsorgstjeneste som ikke har tilgang på dette per 2022
--	---

3.1.1.2 Kritisk informasjon

Kritisk informasjon er helseopplysninger om pasienten som det er viktig å kjenne til for å kunne gi en god og sikker helsehjelp. Dette er informasjon som i en behandlingssituasjon, eller ved en undersøkelse, kan medføre at planlagte tiltak endres, og kanskje redder pasientens liv eller forhindrer alvorlig skade. Kritisk informasjon om pasienten blir i dag ofte ikke oppdatert i nasjonal kjernejournal, og helsepersonell kan derfor ikke være sikker på at de har oversikt over all registrert kritisk informasjon. Ved bruk av webapplikasjonen «kjernejournal portal» synkroniseres ikke kritisk informasjon med journalløsningene til helsepersonellet, og helsepersonell må registrere kritisk informasjon både i egen journalløsning og i kjernejournalen.

Informasjonstjenesten kritisk informasjon i målbildet for helhetlig samhandling, gjøres tilgjengelig via grensesnitt i kjernejournalen, slik at helsepersonell gjennom egen journalløsning kan endre eller dele kritisk informasjon som lagres i nasjonal kjernejournal.

Kostnadsområder for sentrale utvikling- og innføringsaktiviteter	
Prosjektledelse	Omfatter ledelse og administrasjon. Oppgaver vil blant annet være: <ul style="list-style-type: none"> • Utføre aktiviteter for å få normert en omforent standard for kritisk informasjon • Prosjektledelse og støttefunksjon
Utviklingsaktiviteter, tilpasninger og integrasjoner	Grensesnittet for kritisk informasjon er utviklet og vil bli prøvd ut frem til 2023. Erfaringene fra dette og resultatet av GAP-analysen i steg 1, vil danne grunnlag for eventuelle behov for justeringer og tilpasninger. Oppgaver vil blant annet være: <ul style="list-style-type: none"> • Justere og konfigurere API, både før oppstart av nasjonal bredding og underveis ved behov • Evt. justere datamodellen i kjernejournal • Evt. justere sikkerhetsmodellen i kjernejournal • Etablering av rutiner for oppfølging av feil og mangler
Innføringsaktiviteter	Her inngår arbeid med innføringsaktiviteter, kommunikasjonsaktiviteter, koordinering, opplæring, og tekniske forberedelser. Oppgaver vil blant annet være <ul style="list-style-type: none"> • Utarbeide kommunikasjonsmateriell og evt. kursmateriell som er nødvendig for å sikre at brukerne kan ta løsningene i bruk • Drive arbeidet med å innføre nye aktører. Dette innebærer blant annet avtaler om bruksvilkår, rutiner for drift og forvaltning, mv.
Kostnadsområder for lokale utvikling- og innføringsaktiviteter	

Prosjektledelse	Omfatter lokal og regional prosjektledelse. Vurderingene som her presenteres er generiske for å gi et samlet anslag på hva som kreves av virksomhetene for å ta i bruk og realisere gevinster av løsningene.
Opplæring og tilrettelegging	Det skal gjennomføres opplæring av helsepersonell som dele kritisk informasjon. Opplæring og tilrettelegging tilpasses tjenesteområde og profesjon. <ul style="list-style-type: none"> • Tilpasse arbeidsprosesser lokalt for å sikre at kritisk informasjon kan endres og deles i kjernejournal • Etablere rutiner lokalt for oppfølging av feil og mangler
Lokal infrastruktur og tekniske forberedelser	Hver virksomhet må vurdere sin eksisterende infrastruktur og se på behovet for oppgradering av denne i forkant av at de tar i bruk nye løsninger. Oppgaver vil blant annet være: <ul style="list-style-type: none"> • Tilpasse kliniske fagsystemer når API skal tas i bruk, både informasjonsmodell og at de støtter HelseID. • Integre klinisk fagsystem med API for kritisk informasjon

3.1.1.3 Datadeling for digital hjemmeoppfølging

Det mangler i dag tjenester som kan støtte datadeling på tvers av ulike journalløsninger og kliniske fagsystemer i helse- og omsorgssektoren. Innenfor digital hjemmeoppfølging har dette behovet kommet tydelig frem. Tjenestene for datadeling defineres fortløpende gjennom utprøvningsaktiviteter i sektoren innenfor Nasjonalt velferdsteknologiprogram, men med sikte på at de også kan benyttes for andre områder.

Nasjonalt velferdsteknologiprogram vil vare ut 2024, med en målsetting om at det gjennom programperioden etableres varige strukturer som ivaretar at prioriterte samhandlingsbehov bli realisert fortløpende. Program digital samhandling må ivareta realiseringen av behovene gjennom utvikling av nasjonale tjenester og tilhørende normeringsaktiviteter.

Samhandlingsområdet vil videre danne grunnlag for en raskere realisering av en rekke behov innenfor informasjonstjenestene *Plan, Rapportering helsefag (Egenrapportering/Skjema), Undersøkelser, målinger og funn, Målinger fra medisinsk utstyr (Måledata), Klinisk oppsummering (Oppsummeringer) og Tjenester, ytelser og hjelpemidler (Tjenester)* i målbildet for helhetlig samhandling.

Kostnadsområder for sentrale utviklingsaktiviteter	
Prosjektledelse	Omfatter ledelse og administrasjon av prosjektet. Oppgaver vil blant annet være: <ul style="list-style-type: none"> • Avklare om data fra digital hjemmeoppfølging skal lagres sentralt eller distribuert. • Etablere avtale- og forvaltningsregime for tjenesten som utvikles
Utviklingsaktiviteter og tilpasninger	Oppgaver vil blant annet være: <ul style="list-style-type: none"> • Utvikling og testing av tjenester for datadeling • Etablere felles forståelse for overliggende logiske informasjonsmodeller, gjennomføre normeringsaktiviteter og utarbeide normerende produkter som veiledere og anbefalinger for deling av data fra digital hjemmeoppfølging

3.1.1.4 Andre kostnader for program digital samhandling

Sentrale programaktiviteter	
Programledelse	<p>Omfatter ledelse og administrasjon av programmet og nødvendig ekstern kvalitetssikring.</p> <p>Bemanningen kan omfatte programledere, programkontor, planressurser, analyse, kost/nytte/gevinstrealisering, finansiering, helsefaglig ledelse, juridiske ressurser og arkitekter på ledernivå. På grunn av omfanget er det antatt behov for ekstern kvalitetssikring og tredjepartsvurderinger. Det er antatt at behovet er størst i innledende faser.</p>
Forprosjekt steg 3	<p>Forprosjektet skal legge til grunn ambisjonsnivået for helhetlig samhandling slik det er beskrevet i konseptvalgutredningen og videre bearbeidet i forprosjektet for steg 2.</p> <p>Forprosjektet skal, sammen med sektor, fortsette arbeidet med å stykke opp målbildet i håndterbare «arbeidspakker», som legges i en kø som definerer neste steg av helhetlig samhandling.</p> <p>Forprosjektet må vurdere om det er behov for å justere styringsmodellen som ligger til grunn fra forprosjektet for steg 2,</p> <p>Leveransen fra forprosjektet må være av en slik kvalitet at det kan gjennomgå en KS2 i tråd med Statens prosjektmodell.</p>

3.1.1.5 Mulige forenklinger (kuttliste)

Tabellene under gir en oversikt over mulige forenklinger som programmet kan vurdere dersom det blir nødvendig for å holde seg innenfor styringsrammen. Dersom programmet må vurdere forenklinger må det gjøres gjennom prosessen for å håndtere endringer som er beskrevet i kapittel XX.

Dokumentdeling

Innføre dokumentdeling fra avtalespesialister	
Begrunnelse	Selv med en vellykket utprøving vil det være mange ulike avtalespesialister med tilhørende systemer som skal innføre dokumentdeling. Nyttrealiseringen vil ta tid.
Konsekvens for kostnader	Det vil være kostnader knyttet til å innføre og integrere med avtalespesialistenes systemer. Det er i dag mange avtalespesialister noe som driver kostnadene.
Konsekvens for nytte	Dokumentdeling fra avtalespesialistene forventes å gi positiv nytte for både kommuner, fastleger, helseforetak og innbygger. Dette er aktører som behandler mange pasienter og informasjonen som finnes i deres dokumentasjon vil kunne ha stor nytte for flere enn de som mottar informasjonen som faste mottakere.

Innføre dokumentdeling fra legevakt og ØHD/KAD	
Begrunnelse	Selv med en vellykket utprøving vil det være mange ulike legevakter og ØHD/KAD-enheter med tilhørende systemer som skal innføre dokumentdeling. Nyttrealiseringen vil ta tid.

Konsekvens for kostnader	Det vil være kostnader knyttet til å innføre og integrere med legevaktene og ØHD/KAD-enhetene sine systemer. Antallet legevakter og /ØHD/KAD er med å drive kostnadene.
Konsekvens for nytte	Dokumentdeling legevakt og ØHD/KAD forventes å gi positiv nytte for både kommuner, fastleger, helseforetak og innbygger. Dette er aktører som behandler mange pasienter og informasjonen som finnes i deres dokumentasjon vil kunne ha stor nytte for flere enn de som mottar informasjonen som faste mottakere. Det dreier seg om pasienter med nyoppståtte og ulike grader av akutte tilstander der andre tjenestesteder i kjeden vil ha nytte av hva slags vurderinger som er gjort, spesielt nylig.

Kritisk informasjon

Sykehjem og ØHD/KAD prøver ut og tar i API for kritisk informasjon	
Begrunnelse	Det antas at sykehjem og ØHD/KAD i mindre grad registrerer kritisk informasjon enn spesialisthelsetjenesten (inkludert avtalespesialistene) og fastlegene.
Konsekvens for kostnader	Det vil være kostnader knyttet til opplæring av helsepersonell og integrere API for kritisk informasjon med systemene.
Konsekvens for nytte	Det registreres noe kritisk informasjon i sykehjem og ØHD/KAD som kan være nyttig for andre behandlere å se. For eksempel så registrerer sykehjemmene informasjon om begrensning i livsforlengende behandling. Dette antas å være relativt få pasienter, men vil være viktig for de det gjelder.

Datadeling for digital hjemmeoppfølging

Videreutvikle tjenestene for datadeling til å håndtere større grad av strukturert informasjon	
Begrunnelse	Å håndtere større grad av strukturert informasjon vil være viktig for å lykkes med målbildet for helhetlig samhandling på lengre sikt. Men det er i mindre grad viktig for å realisere målene i steg 2
Konsekvens for kostnader	En større grad av strukturering av data utløser utviklingskostnader
Konsekvens for nytte	Mer strukturert informasjon vil legge et bedre grunnlag for erfaringsdeling og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjeneste gjennom tilretteleggelse i markedet

3.1.2 Arbeidsomfang programmet Pasientens legemiddelliste

3.1.2.1 Pasientens legemiddelliste

Pasientens legemiddelliste er en oversikt som viser aktuelle legemidler, kosttilskudd og reseptfrie legemidler, samt legemiddelreaksjoner for en pasient. I tillegg inneholder den legens vurderinger og begrunnelser for sine valg og historisk legemiddelbehandling for de tre siste månedene. For pasienten innebærer dette at helsepersonell alltid skal være oppdatert på pasientens legemidler i bruk.

Helsepersonell mangler i dag en komplett oversikt over legemidler som pasienten har fått eller som inngår i planlagt behandling, men Pasientens legemiddelliste skal gjøres

tilgjengelig via grensesnitt i reseptformidleren og kjernejournal, slik at helsepersonell gjennom egen journalløsning eller en integrert applikasjon, som sentral forskrivningsmodul, kan endre eller dele legemiddelinformasjon som er lagret sentralt i reseptformidleren.

Samhandlingsområdet dekker flere behov under informasjonstjenesten *Legemidler og vaksiner* i målbildet for helhetlig samhandling.

Kostnadsområder for sentrale utvikling- og innføringsaktiviteter	
Programledelse	<p>Omfatter ledelse og administrasjon av programmet og nødvendig ekstern kvalitetssikring.</p> <p>Bemanningen omfatter blant annet program- og prosjektledere, programkontor, planressurser, analyse, kost/nytte/gevinstrealisering, finansiering, helsefaglig ledelse, juridiske ressurser og arkitekter på ledernivå. På grunn av omfanget er det antatt behov for ekstern kvalitetssikring og tredjepartsvurderinger. Det er antatt at behovet er størst i innledende faser.</p>
Utviklingsaktiviteter, tilpasninger og integrasjoner	<p>Oppgaver vil blant annet være:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utvikling, testing og utprøving av SFM • Videreutvikling og testing av e-Multidose
Innføringsaktiviteter	<p>Her inngår arbeid med innføringsaktiviteter, kommunikasjonsaktiviteter, koordinering, opplæring, og tekniske forberedelser. Oppgaver vil blant annet være</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ha jevnlig dialog og oppfølging av aktuelle EPJ-leverandører for å sikre utvikling av SFM-funksjonalitet i henhold til plan for nasjonal innføring av PLL • Videreutvikle kommunikasjonsmateriell og opplæringsmateriell som er nødvendig for å sikre at brukerne kan ta løsningene i bruk • Drive arbeidet med å avklare rekkefølge på innføringsområdene samt forberede aktørene i sektor på hva som må gjøres av forberedelser før innføring av PLL • Ha jevnlig dialog med aktuelle aktørgrupper for god informasjon og forankring • God dialog med viktige samarbeidspartnere for innføring av pasientens legemiddelliste

Kostnadsområder for lokale utvikling- og innføringsaktiviteter	
Prosjektledelse	<p>Omfatter lokal og regional prosjektledelse. Oppgavene innebærer blant annet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Koordinere innføringsaktiviteter (tekniske forberedelser, opplæring og tilrettelegging) for samtlige kommuner i ett innføringsområde • Koordinere innføringsaktiviteter (tekniske forberedelser, opplæring og tilrettelegging) for sykehusene i innføringsområdet • Prosjektledere må være bindeleddet mellom sentralt og lokale innføringsprosjekter
Lokal infrastruktur og tekniske forberedelser	<p>Hver virksomhet må sørge for oppgradering av eget EPJ-system med funksjonalitet for å kunne lese, endre og sende en PLL. Antall virksomheter som må oppgradere sine systemer er ca.: 1500 fastlegekontor, 1000 sykehjem, 1000</p>

	<p>apotek, 1500 avtalespesialister, 40 sykehus samt legevakt og ØHD/KAD i 356 kommuner.</p> <p>Oppgaver vil være, på aktørnivå:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avtale oppgradering av journalsystem med EPJ-leverandør • Oppgradere hardware ved behov • Gjennomføre oppgradering av journalsystem i god tid før innføring starter • Skaffe e-ID til helsepersonell som ikke har det
Opplæring og tilrettelegging	<p>Nasjonalt skal rundt 120 000 helsepersonell ta i bruk ny funksjonalitet ved innføring av pasientens legemiddelliste. Opplæring og tilrettelegging tilpasses virksomhet og profesjon. Oppgavene innebærer blant annet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oppdatere rutiner og arbeidsprosesser for ny legemiddelhåndtering • Opplæring i ny funksjonalitet i EPJ-systemet (for de fleste vil dette gjelde opplæring i SFM) • Opplæring i PLL samt ny arbeidsprosess
Oppfølging av bruk og gevinstrealisering	<p>Etter innføring av løsningen må bruk følges opp for å sikre at gevinster hentes ut.</p>

3.1.2.2 Mulige forenklinger (kuttliste)

Tabellene under gir en oversikt over mulige forenklinger som programmet kan vurdere dersom det blir nødvendig for å holde seg innenfor styringsrammen. Dersom programmet må vurdere forenklinger må det gjøres gjennom prosessen for å håndtere endringer som er beskrevet i kapittel XX.

Pasientens legemiddelliste	
Begrunnelse	Hvis realiseringen av pasientens legemiddelliste viser seg å være mer kostbart enn opprinnelig planlagt så vil innføringen i ytterligere innføringsområder stanses. Kuttlisten blir dermed innføringsområder – ikke enkeltaktører
Konsekvens for kostnader	Det vil være kostnader til prosjektledelse, infrastruktur og tekniske forberedelser og opplæring og tilrettelegging.
Konsekvens for nytte	Å stoppe pasientens legemiddelliste i innføringsområder vil redusere nytten for aktørene i det området. Det er viktigere å lykkes med samhandling i ett område med foreslåtte aktører fremfor å undergrave kvaliteten/tilliten og dermed verdien av legemiddellisten i sin helhet.

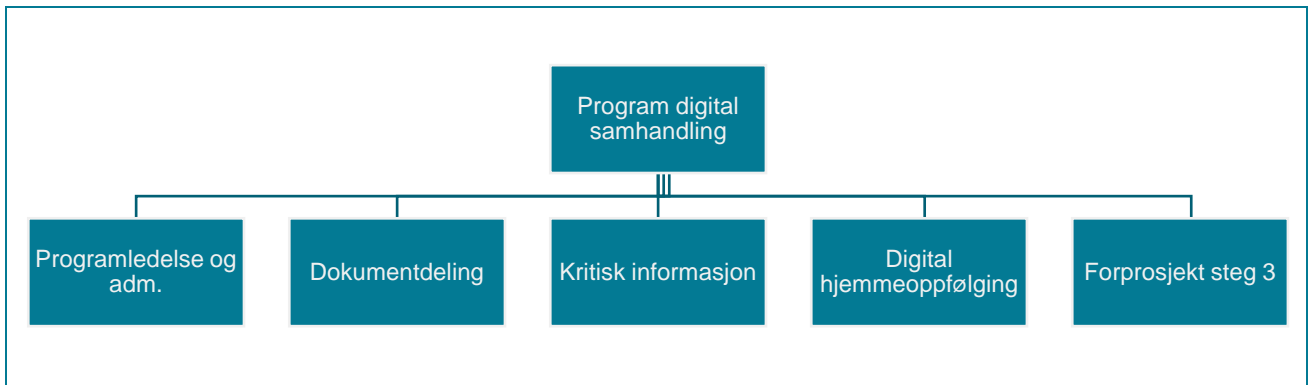
3.2 Risikovurdering

3.3 Prosjektnedbrytningsstruktur (PNS)

I dette delkapittelet beskrives foreløpige skisser til prosjektnedbrytningsstruktur (PNS) for programmet for digital samhandling og programmet for pasientens legemiddelliste.

3.3.1 Programmet digital samhandling

Program Digital Samhandling vil på overordnet nivå bestå av fire delprosjekter med en felles overliggende programledelse og administrasjon som illustrert i Figur 10.

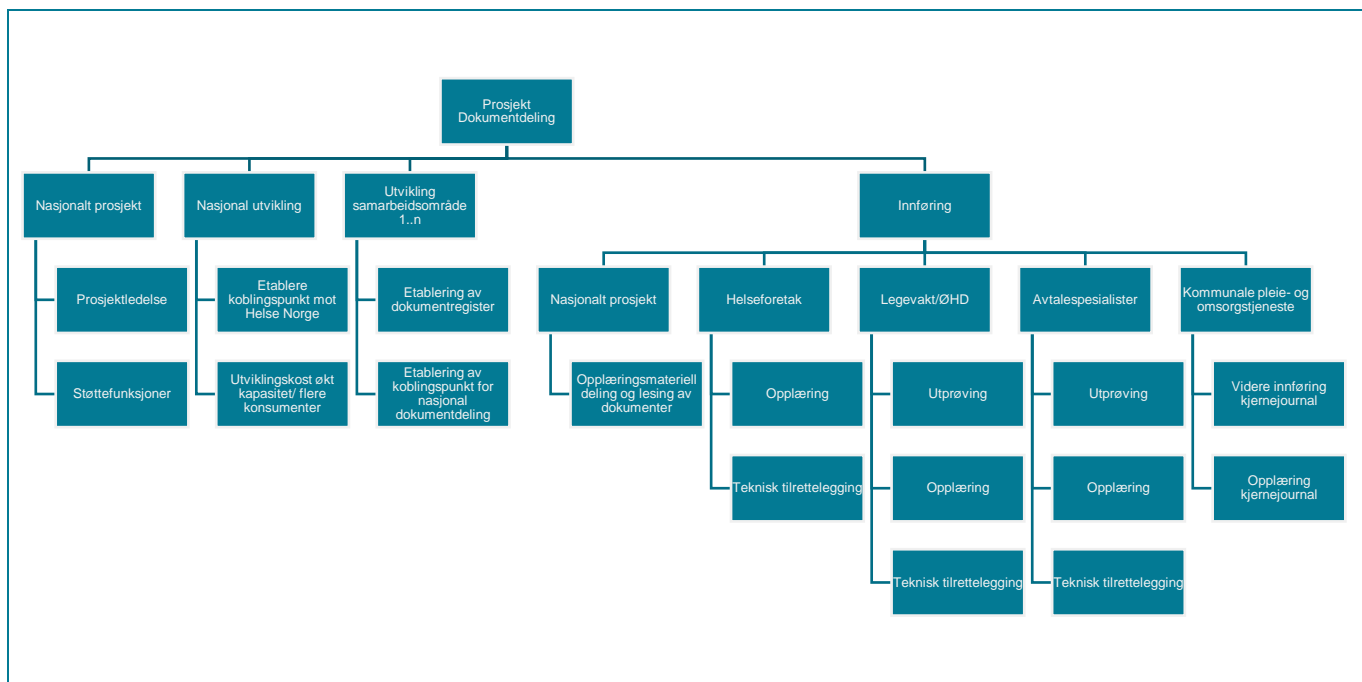


Figur 11 Overordnet PNS – Program digital samhandling

En beskrivelse av prosjektnedbrytningsstruktur for hovedprosjektene er gitt i det følgende.

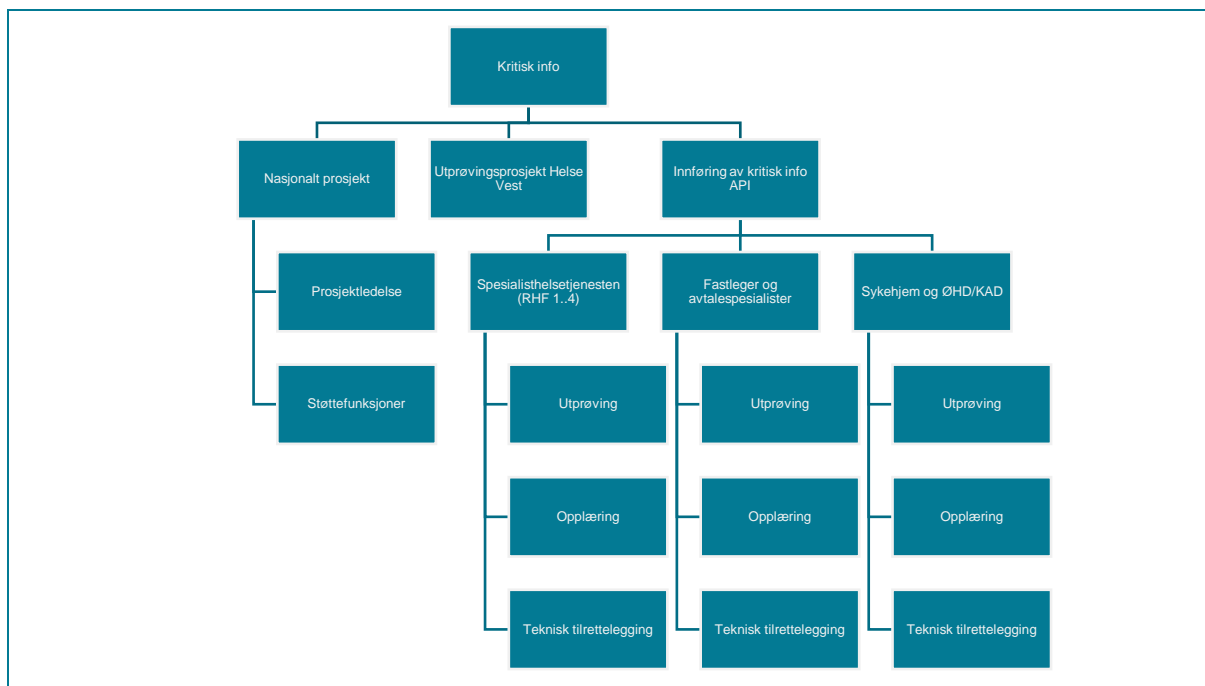
Dokumentdeling

En foreløpig skisse for prosjektnedbrytningsstruktur for prosjektet er vist i Figur 12 nedenfor. **Feil! Fant ikke referanseilden.** gir en kort beskrivelse av innholdet i prosjektnedbrytningsstrukturen.



Figur 12 Dokumentdeling - skisse til prosjektnedbrytningsstruktur.

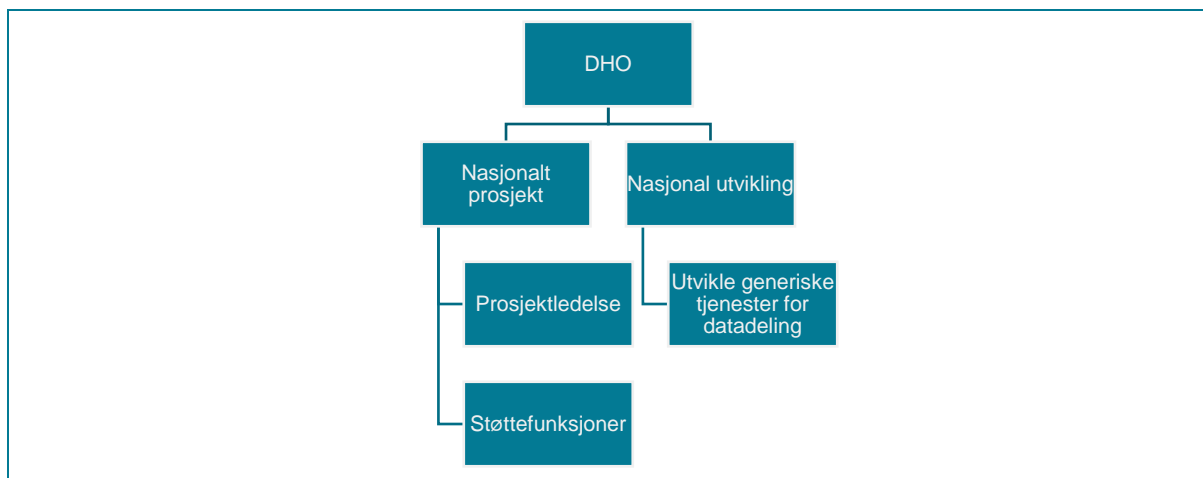
Kritisk informasjon



Figur 13 Kritisk informasjon – skisse til prosjektnedbrytningsstruktur.

Digital hjemmeoppfølging

En foreløpig skisse for prosjektnedbrytningsstruktur for prosjektet er vist i Figur 14.



Figur 14 Utpøring av datadeling for digital hjemmeoppfølging - skisse til prosjektnedbrytningsstruktur

3.3.2 Pasientens legemiddelliste

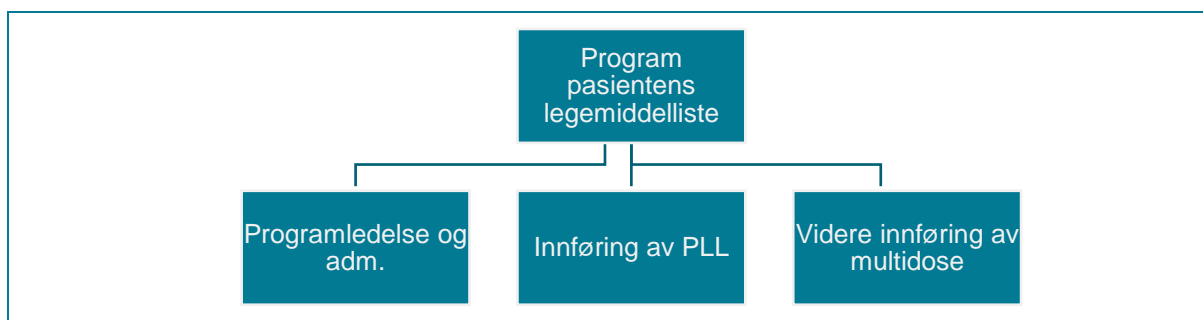
Pasientens legemiddelliste (PLL) er et konsept hvor det skal etableres en elektronisk oppdatert oversikt over relevante opplysninger om pasientens legemiddelbehandling.

Tiltaket peker på to nødvendige hovedoppgaver:

- Videreutvikle og innføre sentral forskrivningsmodul (Veikartfase: Tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten)
- Forberede og koordinere nasjonal innføringen av Pasientens legemiddelliste. (Veikartfase: Endring i virksomhetene)

Opgavene kan deles inn i 1) Nasjonal tilrettelegging og 2) Områdeprosjekter (lokal innføring). Nasjonal tilrettelegging omfatter styringen av det nasjonale innføringsprosjektet og aktiviteter som omhandler støttefunksjoner og utarbeidelse av opplæringsmateriell, kurs og brukerstøtte. Områdeprosjektene omfatter forberedelse, oppfølging, utpøring og gjennomføring av PLL i områdene. Det er totalt 19 områder.

Figur 15 gir en overordnet skisse til PNS for PLL-tiltaket. Hvert område utgjør en styringspakke.



Figur 15 Pasientens legemiddelliste – skisse til prosjektnedbrytningsstruktur.

3.4 Kostnadsoverslag, budsjett og investeringsplan

3.5 Gevinstrealiseringsplan

3.6 Fremdriftsplan

3.7 Kvalitetssikring

4 Samfunnsøkonomisk lønnsomhet

5 Referanser

1. **Direktoratet for e-helse.** *Konseptvalgutredning Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste.* s.l. : Direktoratet for e-helse, 2018.
2. —. *Sentralt styringsdokument - Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning .* 2020.
3. **Helse- og omsorgsdepartementet.** *Meld. St. 9 (2012-2013) Én innbygger - én journal.* Oslo : Helse- og omsorgsdepartementet, 2012.
4. —. *Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt ovenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten.* 01 07 2013.
5. **Statistisk sentralbyrå.** *Kommunale helse- og omsorgstjenester 2016 - Statistikk om tjenester og tjenestemottakere.* 14 08 2017. ISBN 978-82-537-9591-1.
6. **Helse- og omsorgsdepartementet.** *Meld. St. 9 (2012-2013) Én innbygger – én journal.* Oslo : Helse- og omsorgsdepartementet, 2012.
7. **Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet.** *Utredning av «Én innbygger – én journal». Sammendrag.* Oslo : Helsedirektoratet, 2015.
8. **Kommunal- og moderniseringsdepartementet.** *Meld. St. 27 (2015–2016) Digital Agenda for Norge - IKT for en enklere hverdag og økt produktivitet.* Oslo : Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2016.
9. **Helse- og omsorgsdepartementet.** Tillegg til tildelingsbrev nr 3 2019 – oppstart av forprosjekt for helhetlig. 2019.
10. **Direktoratet for økonomistyring.** *Gevinstrealisering - planlegging for å hente ut gevinster av offentlige prosjekter.* 2014.
11. **Finansdepartementet.** Rundskriv R-108/19. 2019.
12. **Flak, Leif Skiftenes.** *Gevinstrealisering og offentlige IKT-investeringer.* Oslo : Universitetsforlaget, 2012. 978-82-15-01740-2.
13. **Direktoratet for økonomistyring.** dfo.no. *Gevinstrealisering - Planlegge gevinstrealisering.* [Internett] [Sisert: 12 11 2019.] <https://dfo.no/filer/Fagomr%C3%A5der/Gevinstrealisering/Mal-gevinstrealiseringsplan.docx>.
14. **KS.** KS.no. *Gevinstrealisering.* [Internett] [Sisert: 12 11 2019.] https://www.ks.no/contentassets/4c49bcaceeee442fa1f092ff4a3db2ef/kommit_gevinstverktoy_endelig.xlsx.
15. **Helsedirektoratet.** *Utredning Én innbygger - én journal: IKT utfordringsbilde i helse- og omsorgssektoren.* 2014.
16. **TECHNAVIO.COM.** *Global digital e-health market 2018-2022.* 2017.
17. **IDC.** *World Identity Forecast, 2019-2023.* 2019.

18. **Direktoratet for økonomistyring.** *Gevinstrealisering - planlegging for å hente ut gevinster av offentlige prosjekter.* 2014.
19. **Helfo.** Basistilskot for fastlegeordninga i kommunane. [Internett] <https://www.helfo.no/fastlegeordninga/basistilskot-for-fastlegeordninga-i-kommunane#basistilskotsrapportar-for-2019>.
20. **EY og Vista Analyse.** *Evaluering av fastlegeordningen.* 2019.
21. **Baklien, B.** *Følgforskning. Sosiologi i dag.* 2004.
22. **Direktoratet for økonomistyring.** *Gevinstrealisering - planlegging for å hente ut gevinster av offentlige prosjekter.* 2014.
23. **Helsedirektoratet.** <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/kvalitetsindikatorer>. [Internett] [Sitert: 1 Januar 2020.]
24. **Helse og omsorgsdepartementet.** *Meld St 7 Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023.* Oktober 2019.
25. **KLAS Research.** *Global EMR market share 2017.* 2017.
26. **Holte Consulting m.fl.** *KS1 av nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste.* 2018. Statens prosjektmodell - Rapport nummer D068a.
27. **Finansdepartementet.** *Veileder - Digitaliseringsprosjekter i Statens prosjektmodell.* 2020.
28. **Gartner.** *Gartner's Update to the Enterprise EHR Generation model.* s.l. : Gartner, 2016.
29. **IDC.** *IDC Market Analysis Perspective: Worldwide Identity and Access Management.* 2019.
30. **Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap.** *Samfunnets kritiske funksjoner - kortversjonen 1.0.* 2017.
31. **Sutcliffe, Karl E. Weick og Kathleen M.** *Managing the Unexpected.* s.l. : Jossey-Bass, 2007.
32. **Knut H. Rolland, Lars Mathiassen, Arun Rai.** *Managing Digital Platforms in User Organizations: The Interactions Between Digital Options and Digital Debt.* s.l. : SINTEF, 2018. DOI: 10.1287/isre.2018.0788.
33. **Thomas R. Eisenmann, Geoffrey Parker and Marshall Van Alstyne.** *Opening platforms: how when and why?* [bokforf.] Anabelle Gawer. *Platforms, markets and innovation.* s.l. : Edward Elgar Publishing Inc , 2011.
34. **The Office of the National Coordinator for Health Information Technology (ONC).** *Report on Health Information Blocking.* s.l. : The Office of the National Coordinator for Health Information Technology (ONC), 2015.
35. **Gartner.** *Gartner's update to the Enterprise EHR Generation Model.*, 2016.
36. **Norsk Helsenett.** <https://samsvar.nhn.no/godkjenninger/sammenlign>. [Internett] [Sitert: 21 Februar 2020.]
37. **Kommunal- og moderniseringsdepartementet.** *Én digital offentlig sektor - Digitaliseringsstrategi for offentlig sektor 2019–2025.* 2019.

38. **The Open Group.** The TOGAF® Standard. [Internett] 2020. [Sisert: 21 februar 2020.] <https://www.opengroup.org/togaf>. TOGAF 9.2.

39. **SABSA.** Enterprise Security Architecture. [Internett] [Sisert: 21 februar 2020.] <https://sabsa.org/>.

40. **ISACA.** COBIT. [Internett] 2020. [Sisert: 21 februar 2020.] <https://www.isaca.org/resources/cobit>.

41. **Direktoratet for e-helse.** *Konseptvalgutredning Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste.* 2018.

Besøksadresse

Verkstedveien 1
0277 Oslo

Kontakt

postmottak@ehelse.no

Besøksadresse

Verkstedveien 1
0277 Oslo

Kontakt

postmottak@ehelse.no